

6 Das Erstinterview und die Dritten im Bunde

6.1 Problemlage

Persönlich begegnen sich Patient und Analytiker i. allg. zum ersten Mal bei der Begrüßung im Wartezimmer. Beide haben sich aufgrund ihrer Erwartungen schon ein mehr oder weniger vages Bild voneinander gemacht. Für die folgenden Überlegungen stellen wir uns einen Patienten vor, der sich telefonisch oder schriftlich angemeldet hat. Er hat seine Probleme kurz erwähnt oder einen langen Lebenslauf geschrieben, um die Dringlichkeit einer Konsultation zu betonen. Vielleicht hat er auch seine Zweifel und Hoffnungen ausgedrückt, daß der lange hinausgeschobene Entschluß nun bald in eine erfolgreiche Behandlung seiner chronischen Symptomatik einmünden und er als Patient gerade von diesem Analytiker, über den er schon Gutes gehört hatte, angenommen werden würde. Dem Anmelde- und Überweisungsmodus, dem Inhalt des Briefes und seiner Form hat der Analytiker bereits viel über die Lebenssituation des Patienten in spe entnommen. Bereits vor der ersten Begegnung sind also Prozesse von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand in Gang gekommen, und in Erwartung des ersten Gesprächs hat unser fiktiver Patient in der vorausgegangenen Nacht von einem Haus geträumt, dessen Ähnlichkeit mit dem Gebäude, in dem sich die Praxis des Analytikers befindet, ihm selbst beim Aufwachen aufgefallen war. Auch der Analytiker hatte bei sich Anzeichen bemerkt, die zu einer positiven Gegenübertragung im weiteren Sinn des Wortes gezählt werden könnten. Da der Patient seine berufliche Situation so beschrieben hatte, daß eine große zeitliche Flexibilität angenommen werden konnte, hatte der Analytiker seinen Stundenplan dahingehend geprüft, welches Angebot er dem Patienten machen könnte.

Dieser kurzen Beschreibung einer erfundenen Situation kann der Leser zweierlei entnehmen: Die Entstehung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand gehen der ersten Begegnung voraus, und die hoffnungsvollen Erwartungen beeinflussen das Traumdenken schon bevor es zum Erstinterview kommt. Deshalb hatten diese Themen in 4 umfangreichen Kapiteln die Priorität. Im Blick auf Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand möchten wir hervorheben, wie wesentlich die Einstellung des Analytikers ist, von der das erste Gespräch und alle weiteren Begegnungen getragen werden. Wir betonen dies besonders für solche Leser, die mit der Lektüre dieses Kapitels, das in die Praxis einführt, beginnen. Den schon etwas Fachkundigen wird unsere Skizze des Vorstadiums zu der Vermutung führen, daß der Ausgang des Erstgesprächs mit diesem fiktiven Modellpatienten schon aufgrund dieser wenigen Daten mit ziemlicher Sicherheit vorausgesagt werden kann. In einem solchen Fall bedarf es keines besonderen diagnostischen Scharfblicks, und die Weichen für den Beginn einer Psychoanalyse sind beinahe schon gestellt worden, bevor sich der Analytiker über spezielle Indikationskriterien den Kopf zerbrochen hat. Das Erstinterview oder gar eine längere Phase der Klärung kann bei einigen wenigen Patienten übersprungen werden. Für beide Beteiligten - Patient und Analytiker - ist alles soweit klar, daß das Erstinterview sogleich der Einleitung der Behandlung dienen und entsprechend umgestaltet werden kann. Jeder Analytiker kennt solche rasch ablaufenden Entscheidungsprozesse, die nichts mit phantasievollen Faszinationen einer wechselseitigen Attraktivität zu tun haben, sondern deshalb so konsequent zur Behandlung auf der Couch 4- oder 5mal wöchentlich führen, weil sich schon die wenigen Indikatoren auf beiden Seiten zu einer guten Gestalt abrunden. Es paßt sozusagen alles zusammen: das Alter, der Bildungsgrad, die Schwere der Symptomatik, die berufliche Position mit zeitlicher und finanzieller Unabhängigkeit auf der einen und beruflichem Interesse auf der anderen Seite.

Kein Wunder, daß in der psychoanalytischen Literatur Abhandlungen über die Einleitung der Behandlung gegenüber Veröffentlichungen über das Erstinterview weit überwiegen. Auch uns wäre es lieber, wenn wir das Interviewkapitel überspringen und sogleich zu den psychoanalytischen Behandlungsregeln und zur Einleitung der Behandlung übergehen könnten. Wir können leider nicht so tun, als hätten wir es hauptsächlich mit dem von allen Therapeuten

hochgeschätzten idealen Patienten zu tun, der gut motiviert eine Behandlung sucht und sich des Zusammenhangs seiner Beschwerden mit Lebensproblemen und -konflikten bewußt ist, also eine psychoanalytisch erwünschte Krankheitseinsicht bereits mitbringt. Dies ereignet sich selten genug. Unsere Praxis jedenfalls sieht ganz anders aus. Sobald Kranke mit den verschiedensten seelischen und körperlichen Leiden, also aus einem breiten nosologischen Spektrum, den Analytiker aufsuchen und sich die Klientel nicht einseitig aus wohlhabenden und gebildeten Bürgern zusammensetzt, erhält das Erstinterview eine entscheidende Funktion. Schreibt man ihm nicht mehr die zweifelhaften Alibifunktion zu, den angeblich für die Psychoanalyse geeigneten Patienten herauszufinden, kann man an der Experimentierfreudigkeit und am Pioniergeist Freuds anknüpfen.

Wir betrachten das Erstinterview als die erste Möglichkeit für eine flexible Anwendung der psychoanalytischen Methode auf die Gegebenheiten des jeweiligen Kranken. Auf den ersten Begegnungen lastet ein hoher Verantwortungsdruck. Die Informationen, die in wenigen Gesprächen gewonnen werden müssen, bleiben unvollständig und unzuverlässig. Aus prinzipiellen Gründen kann nur in ganz klaren Fällen die sichere Aussage gemacht werden, daß einem Kranken mit psychoanalytischen Mitteln *nicht* geholfen werden kann. Denn diese Methode richtet sich auf der Grundlage des Aufbaus einer besonderen zwischenmenschlichen Beziehung an den Patienten als Person, um *seelisch* verursachte oder mitbedingte Störungen, Symptome und Erkrankungen therapeutisch zu beeinflussen. Deshalb benützen wir ein präventiöses Wort und sprechen von einer *Begegnung*, in der alle technischen Regeln und fachlichen Bezeichnungen verankert sind.

Beim Allgemeinen kann man freilich nicht stehenbleiben. Je vollkommener therapeutische Methoden und Techniken entwickelt sind, desto klarer sind ihre Beziehungen zur Theorie der Ursachen des jeweils behandelten Krankheitsbildes und desto genauer ist ihre Wirksamkeit durch prognostische Wahrscheinlichkeitsaussagen festzulegen: Je besser die Entstehungsbedingungen eines Leidens bekannt und je genauer die Wirkungsmechanismen eines Heilmittels geklärt sind, desto höher wird der Wahrscheinlichkeitsgrad prognostischer Aussagen. In der Medizin stellen deshalb Standardisierung und Generalisierbarkeit einer Technik - die Möglichkeit ihrer Anwendung beim typischen Fall unter Berücksichtigung individueller Abweichungen - das wissenschaftliche und praktische Ideal dar. Somit können behandlungstechnische Fehler als Abweichung von einer bewährten Norm bezeichnet werden, was sich in seiner ganzen Tragweite bei der Feststellung von Kunstfehlern erweist.

Läßt sich dieses Ideal an der psychoanalytischen Therapie anlegen und können wir erwarten, daß uns das Erstinterview die diagnostischen Daten liefert, die eine positive Indikationsstellung ermöglichen? Das heißt soviel wie: Indikation und Prognose sind einander zugeordnet, wie leicht an der Frage abzulesen ist, die jeder Patient seinem Arzt ebenso stellt wie seinem Analytiker: "Welche Besserungs- oder Heilungschancen habe ich, wenn ich eine Analyse mache? Sind die Erfolgsaussichten geringer, wenn ich nur zweimal wöchentlich zu Ihnen kommen kann?" Dem Leser wird es bei solchen Fragen ebenso ungemütlich werden wie uns selbst, und deshalb haben wir oben freimütig angemerkt, daß auch wir uns unter standardisierten Bedingungen wohlfühlen: Dann nämlich, wenn die Diagnose eine gut überschaubare Psychogenese impliziert, so daß sich Indikation und Prognose begründen lassen.

Ginge es beim Erstinterview nur darum, die für die psychoanalytische Standardtechnik geeigneten Patienten herauszulesen, könnten wir uns, so scheint es, sogleich der Therapie, dem psychoanalytische Prozeß zuwenden, von dessen Gestaltung die Prognose abhängig ist. Doch der Anschein trügt: Die am sog. geeigneten Fall ausgerichteten behandlungstechnischen Standards bleiben als formale Kriterien außerhalb des wesentlichen inneren und inhaltlichen Prozesses und können diesen sogar behindern. Deshalb müssen wir gerade bei der Darstellung des Erstinterviews so viele Gesichtspunkte berücksichtigen und den Leser bitten, diese Vielfalt im Zusammenhang mit den umfassenden Aufgaben zu sehen, die zu lösen sind. Durch das Aufzeigen einiger Entwicklungslinien möchten wir die Perspektive erweitern und das Erstinterview aufgrund unserer psychoanalytischen Einstellung von verschiedenen Seiten beleuchten. Wir betonen die *Einstellung* beispielsweise in der Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand. Denn oft läßt sich das psychoanalytische Handwerkszeug

im engeren Sinne noch nicht anwenden, so daß die Einstellung des Analytikers und seine Art, mit den Mitteilungen des Patienten umzugehen, wesentlich ist. Deshalb hat sich erst spät eine eigene psychoanalytische Interviewtechnik entwickelt, während der Einfluß der Psychoanalyse auf das psychiatrische Interview in den USA und die Anamnesenerhebung in der deutschen psychosomatischen Medizin früh einsetzte.

Unser Ziel in diesem Kapitel ist es, sowohl den allgemeinen Erfordernissen der Interviewführung als auch speziellen psychoanalytischen Gesichtspunkten gerecht zu werden. Wir müssen den Leser v. a. deshalb mit einer breiten Palette vertraut machen, weil das medizinische Modell der positiven Indikationsstellung für die psychoanalytische Standardmethode zwar übernommen wurde, aber niemand praktisch in der Lage ist - außer bei den erwähnten seltenen klaren Fällen -, aufgrund einiger Gespräche zu einer sicheren Entscheidungsbildung zu gelangen.

Es ist einleuchtend, daß sich solche Patienten für eine Psychoanalyse unter Standardbedingungen eignen, mit denen man schon das erste Gespräch in Annäherung an die normative Idealtechnik führen zu können glaubt. Natürlich halten auch wir es für wichtig, wie Patienten beispielsweise auf Probedeutungen reagieren, weil hierbei aus naheliegenden Gründen gute Anhaltspunkte für Einsichtsfähigkeit und Konfliktbewußtsein gewonnen werden können. Noch höheres Gewicht hat freilich die Erfahrung, daß die Reaktion von Patienten auf Probedeutungen und andere spezielle Mittel der psychoanalytischen Diagnostik von sehr vielen Bedingungen, beispielsweise vom Zeitpunkt, abhängig sind. Es hängt von vielen Faktoren ab, wieviel Zeit ein Patient braucht, bis er mit dem psychoanalytischen Dialog, wie er vom jeweiligen Psychoanalytiker geführt wird - und die Variationsbreite ist groß - so vertraut geworden ist, daß er den Sinn von Probedeutungen begreifen kann. Ceteris paribus gilt das gleiche für alle Kriterien, und unsere Überzeugung, daß sich die Führung des Erstinterviews an die Gegebenheiten des jeweiligen Kranken anpassen sollte, schlägt sich in unserer Darstellung nieder.

6.2 Diagnostik

Diagnostische Vorgespräche dienten in Freuds Praxis dem Ausschluß körperlicher Erkrankungen und Psychosen. Die Reichweite der psychoanalytischen Methode schien beträchtlich und eher durch die Gegebenheiten einer ambulanten Praxis ohne stationäre Behandlungsmöglichkeiten begrenzt als durch erwiesene Beschränkungen der Technik. Mit der Möglichkeit vorübergehender stationärer Aufnahme von Notfällen sah Freud, der ohnedies nicht zögerte, Schwerkranke in Analyse zu nehmen, eine sehr breite Anwendbarkeit der psychoanalytischen Methode (Freud 1905 a). Waren elementare Voraussetzungen gegeben und Absprachen über Honorierung und Termine getroffen, dann wurde der Patient mit der Grundregel vertraut gemacht und die Analyse begann. Damals wie heute waren allgemeine psychosoziale Faktoren wie Vorbildung, Alter und Motivation wichtige Vorbedingungen für die Einleitung einer psychoanalytischen Behandlung. Die ausführliche Erhebung der Lebensgeschichte verlegte Freud bereits in die erste Behandlungsphase; was wir heute als Vorgespräch verstehen, war damals knapp und bündig, wie an Freuds Schilderung des Erstgesprächs mit dem *Rattenmann* ersichtlich wird (1909 d, S. 384).

Freuds Patienten waren "in Analyse"; er machte, nachdem er die Hypnose aufgegeben hatte, keine Unterschiede zwischen verschiedenen Formen der psychoanalytischen Therapie: es gab nur die von ihm vertretene psychoanalytische Methode. Er behandelte vorwiegend Schwerkranke, Existenzunfähige, an denen und für die die psychoanalytische Therapie geschaffen worden ist (Freud 1905 a, S. 20).

Erst als sich ein Spannungsverhältnis von Angebot und Nachfrage entwickelte, entstand das uns seitdem begleitende Problem der Selektion, wie es Fenichel von der Berliner Poliklinik berichtete:

Das Mißverhältnis zwischen Zahl der Konsultationen und der möglichen Analysen machte eine unangenehme Siebarbeit notwendig. Daß dabei die überhaupt für die analytische Indikationsstellung geltenden Rücksichten in erster Linie herangezogen wurden, versteht sich von selbst. Daneben gab die Rücksicht auf die beiden

Bestimmungen des Institutes den Ausschlag über Zulassung oder Nichtzulassung eines Falles zur psychoanalytischen Behandlung, nämlich die der wissenschaftlichen Forschung und die des Unterrichts (Fenichel 1930, S. 13).

Das Verhältnis zwischen der Zahl der Konsultationen und der Behandlungsaufnahmen betrug damals ca. 2,5 : 1. Die am Berliner Institut vorherrschende experimentierfreudige Einstellung zu der Entscheidung, einen psychoanalytischen Behandlungsversuch zu unternehmen, wird durch den hohen Anteil abgebrochener Fälle (241 von 721) unterstrichen:

Die relativ große Zahl der nach kurzer Zeit abgebrochenen Analysen erklärt sich so; es handelt sich meist um Fälle, deren analytische Zugänglichkeit zweifelhaft war, die aber dennoch einer "Probeanalyse" unterzogen wurden, nach deren Beendigung der Analytiker sich negativ aussprechen mußte (Fenichel 1930, S. 14).

Die Probeanalyse diente der erweiterten Indikationsstellung, und sie war von Anfang an durch folgende Frage der Patienten belastet: "Wenn sich am Ende der Probeanalyse herausstellt, daß ich kein geeigneter Fall bin, wofür eigne ich mich dann?" Dieser naheliegenden und die Tiefen der Existenz erschütternden Frage könnte man scheinbar entgehen, wenn die Probeanalyse nicht ausdrücklich vereinbart wird und der Analytiker nur für sich selbst eine derartige Prüfungszeit ins Auge faßt. Dieses Vorgehen ist aber mit der analytischen Einstellung nicht zu vereinbaren. Es kommt hinzu, daß die Probeanalyse als Eignungstest nur unter den Bedingungen einer standardisierten Technik gelten kann, die dieser Analytiker auch später anwenden würde. Das Verhalten des Patienten während der Probeanalyse wurde also aus dem Blickfeld eines bestimmten Regelverständnisses betrachtet. Eine Probeanalyse im Sinne der normativen Idealtechnik würden nur wenige Patienten bestehen, die heutzutage eine psychoanalytische Poliklinik aufsuchen. Es ist also verständlich, daß die Probeanalyse abgeschafft wurde, denn die Ablehnung am Ende führt zumal dann zu den schmerzlichsten Kränkungen, wenn das Verdikt "für die Psychoanalyse ungeeignet" nicht durch eine gute Alternative abgemildert oder ergänzt wird.

Die Abschaffung der Probeanalyse hat freilich das Problem nicht lösen können, sondern auf das Erstinterview verschoben. Wie wir später zeigen werden, wird die Bürde, die auf ihm lastet, erst dann geringer und für die beiden Beteiligten tragbar oder konstruktiv lösbar, wenn eine adaptive Indikationsstellung zur diagnostischen und therapeutischen Grundeinstellung geworden ist. Zunächst möchten wir hervorheben, daß die Probleme, die in der Ambulanz des alten Berliner Psychoanalytischen Instituts im Erstinterview zu lösen waren, bis zum heutigen Tag in allen poliklinischen Einrichtungen bestehen. Die psychoanalytische Privatpraxis ist davon weniger betroffen. Deshalb stammen auch die meisten Veröffentlichungen über das Erstinterview aus Erfahrungen, die Analytiker in Institutionen gesammelt haben. Hierzu paßt auch ein weiterer Aspekt: Nur an wenigen psychoanalytischen Ausbildungsinstituten wird die Interviewtechnik eigens gelehrt. Aus der Vogelperspektive sind folgende Hauptlinien zu erkennen: In der allgemeinen Diagnostik hat sich die Psychoanalyse an das nosologische System der Psychiatrie im Wandel der Zeiten angelehnt. Die diagnostischen Leitbilder der psychosomatischen Medizin waren und sind an der körperlichen Symptomatik ausgerichtet. Das psychoanalytische Erstinterview ist eine relativ späte Errungenschaft und wurde in poliklinischen Einrichtungen entwickelt.

Groß war der Einfluß der psychoanalytischen Einstellung und des psychoanalytischen Denkens auf die psychiatrische Explorationstechnik. Obwohl hier wie auch sonst in der Geschichte Asynchronien von Jahrzehnten bestehen können und es oft lange dauert, bis der interdisziplinäre Einfluß anerkannt wird, kann doch kein Zweifel darüber bestehen, daß sich durch die Aufnahme psychoanalytischen Gedankenguts durch Bleuler (1910) auch die psychiatrische Diagnostik verändert hat. Über die Schule Bleulers am Burghölzli lernten z. B. Brill, Putnam und andere Psychiater die psychoanalytische Untersuchungstechnik kennen und trugen zu deren Verbreitung in der dafür bereits durch die sozialhygienischen und psychotherapeutischen Ideen A. Meyers vorbereiteten Psychiatrie der USA bei (s. auch Burnham 1967, S. 18 f.). Schon in den 30er Jahren lassen sich dort Einflüsse des psychodynamischen Denkens auf das psychiatrische Erstgespräch erkennen; die einzelnen Schritte haben Gill et al. (1954) aufgezeichnet. Ihr wesentlicher Beitrag besteht in der

Präzisierung der psychodynamischen Interviewtechnik. Der traditionellen psychiatrischen Exploration wird das "dynamische Interview" gegenübergestellt, das sich an 3 Zielen orientiert:

Das erste Ziel ist es, eine *Beziehung* zwischen zwei Fremden herzustellen, von denen der eine eine professionelle Person und der andere ein menschliches Wesen ist, das seelisch leidet und oft andere leiden macht ...

Das zweite Ziel ist eine *Einschätzung* der psychosozialen Situation des Patienten ...

Das dritte Ziel ist es, den Patienten darin zu *bestärken*, falls angezeigt, eine Behandlung aufzugreifen und mit ihm weitere Schritte zu planen (Gill et al. 1954, S. 87 f.; Hervorhebungen im Original; Übers. vom Verf.)

Die psychiatrische Diagnose wird in die Einschätzung ("appraisal") der Gesamtsituation eingebettet und entspricht Balints Begriff der Gesamtdiagnose. Einen wesentlichen Schritt auf dem Wege vom rein diagnostischen Interview zum therapeutischen Handeln sehen wir auch darin, daß Gill et al. (1954) in den Verantwortungsbereich des Erstinterviews auch die Entwicklung und Unterstützung des Patienten auf dem Wege in eine Behandlung einschließen.

Die Betonung des Beziehungsaspekts erhielt eine entscheidende Prägung durch Sullivans Verständnis der Psychiatrie als einer "interpersonalen Theorie" (1953). Ob Sullivan tatsächlich eine wahrhaft interpersonale Psychotherapie begründet hat, wie Greenberg u. Mitchell (1983) meinen, oder ob er zu einem weitgehend intrapsychisch orientierten Ansatz zurückgekehrt ist, wie Wachtel (1982) kritisiert, mag offen bleiben. Die Klärung dieser Frage hängt davon ab, wie die Rolle des Analytikers als teilnehmender Beobachter praktisch realisiert wird.

Die psychodynamisch orientierten Interviewstrategien wurden in den 50er Jahren vielfältig variiert; dies unterstreicht, daß die Ausarbeitung systematischer, lehr- und lernbarer Interviewtechniken bei der Rezeption der Psychoanalyse durch die amerikanische Psychiatrie notwendig wurde (s. auch Cantor 1957). So entstand auch Deutschs Darstellung der "assoziativen Anamnese" im Rahmen seiner Lehraufgaben:

Die Methode der *assoziativen Anamnese* besteht darin, nicht nur festzuhalten, was der Patient gesagt hat, sondern auch wie er die Information gegeben hat. Es ist wichtig, nicht nur daß der Patient seine Beschwerden mitteilt, sondern auch in welcher Phase des Interviews und in welcher Verbindung er seine Vorstellungen, Beschwerden und Erinnerungen seiner körperlichen und seelischen Beschwerden einbringt (Deutsch u. Murphy 1955, Bd. 1, S. 19; Übers. vom Verf.).

Anstelle einer auf die Exploration und Beschreibung der Psychopathologie zentrierten Einstellung tritt eine die Dynamik des Geschehens beobachtende Haltung, bei der die Beziehungskomponente nicht übermäßig betont, sondern nur zur Herstellung der Untersuchungssituation benutzt wird. Es ist lohnend, diese Integration von Psychiatrie und Psychoanalyse, wie sie z. B. im Lehrbuch von Redlich u. Freedmann (1966) angestrebt wird, daraufhin zu betrachten, welche Mischungsverhältnisse von Deskription und Beziehungsanalyse sich jeweils gebildet haben.

Kernbergs "strukturelles Interview" (1977, 1981) ist ein gutes Beispiel für die "zweite Generation" eines psychoanalytisch orientierten psychiatrischen Erstgesprächs in der Nachfolge des "dynamischen Interviews". Er versucht, die Geschichte der persönlichen Erkrankung des Patienten und sein allgemeines psychisches Funktionieren in direkte Beziehung zur Interaktion des Patienten mit dem Diagnostiker zu bringen. Seine technischen Leitlinien empfehlen ein zirkuläres Vorgehen. Durch das ständige Zurückkehren auf Problem- und Symptombereiche des Patienten wird einerseits der psychopathologische Status präzisiert, andererseits wird im psychoanalytischen Sinn auf die Patienten-Therapeuten-Interaktion geachtet, und es werden im Hier und Jetzt Interpretationen und auch Übertragungsdeutungen gegeben. Der Hauptzweck ist die Klärung der Integration von Ich-Identität oder Identitätsdiffusion, der Qualität der Abwehrmechanismen und der An- oder Abwesenheit einer Fähigkeit zur Realitätsprüfung. Hierdurch ergibt sich die Differenzierung der Persönlichkeitsstruktur in Neurosen, Borderlinepersönlichkeit, funktionelle ("endogene") Psychosen und organisch bedingte Psychosen. Der Interviewer versucht gleichzeitig mit den Mitteln der Klarifikation, Konfrontation und Interpretation Material zu sammeln, um wichtige prognostische und therapeutische Informationen zu erhalten. Insbesondere geht es ihm dabei um die Abschätzung

der Motivation des Patienten, seiner Introspektionsfähigkeit, seiner Fähigkeit, mit dem Therapeuten zusammenzuarbeiten, seines Potentials zum "acting out" und der Gefahr der psychotischen Dekompensation. Im Einzelfall werden dem neurotischen Patienten unbewußte Zusammenhänge gedeutet, oder der Borderlinepatient wird mit Aufspaltungen in seinen Selbstrepräsentanzen bekanntgemacht. Aus den Reaktionen des Patienten lassen sich dann Schlußfolgerungen für weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen treffen.

Die differentialdiagnostische strukturelle Abklärung folgt dem nosologischen System der Psychiatrie mit den 3 Hauptgruppen, endogenen und exogenen Psychosen und Neurosen. Zusätzlich nimmt Kernberg die Borderlinestörungen als vierte hinzu. Auch der Interviewleitfaden, den er durch bestimmte Fragen in der Anfangs-, Mittel- und Schlußphase des Interviews konkretisiert, folgt, trotz des kreisförmigen Gesprächsstils, dem psychiatrisch-phenomenologischen Konzept, zuerst auf organische Psychosen, dann auf funktionelle Psychosen und erst danach auf Borderlinestörungen und Neurosen zu achten. Durch den Gebrauch von Termini wie "Diagnostik", "Exploration", "Kardinalsymptome" zeigt Kernberg, daß er mit einem Bein fest auf dem Boden der deskriptiven Psychiatrie steht. Die strukturierende Aktivität des Interviewers geht natürlich in die Interaktion ein. Um den notwendigen Informationsgewinn für die differentialdiagnostische Abklärung zu erreichen, wird eine gewisse Einschränkung der Freiheit in der Gestaltung der Beziehungsaufnahme zwischen Patient und Therapeut in Kauf genommen. Das "strukturelle Interview" weist jedoch ein ausgewogenes Mischungsverhältnis von psychopathologischer Beschreibung und Beziehungsanalyse auf. Es wird den diagnostischen, therapeutischen und prognostischen Aufgaben des Erstgesprächs gerecht. Auch deckt es ein breites Spektrum von Erkrankungen ab, die in der Praxis oder in Institutionen dann anfallen, wenn keine einschränkenden Vorselektionen zustande kommen, die dazu führen, daß der Analytiker fast ausschließlich mit Neurosen zu tun hat. In Kernbergs Systematik ist u. E. eine gute Synthese der verschiedenen Funktionen des Erstgesprächs erreicht worden. Bedenkt man, daß fast alle amerikanischen Psychoanalytiker eine psychiatrische Ausbildung hinter sich haben, wird auch verständlicher, warum dort das psychoanalytische Erstinterview nicht eigens als besonders wichtiges Unterrichtsthema an den analytischen Institutionen auftaucht (Redlich u. Freedmann 1966).

Sehr verdichtet könnte man sagen, daß die psychoanalytische Einstellung und das psychoanalytische Denken in die psychodynamischen Interviewtechniken eingingen und diese wiederum die psychoanalytische Praxis beeinflussten. Im Rahmen dieser wechselseitigen Beeinflussungen gibt es bestimmte Knotenpunkte, die die Hauptaufgaben des Erstinterviews kennzeichnen. Bei der nun folgenden Typisierung sind wir uns bewußt, daß unsere Hervorhebungen die jeweiligen Einseitigkeiten künstlich vergrößern.

Zunächst wenden wir uns der biographischen Anamnese zu, weil die Frage nach dem lebensgeschichtlichen Zusammenhang von Beschwerden in jedem Erstinterview eine Rolle spielt. Will man von der auslösenden Situation - psychoanalytisch ausgedrückt: von der Versuchungs- und Versagungssituation - ausgehend zur Klärung der Psychogenese im Sinne von Freuds Ergänzungsreihe gelangen, so ist es unerlässlich, auch etwas über die Kindheitsgeschichte zu erfahren. Um aber diese Daten in ihrer möglichen emotionalen Relevanz begreifen zu können, ist ihre Einbeziehung in eine Psychopathologie des Konflikts, also im weiteren Sinn in eine Persönlichkeits- und Strukturtheorie wesentlich. Deshalb ist schon hier anzumerken, daß eine Wurzel des psychoanalytischen Erstinterviews auf die in den 20er und 30er Jahren vorangetriebenen Systematisierungsversuche der Therapietheorie zurückgeht. Schließlich kommen wir auf das interaktionelle Interviewschema, das Balint an der Tavistock Clinic unter dem Eindruck der Objektbeziehungspsychologie und der Bedeutung des Austauschs zwischen Arzt und Patient im Hier und Jetzt entwickelt hat. Auch die Anfänge der psychosomatischen Medizin in Heidelberg nach dem Kriege wurden stark durch die Frage v. Weizsäckers (1943) bestimmt: "Warum tritt *jetzt* eine Krankheit auf, und warum tritt sie gerade *hier* an diesem Organ oder Organsystem auf?" Thomä (1978) hat die Entwicklung der mit dieser Fragestellung verbundenen Interviewtechnik der "biographischen Anamnese" und ihre Weiterentwicklung zur "systematischen Krankengeschichte" dargestellt:

Die lebensgeschichtliche Situation beim Auftreten von Symptomen durch Fragen zu erhellen und genau zu beschreiben stand im Mittelpunkt der "biographischen Anamnese", wie sie G. Ruffler (1957) exemplarisch

dargestellt hat ... Außerdem war die "biographische Anamnese" nicht primär auf ein psychotherapeutisches Ziel, auf Veränderung ausgerichtet, sondern an der Vergangenheit und ihrer Diagnostik orientiert. Die Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung und ihrer speziellen Ausformung in Übertragung und Gegenübertragung wurde bei dieser Anamnesetechnik nicht eigens berücksichtigt (Thomä 1978, S. 254).

Die zeitlichen Zusammenhänge zwischen situativen Umständen, lebensgeschichtlichen Ereignissen und Symptomentstehungen oder Schwankungen von Beschwerden bilden verständlicherweise den Ausgangspunkt für viele mehr oder weniger systematisierte Interviewtechniken. Die von Engel u. Schmale (1969) beschriebene Triade "Objektverlust, Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit", die bei vielen Erkrankungen beobachtet werden kann, bildet den theoretischen Hintergrund für die von Engel (1970) empfohlene Gesprächsführung. Adler (1979) kennzeichnet sie als eine Technik der Anamneseerhebung, die den Arzt aufgrund seiner Kenntnisse in Entwicklungspsychologie und Neurosenlehre in die Lage versetzt, psychische, soziale und somatische Daten in einem Arbeitsgang zu erfassen und ihre Bedeutung zu erkennen (S. 329).

Generell gilt es festzuhalten, daß es die Handhabung dieser informationssuchenden und verständnisherstellenden strukturierenden Interviewtechniken ist, die weitgehend über ihre therapeutische Zweckmäßigkeit entscheidet. Gelingt es, anhand typischer Konfliktabläufe in seinem Leben dem Patienten ad oculos etwas von der ihm verborgenen Dynamik und den Zusammenhängen zu zeigen, so ermöglicht dieses Verfahren einen Zugang besonders zu jenen Patienten, denen ein unmittelbarer Einblick in die Psychogenese ihrer Symptome sonst versperrt bliebe.

Die Diagnostik lehnte sich dabei an eine mehr oder weniger gut ausgebaute Neurosentheorie an, und die praktische Gesprächsführung orientierte sich an der Systematik der psychoanalytischen Behandlungstechnik, wie sie in den 20er und 30er Jahren entwickelt worden war. Hierbei wurden Erfahrungen maßgebend, die an psychoanalytischen Ambulanzen gewonnen werden konnten. Die Poliklinik des alten Berliner Psychoanalytischen Instituts stellte an die diagnostischen Fähigkeiten der dort tätigen Analytiker besondere Anforderungen, und es wurde notwendig, die erhobenen Befunde vergleichbar zu machen. Lehre und Forschung förderten die Entwicklung einer Systematik. Die frühen Arbeiten Alexanders sind hierfür beispielhaft. Seine spätere Spezifitätsforschung in der psychosomatischen Medizin am Chicagoer Psychoanalytischen Institut wären ohne ein diagnostisches Interviewschema nicht möglich geworden (Alexander 1950).

Schultz-Henckes (1951) "gezielte Anamnese", die der Diagnostik von auslösenden Versuchs- und Versagungssituationen diene, vernachlässigte den Beziehungs- und Übertragungsaspekt des Erstinterviews. Die symptomauslösenden Versuchs- und Versagungssituationen, die Freud (1916-17) in Praxis und Terminologie der Psychoanalyse eingeführt hatte, bezog Schultz-Hencke auf die von ihm ausgearbeitete Konflikt- und Strukturtheorie. Der spätere Ausbau dieser Interviewtechnik wurde von Dührssen (1972, 1981) ausführlich als "biographische Anamnese" beschrieben.

In den letzten Jahren reduzierten sich die Erwartungen, typische und hochgradig charakteristische Konfliktkonstellationen zu finden, wie sie von Alexander u. French (1946) unter dem Stichwort der spezifischen Hypothesen diskutiert worden waren. Die Variabilität und die nur lockere Verbindung von psychodynamischen Konfliktmustern zu Krankheitsbildern im Sinne der "Unspezifität" (Thomä 1980) hat die diagnostische Komponente des Erstinterviews relativiert.

Das mit Balints Wirken eng verknüpfte Tavistock-Schema betont die therapeutische Beziehung im Hier und Jetzt, also die Funktionseinheit von Übertragung und Gegenübertragung. Dieses Schema wurde durch Mitscherlich in den späten 50er Jahren in der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg eingeführt. Es wirkte sich auf die Praxis ungemein fruchtbar aus, weil es die Aufmerksamkeit des Analytikers auf die aktuellen Austauschprozesse zwischen ihm und dem Patienten lenkt, und zwar vom ersten Augenblick des Gesprächs an (Künzler u. Zimmermann 1965). Einige wichtige Punkte, die bei der schriftlichen Zusammenfassung zum besonderen Nachdenken über das erfolgte Gespräch auffordern, lauten nach dem genannten Schema:

Wie entwickelt sich die Arzt-Patient-Beziehung?

- 1) Wie behandelt der Patient den Arzt? Dabei irgendwelche Änderungen? Läßt sich daraus auf Verhaltensgewohnheiten oder auf sein Verhältnis zur Krankheit schließen?
- 2) Wie behandelt der Arzt den Patienten? Irgendwelche Änderungen während des Interviews?
 - a) War der Arzt an den Problemen des Patienten interessiert?
 - b) Hat er das Gefühl, etwas für ihn tun zu können?
 - c) Spürte er am Patienten irgendwelche menschlichen Qualitäten, die er trotz all seiner Fehler schätzte?

Wichtige Augenblicke im Interview

Hier handelt es sich um die Entwicklung der Ereignisse innerhalb des Interviews, also um Ergebnisse von Übertragung und Gegenübertragung.

- 1) Überraschende Mitteilungen oder Gefühlsäußerungen des Patienten, Fehlleistungen etc., deutlich werdende Aussparungen von Lebensepochen oder Personen seiner Umwelt und ähnliches.
- 2) Welche Deutungen wurden im Laufe des Interviews gegeben, und welche Reaktionen kamen von seiten des Patienten?

Ergebnisse und Beurteilung

- 1) Wie äußert sich die Störung im Leben des Patienten (Aufzählung der Symptome, die das Interview gezeigt hat, einschließlich dessen, was der Interviewer vorläufig nur vage ahnt)?
- 2) Vermutliche Bedeutung der Störung, psychodynamisch ausgedrückt.
- 3) Therapiewahl:
 - a) Eignung für Kurztherapie (Fokalpsychotherapie) mit Begründung,
 - b) eventuelle Gegengründe,
 - c) Eignung für Psychoanalyse; Begründung,
 - d) Ablehnung jeder Form von Psychotherapie; Begründung.
- e) Welche andere Behandlung kommt in Frage?
- 4) Nächste Ziele.

Was hält der Arzt für das wesentliche Symptom, das er zunächst angehen will? Wie könnte sich dessen Behandlung evtl. auch auf weitere Symptome auswirken?
Vorstellungen über Dauer und Häufigkeit der Behandlung.

Dem Leser wird im nächsten Abschnitt noch deutlicher werden, wie sich der Geist von Balints Schema auf das Verständnis der therapeutischen Aspekte des Erstinterviews auswirkte. Ohne mit einem Copyright versehen zu sein, so daß sein Ursprung vielen ganz unbekannt ist, ist das Schema in der originalen (s. Balint u. Balint 1962, S. 100; Balint et al. 1973, S. 26 f.) oder in veränderter Form an vielen Orten zu einem Leitfaden für das Erstinterview geworden.

6.3 Therapeutische Aspekte

Die Einführung des Tavistock-Schemas veränderte das Erstinterviewverständnis. Denn damit wurde die Psychoanalyse als therapeutische Methode in das Erstinterview eingebracht und die Diagnostik der Therapie untergeordnet. Vielleicht sollten wir vorsichtiger sagen, daß diagnostische und therapeutische Funktion des Erstgesprächs nun als gleichrangig angesehen werden konnten. Wir handeln diese qualitative Änderung ab, indem wir uns auf das Werk Balints stützen. Selbstverständlich haben viele Analytiker neben ihm dazu beigetragen, daß die therapeutische Funktion des Erstinterviews einen angemessenen Raum in der ersten Begegnung von Analytiker und Patient gefunden hat. Wir haben aber gute Gründe, gerade auf das Werk Balints zurückzugreifen. Denn im Bereich der Interviewgestaltung ist sein Einfluß auf deutsche Psychoanalytiker besonders prägend. Die Betonung der therapeutischen Aufgabe schafft genau jene Flexibilität, die uns notwendig erscheint, wenn man zu einer adaptiven Indikationsstellung gelangen will. Daß dieser Interviewstil ursprünglich für eine spezielle Therapieform, nämlich für die Fokaltherapie, entwickelt wurde, ändert nichts an seiner Brauchbarkeit für die

Psychoanalyse schlechthin - im Gegenteil: wenn es gelingt, schon in kurzer Zeit zu echten Problemlösungen zu gelangen, hat man das sicherste Kriterium in der Hand, daß es auch bei längeren Analysen gelingen könnte, weitere und tiefere Konflikte in therapeutisch nützlicher Weise zu erreichen.

Tatsächlich hat die im Rahmen der Fokalthherapie entwickelte Interviewtechnik die analytische Gesprächsführung wie kaum eine andere Größe beeinflußt. Balints Überlegungen wenden sich oft gleichsinnig an den Arzt und an den Psychoanalytiker; dies unterstreicht die weitreichende interaktionelle Orientierung des Interviews, die eine Erweiterung für viele Situationen ermöglicht. Zentral ist dabei die von Balint hervorgehobene Beobachtung des bipersonalen Geschehens für das Verständnis der Lebensgeschichte des Patienten. Das Konzept der Zweipersonenpsychologie beinhaltet, daß der Analytiker zwischen dem, was der Patient erzählt, und dem, wie er sich zusammen mit dem Analytiker verhält, eine Beziehung herstellt und diese sowohl *diagnostisch* wie auch *therapeutisch* verwendet. Entsprechend hängt das Untersuchungsergebnis davon ab, wie sich der Analytiker in dieser professionellen Beziehung verhält und was er daraus entnimmt. Weil letztlich nur die Beiträge des Kranken diagnostiziert werden, diese aber als die "Summe der Reaktion auf diesen Arzt, in diesem Moment, in dieser Umgebung" (Balint u. Balint 1962, S. 210) verstanden werden müssen, gerät der Arzt und Psychoanalytiker in eine theoretisch interessante, aber praktisch schwer lösbare Situation. Die Funktions- und Aufgabendifferenzierung führt zu dieser einseitigen Lesart einer Wechselwirkung. Die sich entwickelnde Objektbeziehung wird behandlungstechnisch als vorwiegend durch die inneren Objektbeziehungsbedürfnisse des Patienten bestimmt verstanden (s. auch Beckmann 1974).

Versuchen wir den Kern dessen zu fassen, was Balint durch seine Schriften für Ärzte auch den Psychoanalytikern nahegebracht hat, so ist es der Versuch, die "potentielle Fähigkeit des Patienten, eine mitmenschliche Beziehung aufzunehmen und aufrechtzuerhalten" (Balint u. Balint 1962, S. 229) als Entscheidungskriterium zu verwenden. Die Rezeption des Balintschen Gedankengutes ermöglichte es, das Erstinterview als psychoanalytische Situation in vielfältiger Weise zu gestalten und in vielen beruflichen Feldern zu konkretisieren (Junker u. Waßner 1984). Die jeweils notwendige Reflexion der Rahmenbedingungen eines Interviews erlaubte zugleich auch eine innovative Entwicklung, die dazu beitrug, daß das Erstgespräch sich in verschiedenen Typen und Gestalten (Visitengespräch, Hausarztgespräch, psychoanalytisches Beratungsgespräch etc.) entwickeln konnte. Sprechstundeninterviews, wie sie am Sigmund-Freud-Institut zunächst aus praktischen Gründen eingeführt wurden, schafften unversehens neue Formen, die zeigen, wie sehr die Bedingungen, unter denen ein Interview stattfindet, seinen Gehalt beeinflussen (Argelander et al. 1973). Das Sprechstundeninterview kommt der Erwartung des Patienten, der sich in einer Not befindet, entgegen; der Analytiker sieht den Patienten im Augenblick krisenhafter Zuspitzung, aus der sich umschriebene und begrenzte therapeutische Möglichkeiten ergeben. Ungewohnt, aber vielleicht deshalb wichtig, ist für den Analytiker die Erfahrung - analog zum praktischen Arzt -, auch in kurzer Zeit eine therapeutische Hilfestellung leisten zu können, die einen Vertrauensvorschuß für die spätere Analyse zu schaffen vermag. Überall wo Analytiker - sei es in eigener Praxis oder, was eher üblich ist, in Institutionen - Zeit freihalten, um auch kurzfristige Gespräche anbieten zu können, ergibt sich eine Fülle neuer Möglichkeiten. Solche Termine werden meist von Patienten wahrgenommen, die nicht in den festen Rahmen der analytischen Praxis passen. Eben deshalb tragen sie zu einer Bereicherung der analytischen Erfahrung bei.

Je länger die Wartezeit auf ein psychoanalytisches Erstinterview dauert, desto größer wird die Selektion der Patienten, die der Analytiker dann noch zu sehen bekommt. Die Wartezeit weist psychodynamisch 2 Seiten auf: mit dem Schritt zur Anmeldung ist einerseits für den Patienten schon eine therapeutische Situation entstanden, in der er bereitliegende Übertragungsmuster auf den ihm noch unbekannten Analytiker in seiner bewußten und unbewußten Phantasie erprobt, andererseits wird auch der unbewußte Widerstand durch die Frustration zwangsläufig verstärkt.

Werden in Institutionen im Vorfeld des Interviews Fragebogen und Testerhebungen durchgeführt, so ergeben sich besondere Belastungen und verständliche Erwartungen für den Patienten, der dann mit Spannung ins Erstinterview geht und oft mehr erwartet, als der

Analytiker zu geben in der Lage ist. Da durch den unterschiedlichen situativen Rahmen bei Institutionen und bei niedergelassenen Analytikern verschiedene Vorerwartungen gesetzt werden, ist es unerlässlich, diese frühzeitig ins Gespräch einzubeziehen.

Die von Ort zu Ort verschiedene Versorgungslage, die der Analytiker im Rücken hat, dem Patienten jedoch meist nicht genau bekannt ist, schafft zusätzliche Unterschiede der Erwartungen an das Erstinterview. Um Enttäuschungen zu vermeiden, ist deshalb eine angemessene Vorbereitung auf die Ziele des Gesprächs ein wichtiger erster Schritt in der Einleitungsphase des Interviews (*Empfehlung 1*). Die meisten fehlerhaften Schlußfolgerungen aus dem Verhalten der Patienten in der ihnen ungewohnten Interviewsituation entstehen durch ihre mangelnde Vorbereitung. Dies wird z. B. durch Cremerius' Kritik an der Interviewtechnik und ihrer situativen Ausgestaltung der französischen psychosomatisch-psychoanalytischen Schule deutlich (Cremerius 1977 a).

Das Vorwissen der Patienten aus gebildeten oder ungebildeten Schichten über Psychoanalyse, mit dem sich Cremerius in seinem Aufsatz beschäftigt hat, variiert so beträchtlich, daß sich die Gesprächsführung darauf einstellen muß. Treffende Beispiele für dieses Vorverständnis der Patienten und dessen fehlerhafte Interpretation durch den Psychoanalytiker gibt - wohl eher unabsichtlich - Schröter (1980) in einem Aufsatz über "spezifische Reaktionen auf das Behandlungsverfahren und die soziale Distanz zum Therapeuten":

Es scheint jedoch so zu sein, daß Patienten aus der Unterschicht durch die Eigenarten des psychoanalytischen Dialoges typischerweise in stärkerem Maße irritiert werden als andere Patienten (S. 60).

Für uns ist irritierend, daß hier ein soziologisch geschulter Autor eine Normalform des analytischen Dialoges postuliert, die keine Variationen im Hinblick auf die alltäglichen Kommunikationsbedingungen des Patienten hin zu kennen scheint. Diese Rigidität - als ob sich das Unbewußte nur via eines am Standard der "upper middle class" orientierten psychoanalytischen Dialogs erschließen ließe - können wir nicht unkritisiert stehen lassen, zumal wir gute Vorbilder haben, uns bei der Interviewführung an den Möglichkeiten des Patienten zu orientieren (Deutsch u. Murphy 1955).

Es dürfte hilfreicher sein, sich stattdessen mit den Balint'schen Empfehlungen hinsichtlich der notwendigen Bedingungen für ein geglücktes Interview zu beschäftigen, die wir im wesentlichen aufführen wollen (Balint u. Balint 1962, S. 234 ff.). Die erste *Empfehlung* - nämlich die einer angemessenen Gesprächsvorbereitung -, die im Hinblick auf die sozialen Erwartungsdifferenzen besonders relevant ist, haben wir bereits oben wiedergegeben. Die Schaffung und Erhaltung einer geeigneten Atmosphäre (*Empfehlung 2*), in welcher der Patient imstande ist, sich soweit zu öffnen, daß ihn der Therapeut verstehen kann, ist ein Test auf die aktive empathische Kompetenz des Interviewers, sich jeweils neu auf den Patienten einzustellen.

Schwierigkeiten sind auch hier unvermeidlich und erfordern eine kontinuierliche Reflexion des Beitrags, den der Analytiker im Ablauf des Gesprächs leistet. Balint u. Balint unterstreichen dies an dem Beispiel, daß ein Arzt, der seinen Patienten immer beruhigt, sobald er merkt, daß dieser sich unter einem Druck befindet, andere Mitteilungen gewinnt als einer, der nur passiv zuhört und den Patienten "schmoren" oder ihn das Interview selber steuern läßt.

Aussagen über den Patienten erfordern deshalb immer die Angabe der vom Interviewer hergestellten situativen Bedingungen, die als "Reize" im Balint'schen Sinne auf den Patienten eingewirkt haben (*Empfehlung 3*).

Von großer Wichtigkeit für den Psychoanalytiker ist eine Vorstellung von der weiteren Entwicklung der Beziehung, bevor er diese im Interview gestaltet. Der konkrete Interviewplan (*Empfehlung 4*) hängt davon ab, ob schon eine Weiterentwicklung der Interviewbeziehung in eine therapeutische Beziehung abzusehen ist oder ob von vornherein sicher ist, daß mit dieser einen Begegnung auch die Beziehung vorläufig beendet sein wird, weil entweder dem Patienten die Warteliste droht oder die Überweisung an einen Kollegen zu erwarten ist.

Die Dauer eines Interviews gehört ebenfalls zu jenen Rahmenbedingungen, die sowohl von äußeren praktischen Bedürfnissen bestimmt werden wie auch der interaktionellen Verwicklung ausgesetzt sind. Die wissenschaftliche und emotionale Neugier des Therapeuten

steht auf der einen Seite, auf der anderen sein Sicherheitsbedürfnis, das zu sehr unterschiedlicher Ausgestaltung des Interviews führt.

Zu den oft übergangenen praktischen Problemen gehört die Information des Patienten darüber, mit welcher Dauer des Gesprächs er rechnen kann. Schließlich findet das erste Interview des Patienten häufig nach einer meist enttäuschenden und oft kurzen Reihe von Unterredungen mit Ärzten statt; woher soll der Patient wissen, daß er nun mit der Sicherheit gebenden Dauer von zumindest 45 Minuten rechnen kann? Auch die Frage, ob der Patient gleich zu Beginn über die Möglichkeit eines zweiten Gesprächs informiert werden soll oder ob dies erst am Ende als Resultat des bisherigen Interviewverlaufs erwogen wird, ist zu bedenken.

Umgekehrt halten wir es für unerlässlich, daß sich besonders Anfänger in der Interviewtechnik einen festen Rahmen für die Gestaltung des Interviews geben und nicht beliebig viele Sitzungen entsprechend dem Grad ihrer persönlichen Unsicherheit durchführen (*Empfehlung 5*).

All diese technischen Detailfragen, die sich leidenschaftlich mit Für und Wider erörtern lassen, gehören zu jenem Bereich, den Balint unter dem Begriff *elastische Interviewtechnik* zu fassen sucht. Damit ist die *Empfehlung 6* ausgesprochen, auf verschiedene Patienten auch unterschiedlich zu reagieren und nicht durch Stereotypen im Sinne des traditionellen Verständnisses von Gegenübertragung festgelegt zu sein. Wir können von einer Fähigkeit zur Gegenübertragung sprechen, wenn diese vom Analytiker erkannt und dadurch diagnostisch nutzbar gemacht werden kann (s. auch Dantlgraber 1982). Die entscheidende Frage lautet: in welcher Hinsicht hat sich diese Flexibilität zu bewähren. Balint steuert auch in diesem Punkt geradlinig auf die kaum prinzipiell entscheidbaren, sondern nur im einzelnen lösbaren Probleme zu:

Ist es ratsam oder wünschenswert, daß eine Konsultation sich auf so etwas wie eine diagnostische Untersuchung beschränkt, oder darf sie etwas Therapie enthalten, etwa eine sehr milde Form von Psychoanalyse? (Balint u. Balint 1962, S. 244).

Wir meinen, daß ein Patient im Erstgespräch erfahren soll, was eine Behandlung für ihn bedeuten kann; dies ist gewiß schon eine therapeutische Erfahrung. Das Erstgespräch bereits als Modell der Therapie anzusehen, bringt einen Anspruch mit sich, der nicht eingelöst werden kann. Die Interviewführung sollte sich dahingehend orientieren, daß der Patient aufgrund seiner Erfahrung im Erstinterview selbst eine Entscheidung treffen kann, ob er eine psychotherapeutische Behandlung aufgreifen will und fähig ist, sich mit den unvermeidlichen Realisierungsproblemen auseinanderzusetzen. Diese Einstellung löst den Patienten aus seiner passiven Haltung. Wenn auch ein gewisses Ausmaß an diagnostisch-explorativem Vorgehen unerlässlich ist und nicht phobisch vermieden werden sollte, so besteht doch das Ziel des psychoanalytischen Interviews darin, zu erfahren, was im Patienten vorgeht oder vorgegangen ist und welche Beiträge er selbst zu seinem Schicksal geleistet hat. Dieses Ziel kann mit einer angemessenen Technik erreicht werden, wie sie Rosenkötter (1973) u. E. gut und einfühlsam beschrieben hat:

Wenn ein Patient wegen neurotischer Symptome oder anderer seelisch bedingter Lebensschwierigkeiten einen Psychotherapeuten aufsucht, so spielt sich der erste Kontakt zwischen beiden grundsätzlich nicht anders als bei anderen ärztlichen Beratungen ab; der Patient berichtet über seine Probleme und der Therapeut versucht, so viel wie möglich über deren Auftreten und Vorgeschichte sowie über die Lebensgeschichte des Patienten im allgemeinen zu erfahren, um ein Urteil über Indikation und Prognose der Behandlung zu gewinnen; Berufserfahrung und Begabung zum einführenden Verstehen wiegen hierbei nicht gering. Der Therapeut muß sich genügend Zeit nehmen, um dem Patienten einen spontanen und selbständigen Einstieg in den Dialog zu ermöglichen; er soll mit etwaigen Fragen vorsichtig den Bericht des Patienten begleiten und ergänzen und sich dabei um eine wohlwollend neutrale, zurückhaltende Einstellung bemühen und es vermeiden, den Patienten durch gezielte Befragung, prononcierte Stellungnahmen und Anweisungen zu jener passiv-magischen Erwartungshaltung zu verführen, die Kranke sonst dem Arzt entgegenzubringen geneigt sind (Rosenkötter 1973, S. 989 f.).

Die Balintschen Ausführungen zum Erstinterview, die auch für den Analytiker und nicht nur für die Psychotherapie in der ärztlichen Praxis relevant sind, hat Argelander aufgegriffen. In einer

Reihe von Arbeiten (Argelander 1966, 1967, 1970; Argelander et al. 1973) beschäftigt er sich mit der Wechselwirkung zwischen Patient und Untersucher:

Für den bereits sachkundigen Psychotherapeuten besagt diese Feststellung Balints, daß jedes Interview auch als eine analytische Situation aufgefaßt und von spezifischen Übertragungsmomenten zu diesem Interviewer und zu dieser Umgebung in diesem Moment geprägt wird. Die verschiedenartigen Mitteilungen des Patienten wie verbale Informationen, Verhaltensangebote, induzierte Vorstellungen des Interviewers usw. gruppieren sich um oder besser, kristallisieren sich an dieser zwischenmenschlichen Beziehung, dem Herzstück der Untersuchung, wie Balint es nennt, aus und erhalten von diesem Aktionszentrum eine Anordnung, die dazu führt, daß das Problem des Patienten sich in charakteristischer Weise vor den Augen dieses Untersuchers entfaltet (Argelander 1966, S. 40).

Diese in der ersten Arbeit bereits thematisierten Gesichtspunkte werden in den folgenden Untersuchungen vielfältig variiert und ausgearbeitet. In einer Zuspitzung der Balint-Thesen wird das Interview als eine "analytische Situation" aufgefaßt, "in der wir unser psychoanalytisches Instrument auch zu diagnostischen Zwecken einsetzen" (Argelander 1966, S. 42). Obwohl als selbstverständlich vorausgesetzt wird, daß sich das psychoanalytische Instrument der besonderen äußeren Struktur dieser zunächst begrenzten analytischen Situation anpaßt - es muß im Einklang mit der aktuellen Realität und den Ich-nahen Prozessen verbleiben - fordert diese Interviewtechnik oft mehr, als Analytiker und Patient zu leisten imstande sind. Argelander geht von 2 Erfahrungsbereichen aus, die er aufeinander zu beziehen sucht; er unterscheidet die Erfassung objektiver Tatbestände und die Entwicklung subjektiven Erlebens im Interview (s. auch Argelander 1967).

Mit der Verschmelzung beider Erfahrungsbereiche, wobei der objektive dem subjektiven untergeordnet wird, konstituiert sich der spezifisch psychoanalytische Zugang zu der Grenzsituation. Die Beobachtung des Verhaltens, die Befragung nach "objektiver" Information und eine spezifische Form der Wahrnehmung, die sich als empathisches Verstehen der unbewußten Objektbeziehung erweist, kennzeichnen die 3 wichtigen Arbeitsschritte in dieser Konzeption. Mit der 3. Funktion ist genau jenes Verstehen von prozeßhaftem Geschehen gemeint, welches sich in langen Analysen vollzieht:

Aus der psychoanalytischen Erfahrung wissen wir, daß innere seelische Abläufe in einer Objektbeziehung (nach außen) projiziert werden und in dieser wahrgenommen und erlebt werden können. Dazu ermöglichen wir dem Patienten in der Erstinterviewsituation den Ansatz zu einer Objektbeziehung und lassen diese in Form, Inhalt und Dynamik von seiner spezifischen Persönlichkeit gestalten. Seine Spontaneität wird in dieser Richtung voll gewahrt. Unser Aussehen, Alter, Geschlecht, Charakter, Temperament u. a. m. sind konkrete situative Stimuli, die den Untersuchten anregen, bereitliegende innere Gefühle, Erwartungen, Konflikte, Vorstellungen und Phantasien auf den Untersucher zu übertragen (Argelander 1967, S. 431).

Diese "Übertragungstheorie" des Erstinterviews verdankt ihre unbestreitbare Faszination dem Umstand, daß hier die mühseligen, nur langsam sich entwickelnden Verstehens- und Verständigungsvorgänge des analytischen Prozesses scheinbar schon im ersten Ansatz, bei der ersten Begegnung, begriffen werden.

In der weiteren Ausarbeitung dieser Position hat Argelander (1970) die 3 Quellen der Information als objektive, subjektive und szenische Information voneinander abgegrenzt, etwas willkürlich, wie er selbst schreibt, aber praktisch brauchbar. "Bei der szenischen Information dominiert das Erlebnis der Situation mit all seinen Gefühlsregungen und Vorstellungsabläufen..." (1970, S. 14). Die spezifische Verstehensleistung, die im szenischen Erkennen vollzogen wird, erfuhr ihre besondere Schulung und Ausgestaltung sowohl in der in den Balint-Gruppen betriebenen Arbeit als auch in den Falldiskussionen der Sprechstundeninterviews (Argelander et al. 1973). Die dort gesammelten Erfahrungen unterstreichen, daß sich in einem Interview meist relativ schnell Material ansammelt, "um die analytische Wahrnehmung und das analytische Denken bis zu einer operationalen Basis voranzutreiben" (S. 1004). Die Erfahrungen aus der Balint-Gruppen-Arbeit wurden in diesem anderen und doch durch die Kürze der Gespräche ähnlich strukturierten Setting bestätigt. Trotz des großen Anklangs und der guten Aufnahme des Argelanderschen Erstinterviewmodells im deutschen Sprachraum, werden seine Mahnungen und selbstkritischen Hinweise nicht entsprechend berücksichtigt:

Die Übungen im szenischen Verstehen sollen also dazu dienen, die verbewußten Wahrnehmungs- und Denkprozesse stärker zur Geltung zu bringen und auf diesem Wege das natürliche kreative Potential des Analytikers zu mobilisieren (S. 1009 f.).

Die Wahrnehmungsfähigkeit für verbewußte Prozesse kann durch Übung verbessert werden.

Ohne diese Lernvoraussetzung kann man nicht mehr erwarten als blühende Phantasien und wildes Spekulieren Diese Tatsache kann man nicht oft genug betonen, weil gerade in unserem Fach in dieser Hinsicht viel gesündigt wird. Die mißglückten Versuche werden dann leichtfertig dem bis ins Unerträgliche strapazierten subjektiven Faktor angelastet und schließlich wird die ganze Methode diskreditiert (Argelander et al. 1973, S. 1010).

Unsere Bewertung dieses psychoanalytischen Interviewstils kann an Argelanders eigenen Bedenken anknüpfen. Es ist eines, daß eine Gruppe unter der Anleitung eines dafür speziell begabten Psychoanalytikers sich der Entwicklung eines hochdifferenzierten Interviewstils verschreibt; ein anderes ist es, die Lehr- und Lernbarkeit dieses Verfahrens zu bewerten. Darüber hinaus bezweifeln wir, daß die Methode, wenn sie zu puristisch angewandt wird, jene spezielle Leistung erbringt, für die sie entwickelt worden ist, nämlich die Wahl eines spezifischen therapeutischen Verfahrens zu ermöglichen, "das sich an der aktuellen inneren Konfliktsituation des Patienten orientiert (z. B. Kurztherapie), oder an seiner aktuellen Übertragungseinstellung mit ihren Bedürfnissen, Konflikten und Ausdrucksformen (z. B. Gruppentherapie)" (Argelander 1966, S. 41). Die Indikationsstellung für bestimmte Behandlungsverfahren läßt sich aus der Diagnostik unbewußter Konfliktkonstellationen nur begrenzt ableiten, wie die nachfolgende Diskussion der Indikationsproblematik zeigen wird.

Es ist in den letzten Jahren zunehmend deutlich geworden, daß zwar die Leistungsfähigkeit des Erstinterviews für die subjektive Indikation (Dantlgraber 1982) ausreicht, daß aber eine differenzierte Indikationsstellung weitere Aspekte berücksichtigen muß; sie kann nicht beim rein subjektiven Gefühl stehenbleiben, "es mit diesem Patienten zu können".

6.4 Entscheidungsprozesse

Wir haben uns bislang auf eine kritische Beschreibung historischer und gegenwärtiger Auffassungen vom Erstinterview als einem diagnostischen und zugleich therapeutischen Geschehen konzentriert. Am Ende des vorigen Abschnitts sind wir mit der Frage konfrontiert worden, welche Schlußfolgerungen sich für die Frage der Indikation aus einer bestimmten Technik ziehen lassen. Den dort anklingenden Zweifel werden wir in den folgenden Ausführungen vertiefen müssen, denn eine umfangreiche klinische Literatur hat nur wenig substantielle Ergebnisse erbracht.

Freuds eigene Indikationskriterien waren im wesentlichen Ausschlußkriterien: Auszuschließen waren Kranke, die nicht einen gewissen Bildungsgrad und einen einigermaßen verlässlichen Charakter besitzen, wie auch Personen, die sich nicht selbst durch ihr Leiden zur Therapie gedrängt fühlen, sondern nur infolge des Machtgebotes ihrer Angehörigen sich einer Behandlung unterziehen. "Wenn man sicher gehen will, beschränke man seine Auswahl auf Personen, die einen Normalzustand haben, da man sich im psychoanalytischen Verfahren von diesem aus des Krankhaften bemächtigt" (1905 a, S. 21). Das Alter galt ihm als weiteres begrenzendes Kriterium sowie die Notwendigkeit, drohende Erscheinungen rasch zu beseitigen, wie z. B. bei der hysterischen Anorexie.

Wichtiger als die negativen Kriterien erscheint uns nach wie vor Freuds positive Indikationsformulierung, die weit weniger bekannt geworden ist: "Die psychoanalytische Therapie ist an dauernd existenzunfähigen Kranken und *für solche* geschaffen worden (1905 a, S. 20; Hervorhebung von uns). Insofern ein gewisser "Normalzustand" im eben beschriebenen Sinn besteht, sieht Freud in der Schwere einer Erkrankung selbst keine Einschränkung. Dieser Standpunkt unterscheidet sich wesentlich vom Ergebnis mancher Rundtischgespräche über Analysierbarkeit (siehe z. B. Waldhorn 1960), die sich in folgender Beschreibung des geeigneten Patienten zusammenfassen lassen: "sick enough to need it and

healthy enough to stand it". Daran läßt sich ermessen, wie weit sich die neoklassische Stilform von Freuds Konzeption der Behandlungstechnik entfernt hat.

Wir müssen nach wie vor davon ausgehen, daß sich in der Psychoanalyse die Frage der Indikation nicht - oder nur selten - aus der Art der Erkrankung ableiten läßt. Zwar wurde lange an der Unterscheidung von Übertragungsneurosen - die damit zugleich als behandelbar gekennzeichnet wurden - und narzißtischen Neurosen festgehalten, aber diese Unterscheidung konnte nicht verdecken, daß mit der Feststellung einer Übertragungsneurose noch relativ wenig hinsichtlich der Frage der Behandelbarkeit ausgesagt war. Bevor wir im folgenden die schwer entwirrbare Diskussion um die Entwicklung der Indikationskriterien nachvollziehen, die durch die Einführung variierender Gesichtspunkte wie Eignung, Zugänglichkeit und - last not least - Analysierbarkeit seit Jahrzehnten kompliziert wurde, möchten wir darauf hinweisen, daß wir damit eine Denktradition darstellen, die ihren Ursprung nicht in Freuds Praxis hatte.

Diskutiert man den anstehenden Fragenkomplex aus der von Tyson und Sandler (1974) angelegten Perspektive: Probleme der Auswahl von Patienten *für* eine Psychoanalyse, so befindet man sich von vornherein in einer u. E. falschen Ausgangslage, die von einem berechtigten Kerngedanken ausgehend zu einem Tanz um das Goldene Kalb der normativen Idealtechnik (s. Kap. 1) geführt hat.

Der harte Kern, der in vielen Diskussionen um die Auswahl von Patienten für eine psychoanalytische Behandlung steckt, liegt darin, daß die intensive psychoanalytische Behandlung sowohl vom Patienten wie vom Analytiker hohe Investitionen an persönlichem Engagement, finanziellen Verpflichtungen und Zeit verlangt. Nicht von ungefähr wurde die psychoanalytische Kur mit einer Expedition verglichen, für die die Teilnehmer auch sorgfältig ausgewählt werden müssen. Verknüpft man diesen Gesichtspunkt mit Freuds ursprünglicher Beschreibung, daß die psychoanalytische Behandlung für "dauernd existenzunfähige Kranke" geschaffen wurde, so ergibt sich aus der Zuordnung beider Gesichtspunkte, daß möglicherweise nicht für alle dieser Schwerstkranken die Methode erfolgversprechend ist und es deshalb im Interesse des Patienten und des Arztes liegen muß, die Brauchbarkeit der Methode für einen bestimmten Patienten vorher abzuschätzen. Aus diesem Verständnis heraus ist die folgende Diskussion zu lesen, in der die Entwicklung der Indikationsproblematik für die hochfrequente psychoanalytische Standardtechnik dargestellt wird.

Hatte Freud eher enthusiastisch Patienten mit allen Varianten schwerer und komplizierter Neurosen, die nicht durch "bequemere Heilmethoden" (1905 a, S. 19) zu behandeln waren, als potentielle Kandidaten für sein neues Verfahren betrachtet, so führte Jones (1921) die Verbindung von diagnostischen Kategorien und prognostischen Aussagen ein. In seinem Indikationskatalog finden wir folgende Diagnosen: 1) Hysterie, 2) Angsthysterie, 3) Zwangsneurose, 4) Hypochondrie, 5) Fixierungshysterie.

Die Gruppen 4 und 5 wurden mit einer schlechteren Prognose versehen. Fenichel (1945) nahm den Gedanken auf, die prognostische Frage mit der Schwere der Neurose zu verbinden:

Im allgemeinen entspricht daher die Schwierigkeit einer Analyse der Tiefe der pathogenen Regression. Unter Berücksichtigung des analytischen Wissens über die Tiefe der entscheidenden Fixierungen bei den einzelnen Neurosen können diese nach ihrer analytischen Zugänglichkeit ... angeordnet werden (Fenichel 1945, dt. 1977, S. 176).

In der Formulierung "analytische Zugänglichkeit" steckt die inzwischen festgeschriebene Methode. Allerdings hebt Fenichel (1977, S. 177) hervor: "Zahlreiche andere Details müssen bei einer Prognose in Rechnung gestellt werden: die dynamische Beziehung zwischen den Widerständen und einem Heilungswunsch, der sekundäre Krankheitsgewinn und die allgemeine Flexibilität einer Person". Glover (1955) greift das Konzept der "Zugänglichkeit" auf und ordnet die diagnostischen Kategorien nach "zugänglich", "leidlich zugänglich" und "unbehandelbar".

Tyson u. Sandler (1974) unterstreichen, daß mit dem Symposium über "The Widening Scope of Psychoanalysis" das Schwergewicht nicht mehr auf diagnostische Kriterien, sondern auf Kriterien der "Eignung" gelegt wurde. Wie A. Freud (1954 b, dt. 1980, S. 1378) feststellte, gibt es keine Garantie dafür, daß zwei Personen mit der gleichen Symptomatik auf dieselbe technische Maßnahme gleich reagieren. Damit wurde der nosologisch orientierten

Indikationsdiskussion der Boden entzogen. Die Erkenntnis, daß die Wirkung einer Behandlung aufgrund nosologischer Kriterien nicht vorhergesagt werden kann, führte jedoch noch lange nicht zu der Konsequenz, nach jenen Faktoren zu suchen, die eine positive Auswirkung auf die Entwicklung eines psychoanalytischen Prozesses haben. Noch wurde das Problem auf die vertraute Formel vom "Einblick in die Struktur der Neurose" gebracht. Das Konzept einer "Probeanalyse", von Freud (1913 c) empfohlen, wurde von Fenichel (1945) noch elaboriert, aber ist im Grunde genommen nicht wirklich rezipiert worden. Statt dessen finden sich im oben bereits beschriebenen Erstinterviewprozeß zunehmend Elemente der "Probeanalyse", bei denen die Fähigkeit des Patienten, mit Deutungen umzugehen, erprobt werden soll (Alexander u. French 1946, S. 98). Wenn wir auch sehr eindrucksvolle positive Beispiele kennen, so bleibt die Befürchtung, daß die Gefahr einer Überlastung dieser initialen Situation entsteht, die sich negativ auf die Indikationsentscheidungen auswirken kann. In Mitscherlichs Formulierung kommt ein Minimalkonsens zum Ausdruck, der einer größeren Zahl von Patienten einen Zugang zu psychoanalytischen Behandlungsverfahren ermöglichen dürfte: "Die Fähigkeit [des Patienten, d. Verf.], auf ein verstehendes Angebot affektiv einzugehen, scheint uns das sicherste prognostische Zeichen dafür, daß, mit Freud zu sprechen, das Symptom nicht den besten Ausgang darstellt, der für den Kranken erreichbar war" (Mitscherlich 1967, S. 149).

Neben der "Fähigkeit des Patienten" ist hier auch die Fähigkeit des Therapeuten gemeint, ein "verstehendes Angebot" zu machen. Das Problem des Erstinterviews und der damit verbundenen Indikationsfragen wird damit angereichert durch die technische Frage, wie wir Patienten dafür gewinnen können, unsere "Fragerichtung" (Mitscherlich 1967, S. 141) aufzugreifen? Die weitergehende Überlegung muß sich dann damit beschäftigen, wofür wir den Patienten gewinnen wollen. Da unsere Darstellung der Probleme nicht auf die traditionelle Schiene einer dichotomen Betrachtungsweise von Standardtechnik und analytischen Psychotherapieformen hinauslaufen soll, reicht die Feststellung, daß der Patient im Erstinterview über ein verstehendes Angebot für eine Mitarbeit gewonnen werden soll, noch nicht aus. Für welche Ziele können wir Patienten gewinnen? Unter diesem Gesichtspunkt lassen sich nun die von Tyson u. Sandler (1974) aufgeführten Eignungskriterien näher beleuchten, denn sie implizieren, wie wir meinen, Verständigungsprozesse über Zielvorstellungen.

Wir schlagen vor, von unterschiedlich weit oder umschrieben gefaßten Therapiezielen zu sprechen. Psychoanalyse als Verfahren zur besseren Selbsterkenntnis kann ihren weitreichenden Anspruch nur dann erfüllen, wenn sich Selbsterkenntnis in verändertes Erleben infolge Angstverminderung umsetzt und dadurch eine Veränderung des Handelns im Sinne frei gewählter Ziele ermöglicht. Wenn Freud (1909 b) schreibt, "Es ist aber nicht der therapeutische Erfolg, den wir an erster Stelle anstreben, sondern wir wollen den Patienten in den Stand setzen, seine unbewußten Wunschregungen bewußt zu erfassen" (S. 354), so ist hierin ein Veränderungspostulat impliziert, das nur künstlich von medizinisch eng gefassten Erfolgskriterien geschieden werden kann. Denn die psychoanalytische Theorie postuliert, daß die Aufhebung der Verdrängung und die Bewußtwerdung von bis dato unbewußten Wünschen notwendigerweise eine Veränderung der seelischen Prozesse nach sich ziehen muß. Die Diskussion um Indikationen für verschiedene psychoanalytische Behandlungsverfahren ist deshalb im Grunde genommen eine Diskussion um verschiedene Ziele der Veränderung, die angestrebt werden können. Die Entscheidung, einem Patienten eine hochfrequente Analyse vorzuschlagen, enthält die Zielvorstellungen, daß dieser mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eine gründliche, tiefgehende Form der Veränderung seiner seelischen Prozesse erreichen kann, von der wir annehmen, daß sie sich in vielfältiger Form auf die verschiedensten Lebensbereiche auswirkt. Bei dieser Zielsetzung ist es legitim, die für einen solchen Veränderungsprozeß notwendigen Vorbedingungen kritisch zu diskutieren. Die Motivation, die persönliche Orientierung des Patienten, seine psychologische Neugierde, seine Fähigkeit, Objektbeziehungen zu nutzen, und anderes mehr spielen deshalb eine entscheidende Rolle in der gegenwärtigen Diskussion um Indikationen zur Psychoanalyse.

Kuiper (1968) bekennt sich zu einer restriktiven Handhabung der Indikationsstellung und unterstreicht zu Recht, daß die Begeisterung junger Analytiker für die von ihnen erlernte Standardtechnik dazu führt, daß sie diese unkritisch anwenden. Höchst ungünstige Folgen

kann es zum Beispiel haben, wenn ein Analytiker meint, daß stereotypes Nichtbeantworten von Fragen oder Schweigen wesentliche Bestandteile der Standardtechnik sind und er diese Mittel bei Patienten einsetzt, für welche diese Technik ungeeignet ist. Der Leser beachte bitte, daß wir die Technik, nicht aber den Patienten als ungeeignet bezeichnen. Wir stimmen also Kuiper zu, daß die Standardtechnik ein sehr beschränktes Anwendungsgebiet hat, aber wir heben die Notwendigkeit der Modifizierung und Anpassung an den einzelnen Kranken hervor. Kuiper nennt auch ein Motiv, warum Analytiker an der Standardtechnik festhalten und diese exzessiv anwenden: Schließlich hätten sie viel Energie, Zeit und Geld in das Erlernen dieser Technik gesteckt, und nun wollten sie das Erlernte ausschließlich und intensiv bei möglichst vielen Kranken anwenden. Dann seien Enttäuschungen unvermeidbar, die via Reaktionsbildung zu einer Abwertung anderer "nichtanalytischer" Hilfestellung führen (S. 261). Gleichzeitig werden die eigenen Zweifel an der Standardtechnik durch deren Idealisierung gelöst: Der schwarze Peter wird dem Patienten zugewiesen, der sich eben im nachhinein als ungeeignet erwiesen hat, anstatt der Frage der Modifikation der Technik nachzugehen. Die diskutierten notwendigen oder gar hinreichenden Eigenschaften von Patienten, die in klassische psychoanalytische Behandlung genommen werden können, die zugänglich oder gar analysierbar sind, erweisen sich allzuoft als Eigenschaften, die zugleich Zielkriterien des Behandlungsprozesses selbst sind:

Der Patient soll ein ausreichendes Maß an Intelligenz besitzen, quälende Affekte ertragen und sublimieren können. Seine Objektbeziehungen sollen relativ gut entwickelt und seine Fähigkeit zur Realitätsprüfung mehr oder weniger gut ausgebildet sein. Sein Leben soll sich nicht um die Analyse drehen, damit er nicht übermäßig abhängig von ihr wird, Charakter und Bildungsstand sollen ihm eine gute Position im Leben und entsprechende Anerkennung verschafft haben. Es könnte sein, daß wir uns in der paradoxen Lage befinden, daß der Patient mit idealen Voraussetzungen für eine Analyse keine benötigt! (Tyson u. Sandler 1974, S. 555 f.).

Anstatt nun hieraus die Schlußfolgerung zu ziehen, daß eben kleinere Abweichungen von diesem Idealkatalog toleriert werden müssen, scheint es uns naheliegender, die interaktionelle Qualität dieser "Eigenschaften" ins Auge zu fassen. "Strong enough to stand it" verweist doch auf die psychoanalytische Situation, die von Patient und Analytiker hergestellt und aufrechterhalten werden muß. Die Frage, "wer wie wen wozu" analysiert, kann nach Kuiper nicht ernsthaft genug aufgeworfen werden. Welchen Beitrag der Analytiker jeweils leisten muß und kann, um einen analytischen Prozeß zu ermöglichen, stellt die eigentliche Drehscheibe dar, die der anhaltenden Diskussion über Analysierbarkeit eigentlich ein Ende bereiten sollte. Bachrach (1983, S. 199 f.) reduziert das Problem der Analysierbarkeit auf letztlich 3 Klassen von Patienten:

- 1) Jene normal begabten Patienten, die mit jedem durchschnittlich qualifizierten Analytiker eine produktive Arbeit leisten können.
- 2) Jene Ich-schwachen Patienten, die einen infantilen Charakter aufweisen und sich nicht für die psychoanalytische Arbeit gewinnen lassen.
- 3) Jene Patienten, die Bachrach als "Grenzfälle" (nicht im diagnostischen Sinne) anspricht, bei denen das Schicksal der analytischen Arbeit überwiegend von der Person und den speziellen Fähigkeiten des Analytikers abhängt.

Wenn auch nachvollziehbar ist, was Bachrach mit der Kennzeichnung "durchschnittlich begabt für die analytische Arbeit" auszudrücken sucht, so halten wir es doch für vorteilhafter und strategisch angemessener, die interaktionelle Ausgestaltung in allen therapeutischen Situationen ins Auge zu fassen. Die Durchschnittlichkeit, von der Bachrach hier spricht, ist gleichermaßen eine Fiktion wie auch Hartmanns "durchschnittlich zu erwartende Umgebung", die die Ich-Psychologie theoretisch in eine Sackgasse führte (Fürstenau 1964). In dem Maße nämlich, wie sich die Leitsymptomatik von umschriebenen Störungen zu diffuseren Persönlichkeitsproblemen hin verschoben hat (Thomä u. Kächele 1976), ist die Fähigkeit des Psychoanalytikers, variabel auf Bedürfnisse und Konflikte einzugehen, immer wichtiger geworden. Die Verwirklichung zweier komplementärer Techniken, die Cremerius (1979) nur aus didaktischen Gründen einander polar gegenübergestellt hat, führt nun zu der Formulierung, "daß die Grenzen der Analysierbarkeit nicht die Grenzen des Patienten, seiner Psychopathologie seien, wie Freud (1937 c) festgestellt hatte, sondern daß sie die Grenzen des

Analytikers seien" (Cremerius 1979, S. 587). Wir glauben, daß das Konzept "Analysierbarkeit" den letzten Rest von Spezifität verloren hat und besser durch "Behandelbarkeit" zu ersetzen wäre. Wenn "analysierbar" zu dem wird, was ein Psychoanalytiker tun kann und aushält, dann kann über Indikation nur noch im Rahmen der bipersonalen Fundierung des therapeutischen Geschehens gesprochen und geforscht werden.

Der Indikationsprozeß im Erstinterview wandelt sich dann von dem statischen Konzept einer prognostischen Indikation zu dem dynamischen Konzept der *adaptiven Indikation* (Baumann u. von Wedel 1981), durch das Patient und Analytiker ausdrücklich aufeinander verwiesen werden. Ein geglücktes Beispiel für dieses Denken gibt S. Shapiro (1984), der einen genuin psychoanalytischen Ansatz zur Ermittlung der geeigneten Behandlungsmethode vorschlägt. Anstelle des Konzepts der Probeanalyse, die auch wir aus vielen Gründen für nicht mehr zeitgemäß halten, setzt er eine explorative Phase ein, in der er den Patienten mit der Methode der freien Assoziation vertraut macht. Wir stimmen S. Shapiro zu, wenn er die Möglichkeiten einer *diagnostischen Therapiephase* aufzeigt, die sich nicht als Probeanalyse im herkömmlichen Sinne versteht, an deren Ende die Entscheidung über die Eignung steht, sondern deren Ziel es ist, herauszufinden, welche Veränderungen unter welchen therapeutischen Bedingungen erreichbar sind. Der konzeptuell weite Rahmen der heutigen psychoanalytischen Therapieformen erlaubt vielfältige Überlegungen, die nicht einmal auf den Bereich psychoanalytischer Therapieformen sensu strictiori eingeschränkt sein müssen.

Wenden wir Balints Empfehlungen an Hausärzte auf die psychoanalytische Erstinterviewsituation an und entwickeln das Konzept einer längerfristigen, über den einmaligen Kontakt hinausreichenden Beziehungsstruktur zum Patienten, so öffnen sich viele Möglichkeiten der patientenorientierten Indikation für verschiedene Wege der Veränderung, die ein Patient jetzt oder zu einem späteren Zeitpunkt begehen kann (Hohage et al. 1981).

Die Analyse der vielfältigen Faktoren in der Indikationsfrage umfaßt sowohl die Anerkennung subjektiver Aspekte im Entscheidungsprozeß (Leuzinger 1981, 1984; Dantlgraber 1982) als auch die Berücksichtigung institutioneller Momente, unter denen sich die psychoanalytische Tätigkeit vollzieht. Die Wechselwirkung beider ist oft besonders schwer auszumachen, da sie durch Rechtfertigungsstrategien des beteiligten Analytikers leicht verdeckt wird.

Die Bedeutung theoretischer Vorannahmen für den Entscheidungsprozeß ist hoch zu veranschlagen; noch größeres Gewicht haben praktische Randbedingungen, die unverändert wie zu Freuds Zeiten Indikationsentscheidungen beeinflussen. Die Veränderung von Randbedingungen - wie die Einführung der Kassenregelung - vergrößert den Kreis der Patienten, die eine Behandlung verwirklichen können. Bei den Entscheidungsprozessen spielen aber unterschwellig klassenspezifische Momente eine große Rolle. Dies zeigen alle empirischen Untersuchungen über Faktoren des Indikationsprozesses. Die einseitige Auswahl wird mit hochgespielten Eignungskriterien kaschiert, wodurch die Reichweite der Psychoanalyse vielerorts iatrogen eingeschränkt wird.

Durch die sozialen Veränderungen und die Krankenkassenregelung sind wir dem Ziel nähergekommen, über flexibel gestaltete Erstinterviews Patienten aus einem breiten sozialen und nosologischen Spektrum für eine analytische Behandlung zu gewinnen. Es ist ein Leichtes, mit hochmotivierten Menschen eine Analyse einzuleiten, so schwierig dann die Therapie auch werden mag. Die Kunst des Erstgesprächs liegt dort, wo es darum geht, in einem zögernden Patienten das Interesse für eine dringend erforderliche Therapie zu wecken. Die Entwicklung der vielfältigen psychoanalytischen Therapieformen hat Freuds Bild vom Gold und Kupfer revisionsbedürftig gemacht. Sie können heute patientenorientiert konzipiert und ausgestaltet werden. Vielleicht trifft dies den Kern der gegenwärtigen Erstinterviewproblematik, daß wir uns in einer Entscheidungssituation mit dem Patienten befinden, die nicht mehr von der vertrauten Dichotomie Psychoanalyse versus analytische Psychotherapie bestimmt wird, sondern in der wir bedenken müssen, in welcher Weise und durch welchen Psychoanalytiker einem Patienten die für seine Entwicklung günstigste Voraussetzung zu schaffen ist. Spätestens am Ende des ersten Gesprächs taucht die Frage auf: Wie geht es weiter und welche äußeren Bedingungen sind bei einer Therapie zu erfüllen? Wie läßt sich die Durchführung einer Therapie mit den persönlichen und beruflichen Lebensumständen des Patienten in Einklang bringen?

Die unseren heutigen Erkenntnissen angemessene und deshalb von uns vertretene adaptive Indikationsstellung ändert zwar nichts an der großen Verantwortung, die mit der Übernahme einer Therapie, gleich welcher Dauer und Frequenz, einhergeht. Es fallen aber jene besonderen Belastungen weg, die dann bestehen, wenn zusammen mit der Analysierbarkeit auch weitreichende zeitliche und finanzielle Festlegungen getroffen werden. Wir plädieren auch bei der Verabredung von Analysen dafür, die Dauer nicht in runden Jahren oder Sitzungszahlen anzugeben, sondern von vornherein auf die Beziehung zu den erwünschten erreichbaren und erreichten Zielen aufmerksam zu machen. Dann verlieren Angaben über die Dauer von Analysen ihre deprimierende Wirkung, und der Patient kann die Hoffnung schöpfen, daß nicht erst nach ein, zwei oder x Jahren Besserungen oder Heilungen eintreten können. Da Verschlechterungen, Besserungen und Heilungen, also der analytische Prozeß insgesamt, auch von der beruflichen Kompetenz des Analytikers abhängig sind, ist natürlich auch seine Dauer eine dyadisch regulierte Größe, die sich aus vielen Bestandteilen zusammensetzt.

Es ist davon auszugehen, daß es in der Freiheit des Patienten liegt, die Behandlung stets unterbrechen oder beenden zu können. Deshalb ist auf suggestive Untertöne zu achten, die mit Feststellungen über Frequenz und Dauer einhergehen. Auf der anderen Seite wissen die Beteiligten, daß der ideale Freiheitsspielraum des Patienten real eingeengt ist: durch die äußeren Verhältnisse, durch Selbsttäuschungen aufgrund unbewußter Motivationen und durch die Beziehungs- und Übertragungskonflikte des analytischen Prozesses. Wie lange eine Behandlung idealiter dauern sollte und wie lange sie tatsächlich dauert, ist also von sehr vielen Faktoren abhängig.

Am Übergang vom Erstinterview zur Therapie muß uns an einer Weichenstellung gelegen sein, die möglichst viel offenläßt und einen Freiheitsspielraum schafft, der Hoffnungen weckt (Luborsky 1984). Zugleich ist ein Rahmen herzustellen, der gute Arbeitsbedingungen gewährleistet. Eine einfache Lösung dieses Problems kann es nicht geben. Wir können aber von einer scheinbar banalen Erfahrung ausgehen: Patienten kommen im allgemeinen so lange, wie sich das Verhältnis von Aufwand und Ertrag positiv gestaltet. Gute Gründe sprechen dafür, das persönliche Abwägen, das sich auf das Verhältnis von Aufwand und Ertrag reduzieren läßt, in den Mittelpunkt zu stellen und damit den Entscheidungsprozessen des Patienten den ihnen gebührenden Vorrang zu geben. Auf diese Weise wird ein idealer Entfaltungsspielraum ins Auge gefaßt, auch wenn sich bei dessen Verwirklichung vielfältige Einschränkungen ergeben. Denn es bleibt ja niemals beim rein subjektiven Abwägen. Selbst ein Multimillionär, der sich als moderner Robinson mit seinem Analytiker Dr. Freitag auf eine Südseeinsel mit dem Ziel der unendlichen Analyse zurückzöge, müßte damit rechnen, daß sein Analytiker die Relation von Aufwand und Ertrag anders einschätzt als er selbst. Wir brauchen uns von dieser fiktiven Situation nicht zu weiteren Phantasien anregen lassen. Denn nirgendwo in dieser Welt hat allein der Patient das Sagen über Aufwand und Ertrag, über Frequenz und Dauer der Behandlung. Der Analytiker redet mit, und die abwesenden Dritten im Bunde äußern ihre Meinung direkt oder indirekt und - bei der Fremdfinanzierung - in einer recht einschneidenden Weise.

Es kann enorme Unterschiede in der Einschätzung dessen geben, was wir hier kurz als Aufwand und Ertrag bezeichnen. Zu viele Kombinationen sind denkbar, als daß wir hier darüber im einzelnen sprechen könnten. Zur ökonomischen Ausdrucksweise haben wir freilich in voller Absicht gegriffen, obwohl wir mit einem Befremden des Lesers rechnen. Wir dürfen aber trotz der Begeisterung über die oft befreiende Wirkung der Psychoanalyse den nüchternen Blick auf die Verwicklungen mit den Angehörigen sowie auf die Investition von Geld und Zeit nicht verlieren. Klauber (1972 b; dt. 1980, S. 159 f.) hat besonders darauf aufmerksam gemacht, wie eingreifend der Aufwand an Zeit und Geld neben den Verwicklungen mit den abwesenden Dritten, den Angehörigen, sein kann. In West-Berlin und in der BRD sind durch die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten ohne Selbstbeteiligung bei der großen Majorität von Patienten abgedeckt. Auch bei den sog. Privatpatienten erfolgt in der Regel eine Fremdfinanzierung durch private Krankenkassen und staatliche Beihilfen. Die einzigen Analysanden, die aus der eigenen Tasche bezahlen, sind die Lehranalysanden. Da über 90 % der Bevölkerung pflichtversichert sind, gibt es für die meisten Patienten, die sich in analytischer Psychotherapie befinden, keine finanziellen Belastungen. Schon zum Erstinterview bringen diese Patienten einen Überweisungsschein mit, der die Bezahlung durch die Krankenkasse

garantiert. Wir werden uns mit diesem Thema im übernächsten Abschnitt befassen und uns nun den Angehörigen zuwenden, die auf jeden Fall virtuell und nicht selten auch real beim Erstinterview anwesend sind. Die Einstellung des Analytikers zu den Angehörigen färbt die Gesprächsführung, so daß auch in dieser Hinsicht von Anfang an oft gänzlich unbemerkt Weichenstellungen erfolgen.

6.5 Die Angehörigen

Im Hinblick auf den nun folgenden Abschnitt über die Angehörigen und auf den späteren über die Fremdfinanzierung (vgl. 6.6) haben wir in der Überschrift am Anfang des Kapitels auf Schillers Verse aus *Die Bürgschaft* angespielt; im Geist der Versöhnung spricht Dionys, der Tyrann von Syrakus, die zum geflügelten Wort gewordenen Verse: "Ich sei, gewährt mir die Bitte, in Eurem Bund der Dritte." Die virtuelle Anwesenheit des abwesenden Dritten, die wir in diesem Abschnitt besprechen, weckt ebenso wie die Fremdfinanzierung eine Fülle von Assoziationen, die unsere Anspielung auf Schillers Gedicht nicht zuletzt wegen des versöhnlichen Ausgangs nahelegen. Daß sich Patient und Analytiker auf die Bürgschaft der Pflichtkrankenkasse zur Kostenübernahme verlassen können, ist die prosaische Seite. Zugleich erschwert oder verdirbt die Einmischung der Dritten die gute und versöhnliche Beendigung der Therapie - aber genug der Anspielungen.

Mit dem "Studium der individuellen Entwicklung des menschlichen Wesens" (Freud 1940 a, S. 67) kennzeichnet Freud den Beginn psychoanalytischer Bemühungen. In der Tradition der bürgerlichen Aufklärung stehend suchte er die Zusammenhänge zwischen den verschiedensten Handlungen eines Patienten und seinen inneren Nöten zu ergründen und durch Selbsterkenntnis zu heilen. Durch Einsicht ins unbewußte Seelenleben wollte er eine individuelle Bewußtseinserweiterung erreichen. Darin sah Freud einen wesentlichen Beitrag der Psychoanalyse zur Aufklärung.

Der Behandlungsauftrag für eine Psychoanalyse wird allein vom Patienten erteilt. Wenn eine Absprache zwischen Therapeut und Patient getroffen wird, sind ethische und juristische Fragen berührt. Diskretion und Schweigepflicht tragen zur Schaffung der Vertrauensgrundlage zwischen beiden Beteiligten bei. Bei der Frage, ob und wann Angehörige zugezogen werden, müssen wir Entscheidungen zum Wohle des Patienten treffen. Ohne seine Zustimmung dürfen wir deshalb Angehörige nur in Notfällen hinzuziehen, beispielsweise wenn der Kranke nicht selbst in der Lage ist, verlässliche Angaben zu machen, die dem Arzt die nötigen anamnestischen Daten für eine Diagnose und eine entsprechende Therapie liefern. Wenn ein Patient psychotisch oder suizidal ist, also nicht Herr seiner selbst, liegt eine solche Ausnahmesituation vor. Ansonsten gilt der Grundsatz, daß die Angehörigen vom Analytiker keine Informationen über den Patienten erhalten dürfen.

Im allgemeinen macht die psychoanalytische Methode die Einbeziehung der Angehörigen nicht erforderlich. Der Psychoanalytiker verläßt sich auf seine Beobachtungen in den Sitzungen. Es wird davon ausgegangen, daß ein Patient innerhalb der Analyse ähnliche Beziehungskonflikte mit dem Analytiker wiederholt, wie sie sich mit seinen nächsten Bezugspersonen inszenieren. Der Analytiker kann auf den Kontakt mit den Angehörigen verzichten, weil er, spätestens mit der Entwicklung der Übertragungsneurose, an sich selbst erfahren kann, wie der Patient mit seinen Bezugspersonen umgeht und Handlungen und Einstellungen gegen oder für sich unbewußt provoziert.

Das interaktionelle Verständnis von Übertragung und Gegenübertragung bringt es mit sich, daß der Analytiker sich einerseits in die Sichtweisen des Patienten einfühlen, andererseits auch die Verhaltensweisen der Angehörigen nachvollziehen kann, weil diese Verhaltensweisen Ähnlichkeiten mit seinen Gegenübertragungsreaktionen haben können. Seine Einfühlung in die eine und das Nachvollziehen der anderen Seite hat mindestens noch eine weitere Dimension, nämlich die des Analytikers mit seinem professionellen Wissen über zwischenmenschliche Interaktionen.

Aus der psychoanalytischen Methode ergeben sich spezielle Fragen hinsichtlich des Umgangs mit den Angehörigen des Patienten. Die Methode ist auf die dyadische Beziehung

angewiesen. Technisch gesehen wird die Modellsituation, das "reine, aseptische Operationsfeld", durch das tatsächliche Eintreten einer dritten Person kompliziert. Die Festlegung auf eine Zweipersonenbeziehung zieht eine Differenzierung von Innen- und Außenverhältnis nach sich. Die psychoanalytische Methode ist zwar dyadegebunden, dennoch ist sie richtiger als "Triade minus eins" zu bezeichnen. Ein Dritter ist immer irgendwie anwesend, auch wenn kein Angehöriger real an der Behandlung teilnimmt. Die reale Abwesenheit des Dritten und seine virtuelle Anwesenheit haben erhebliche Konsequenzen für alle Beteiligten.

Aus der Umfrage von Glover bei 29 englischen Psychoanalytikern 1938 erfahren wir, wie über das Angehörigenproblem gedacht wird und wie damit umgegangen wird. Glover fragte, ob die Analytiker mit oder ohne Wissen des Patienten Kontakte mit Familienangehörigen haben. Die Auswertung der Antworten ergab: "Alle [befragten Analytiker; d. Verf.] sprechen, die meisten widerwillig, auf Wunsch des Patienten mit Familienangehörigen. Mit wenigen Ausnahmen (schwere Psychosen, Kinder) werden Interviews im Einvernehmen mit dem Patienten arrangiert" (Glover 1955, S. 322; Übers. vom Verf.).

Seitdem findet man nur spärliche Hinweise zum technischen Umgang mit Angehörigen in der Literatur, obwohl dieses Problem breite klinische Relevanz hat. Es spielt in jeder Therapie und auch in Lehranalysen eine wichtige Rolle. Die meisten Angehörigen von Lehranalysanden haben keinen direkten Kontakt zum Lehranalytiker oder zum Ausbildungsinstitut, obwohl sie innerlich und äußerlich an der Ausbildung sehr stark beteiligt sind. Nicht selten gehen die Partner selbst in Therapie oder bilden eigene Gesprächskreise.

Freud teilte seine "völlige Ratlosigkeit" mit, was die Behandlung der Angehörigen betrifft. Seine diesbezüglichen Ratschläge lauten:

Am dringendsten möchte ich davor warnen, um die Zustimmung und Unterstützung von Eltern, Partnern oder Angehörigen zu werben, indem man ihnen ein - einführendes oder tiefergehendes - Werk unserer Literatur zu lesen gibt. Meist reicht dieser wohlgemeinte Schritt hin, um die naturgemäße, irgendeinmal unvermeidliche Gegnerschaft der Angehörigen gegen die psychoanalytische Behandlung der Ihrigen vorzeitig losbrechen zu lassen, so daß es überhaupt nicht zum Beginne der Behandlung kommt. Ich gebe der Hoffnung Ausdruck, daß die fortschreitende Erfahrung der Psychoanalytiker bald zu einer Einigung über die Fragen der Technik führen wird, wie man am zweckmäßigsten die Neurotiker behandeln solle. Was die Behandlung der "Angehörigen" betrifft, so gestehe ich meine völlige Ratlosigkeit ein und setze auf deren individuelle Behandlung überhaupt wenig Zutrauen (Freud 1912 e, S. 386 f.).

Wie wir wissen, erwartete Freud später von seinen Analysanden, daß sie seine Werke bereits gelesen hatten. Dieselben Informationen wollte er den Angehörigen der Patienten nicht zukommen lassen. Freud fand sich mit der "naturgemäßen, irgendeinmal unvermeidlichen Gegnerschaft der Angehörigen" ab. 1917 war er kaum optimistischer geworden:

Die psychoanalytische Behandlung ist einem chirurgischen Eingriff gleichzusetzen und hat wie dieser den Anspruch, unter den für das Gelingen günstigsten Veranstaltungen vorgenommen zu werden. Sie wissen, welche Vorkehrungen der Chirurg dabei zu treffen pflegt: geeigneter Raum, gutes Licht, Assistenz, Ausschließung der Angehörigen usw. Nun fragen Sie sich selbst, wie viele dieser Operationen gut ausgehen würden, wenn sie im Beisein aller Familienmitglieder stattfinden müßten, die ihre Nasen in das Operationsfeld stecken und bei jedem Messerschnitt laut aufschreien würden. Bei den psychoanalytischen Behandlungen ist das Dazwischenkommen der Angehörigen geradezu eine Gefahr, und zwar eine solche, der man nicht zu begegnen weiß (Freud 1916- 17, S. 477 f.).

Diese Äußerungen sind teilweise auf dem Hintergrund seiner damaligen Technik zu verstehen, die sich auf die Entdeckung des Unbewußten und der infantilen Sexualität konzentrierte. Die Analogie der psychoanalytischen Situation mit dem "reinen, aseptischen Operationsfeld" führt konsequenterweise zur Beschreibung der Angehörigen als Gefahrenquelle. Deutlich ist, wie sich das Ideal des "reinen, aseptischen Operationsfeldes" in der Beschreibung der Parameter von Eissler (1953) ausdrückt. Das Eintreten eines Angehörigen in die duale Situation wäre für ihn eine Abweichung von der "Modelltechnik". Die Angehörigen werden in der normativen Idealtechnik zu Faktoren, die ein scheinbar ideales Gleichgewicht zwischen Arzt und Patient durcheinanderbringen und stören.

In einer früheren Arbeit zum Angehörigenproblem (Thomä u. Thomä 1968) haben wir den Standpunkt vertreten, daß der "widerwillige" Umgang mit den Angehörigen der Patienten auf eine allgemeine und eine spezielle Ursache zurückzuführen ist.

Die allgemeine Ursache für den widerstrebenden Umgang mit Angehörigen sehen wir in dem Wunsch, das Arbeitsbündnis mit dem Patienten zu schützen. Das "Arbeitssteam" von Arzt und Patient, um eine dem Arbeitsbündnis von Greenson (1967) analoge Bezeichnung von Heimann (1966, S. 333 ff.) zu benützen, ist nur dann funktionsfähig, wenn sich die Einmischung der Angehörigen in Grenzen hält. Um die Diskretion und das Vertrauen der Patienten zu sichern, werden die Angehörigen zu sehr an die Peripherie gedrängt. Richter weist auf weitere Aspekte des allzu starren Festhaltens an der Zweipersonenbeziehung hin:

Die Psychotherapeuten wiederum wissen, daß die Behandlung eines einzelnen Menschen im allgemeinen weniger mühsam ist als die Arbeit mit dem gebündelten Problem einer ganzen Familiengruppe. Über die Schwierigkeiten eines einzelnen Patienten gewinnt man leichter Übersicht als über das Knäuel von Interaktionskonflikten mehrerer Familienmitglieder. Und im übrigen ist es leichter, die Gefühlsübertragung eines Einzelpatienten auszuhalten und zu bearbeiten als das komplexe Gestrüpp der Emotionen einer ganzen Gruppe, die durch neurotische Spannungen beunruhigt ist (Richter 1970, S. 122).

Wir haben diskutiert, ob die Persönlichkeit des Analytikers spezielle Ursache dafür ist, daß er die Zweiersituation bevorzugt. Die *überindividuelle, professionelle Gegenübertragung* kann zu einem allzu rigiden Festhalten an der Zweiersituation führen. Die Patienten spüren den Unwillen des Analytikers gegenüber Veränderungen des Settings. Dadurch kommt es zu spezifischen Übertragungs-/Gegenübertragungsphänomenen. Die Angehörigen fühlen sich dann erst recht ausgeschlossen, und ihr Mißtrauen steigert sich als Reaktion darauf. Sie fühlen sich als ausgeschlossene Dritte und neigen entweder zu Reaktionen der Idealisierung oder der vollständigen Ablehnung des Analytikers. Dies ist wiederum abhängig davon, was der Patient aus der Analyse berichtet oder verschweigt. Da die Entwicklung der Übertragungsneurose in hohem Maße von der analytischen Technik abhängt, ist es sehr wahrscheinlich, daß stark außerhalb agiert wird. Vermutlich reagiert der betroffene Personenkreis mit Gegenoffensiven. Die sich daraus entwickelnde professionelle Gegenübertragung der Abgrenzung von den Angehörigen kann als spezielle Ursache für den widerstrebenden Umgang der Analytiker mit Angehörigen angesehen werden.

6.5.1 Die Belastung der Angehörigen

Hans Thomae (1968, S. 89) betont, daß für Freud und seine Nachfolger die Art eines bestimmten Individuums v. a. durch das Zusammentreffen eines Bedürfnisses mit einer spezifischen Umweltkonstellation innerhalb einer mehr oder minder umgrenzten kritischen Phase bestimmt sei. Der Zusammenhang zwischen dem *individuellen Schicksal* des Patienten und seinen Auswirkungen auf die Umwelt beschreibt das Spannungsverhältnis zwischen Patient und Angehörigen. Eine psychoanalytische Behandlung wirkt nicht nur auf den Patienten, sondern auch auf seine Angehörigen. Wir können diese Auswirkungen des psychoanalytischen Prozesses auf die Angehörigen des Patienten nicht ernst genug nehmen.

Entsprechend stark ist das Interesse der Angehörigen an der Behandlung des Familienmitglieds. Nichts ist naheliegender als ihr Wunsch, den Analytiker zu sehen und näher kennenzulernen oder wenigstens etwas über ihn zu erfahren. Es gibt Patienten, die in der Anfangsphase einer Analyse ihren nächsten Angehörigen, also meistens den Ehepartner, ohne Vorankündigung und mit spürbarem Zögern mit ins Sprechzimmer bringen, um wenigstens ein oberflächliches gegenseitiges Kennenlernen zu erreichen. Zu vermuten ist, daß viel mehr Angehörige als wir annehmen den Therapeuten gesehen oder etwas über ihn gehört haben.

Das Interesse der Angehörigen am Analytiker und an der Behandlung geht auf das Wissen zurück, daß es nicht nur beim Patienten zu Veränderungen kommen wird, sondern auch bei ihnen selbst. Manche Angehörigen versuchen sich diesen Veränderungen zu entziehen, indem sie das Problem ganz beim Patienten lassen und diesen "in Therapie geben". Meist spüren sie jedoch, daß die Entwicklungsprozesse des einen sich beim anderen auswirken und die

Beziehung sich verändert. Grunberger (1958) veranschaulicht diese miteinander verbundenen Entwicklungslinien an der Umstrukturierung des Über-Ich beim Patienten. Die Modifikationen der Über-Ich-Struktur, die der psychoanalytische Prozeß notwendigerweise mit sich bringt, führen zu einer Störung der Übereinkünfte, die bisher das Zusammenleben der Familie geregelt hatten.

Wie eng die psychischen Konflikte von schwer gestörten Patienten mit den psychischen Schwierigkeiten der Familienangehörigen verschränkt sind, haben z. B. Lidz et al. (1965) eindrucksvoll beschrieben. Gerade wenn die Angehörigen selbst psychisch krank sind oder zumindest die Neurose des Patienten mitunterhalten, werden sie aus unbewußtem Zwang heraus dazu neigen, die Behandlung nur partiell zu unterstützen. In einem solchen Fall ist zu überlegen, ob der interpersonelle Konflikt zum Ziel der Veränderung gemacht werden soll. Allerdings stellt sich dann die Frage, ob die Angehörigen nur in einer bestimmten Phase der Therapie herangezogen werden oder ob eine Paar- oder Familientherapie indiziert erscheint und das therapeutische Zweiersetting verlassen werden sollte.

Oftmals trifft der Patient aufgrund seiner Erkenntnisse durch die Analyse wichtige und seine Angehörigen mitbetreffende Entscheidungen für sein Berufsleben und seine private Situation. Es ist also wesentlich, den Angehörigen das Gefühl zu vermitteln, daß der Analytiker um ihre Belastungen weiß und ihr Mitbetroffensein von den Auswirkungen des psychoanalytischen Prozesses beim Patienten zur Kenntnis nimmt. In unserem Verständnis bedeutet dies, daß wir nicht nur an die innerseelischen Konflikte denken, sondern versuchen, die interpersonalen Beziehungen des Patienten zu berücksichtigen, um zu einem Ausgleich zwischen außen und innen, zwischen den interpersonalen Beziehungen und den intrapsychischen Objektbeziehungen zu gelangen. Durch die positive Einstellungsveränderung des Therapeuten mit Blick auf Familien- und Umweltsituation des Patienten hat sich die Handhabung dieses Problems in der Psychoanalyse in der dargestellten Richtung verändert.

Es gibt nur wenige empirische Untersuchungen zu den Veränderungen bei Partnern oder Familienmitgliedern während oder nach einer psychotherapeutischen Behandlung. Kohl (1962) stellte in einer Untersuchung an 39 stationären, psychisch schwer gestörten Patienten fest, daß alle Partner der Patienten ebenfalls in irgendeiner Weise psychisch erkrankten und den Therapieerfolg beim Patienten gefährdeten. Bolk-Weischedel (1978) relativierte diese Aussage. Bei den Ehepartnern (15 Frauen und 35 Männer) von 50 ambulant behandelten Patienten fand sie mittels semistrukturierter katamnestischer Untersuchungen heraus, daß 13 frühere Symptomträger bei gleichzeitiger positiver struktureller Veränderung während der Behandlung ihres Ehepartners symptomfrei wurden. Dagegen bekamen 11 früher symptomfreie Partner Beschwerden, wobei 6 davon sich strukturell positiv entwickelten. Während der Behandlung wurde der Leidensdruck bei immerhin 10 Partnern so groß, daß sie eine Beratung oder Therapie für sich selbst suchten. Zehn Patienten entschlossen sich im Laufe der Behandlung zur Trennung oder Scheidung. Dies entspricht den Angaben über die Scheidungsquote während psychotherapeutischer Behandlung von Sager et al. (1968). Die Mehrzahl der geschiedenen Eheleute hat diesen Schritt nicht bereut. Bolk-Weischedel interpretiert die Symptomentstehung oder -änderung als Signal für eine Labilisierung durch die Behandlung, die progressive Entwicklungen erst möglich macht.

6.5.2 Typische Situationen

Für den Umgang mit den Angehörigen ist großes Fingerspitzengefühl erforderlich. Die Orientierung erfolgt entlang der Leitlinie, für den Patienten eine therapeutische Situation herzustellen, die es ihm erlaubt, Vertrauen in die Therapie und den Analytiker zu haben. Oder auch anders ausgedrückt:

In unserer Entscheidung orientieren wir uns an dem Grundsatz, daß es ja, was immer wir tun, darum geht, für den Patienten "die für die Ich-Funktionen günstigsten Bedingungen" (Freud 1937 c, S. 96) herzustellen. Im Einzelfall kann die Hinzuziehung eines Angehörigen oder der Familie prozeßfördernd sein, d. h. der Stagnation des psychoanalytischen Prozesses entgegenwirken. Dabei geht es nicht nur um die Erweiterung der Beobachtungsbasis, um mehr

Informationen zu erhalten, sondern um die zusätzliche Konzentration auf die interpersonale Ebene zwischen Patienten und Angehörigen. Die Beobachtung der Interaktion dient diagnostischen Zwecken (z. B. muß das Ausmaß der realen Abhängigkeitsverhältnisse eingeschätzt werden), aber auch der therapeutischen Beeinflussung.

Wir unterscheiden zunächst verschiedene Situationen, in denen wir vor der Frage stehen, ob wir mit Angehörigen eines Patienten direkten Kontakt aufnehmen oder nicht:

- während der Erstinterviewgespräche,
- in Zusammenhang mit einer Notfallsituation (Unfall, Suizidgefahr, stationäre Einweisung),
- im Verlauf der Behandlung.

Es ist bekannt, wie vielfältig sich *das Erstinterviewgespräch* zwischen Analytiker und Patient gestalten kann. Zur Einschätzung der Erkrankung des Patienten ist es wesentlich, ob Angehörige gar nicht in Erscheinung treten, im Hintergrund bleiben (also vor dem Haus des Analytikers oder im Wartezimmer usw.) oder es so einrichten, daß sie gleichzeitig ins Sprechzimmer eintreten. Entsprechend der Einstellung des Analytikers gibt es verschiedene Möglichkeiten, diese Situation zu gestalten. Im Hintergrund bleibende Angehörige, die zögern, auf den Analytiker zuzugehen, werden in ihrer Zurückhaltung unbewußt bestärkt.

Überraschend auftretende Angehörige werden häufig mit analytischer Sachlichkeit und Distanz abgewiesen. Die Chance, die interpersonale Dynamik mit Interesse und fachkundigem Blick zu erkennen und zu analysieren, kann versäumt werden. Aus verschiedenen Gründen fällt das Natürlichsein (Heimann 1978) schwer.

Es ist weithin bekannt, daß es während der psychoanalytischen Behandlungen zu Trennungen oder Scheidungen der Partner kommen kann. Der Patient und sein Angehöriger wissen, daß die Partnerbeziehung in Gefahr geraten kann, deshalb wird oftmals ein Therapeut gesucht, dessen Familie als heil gilt und der von Bekannten empfohlen wird. Umgekehrt suchen sich Patienten mit außerehelichen Beziehungen Therapeuten, die genauso leben wie sie selbst, weil sie meinen, von diesen besonders gut verstanden zu werden. Der Patient und sein Angehöriger kommen auch mit diesen drängenden Fragen zum Erstgespräch.

Zwar fragen wir im Erstinterview nach den Bezugspersonen des Patienten, wobei wir zwischen früheren und aktuellen unterscheiden. Es erweist sich als günstig, wenn wir zu Beginn im Blickfeld behalten, wie die Bezugspersonen die Behandlung einordnen. Auch vergangene therapeutische Erfahrungen von Angehörigen und Freunden sind wesentlich für die Voreinstellung des Patienten. Durch Informationen über die psychoanalytische Behandlung können wir manche drängende Frage beantworten.

Jeder Kontakt mit einem Angehörigen muß mit dem Patienten besprochen sein. *Notfallsituationen* bilden eine Ausnahme. Solche Notfallsituationen können bereits durch das Erstgespräch aufgedeckt werden, oder sie treten im Verlauf einer Behandlung auf. Die Suizidalität im Rahmen einer psychotischen Entwicklung erfordert rasches Handeln, das oftmals die Mitarbeit der Angehörigen erfordert. Nur selten tritt der Fall ein, daß wir gegen den Willen des Patienten z. B. eine stationäre Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus vornehmen müssen, meistens erreichen wir die Einwilligung des Patienten, oftmals müssen Angehörige zugezogen werden.

Das Eintreten eines Angehörigen in die *Behandlungssituation* kann auf Wunsch des Patienten oder des Analytikers, aber auch auf Wunsch eines Partners zustande kommen. Die Beantwortung der Frage, wodurch (abgesehen von der Notfallsituation) das Interagieren mit Angehörigen ausgelöst wird, führt zur Definition des idealen Patienten: Ein idealer Patient hat die Fähigkeit und die Bereitschaft, den neurotischen Anteil an seinen Beziehungsstörungen so in die Übertragung zum Analytiker einzubringen, daß sich diese Konflikte mit ihm erneut einstellen und mit ihm gelöst werden. Es handelt sich also um einen Patienten, der leidet, aber seine Konflikte in der Analyse bearbeitet. Die Reaktionen der Angehörigen hängen selbstverständlich davon ab, wie der Patient seine Erfahrungen in der Analyse vermittelt. Die psychoanalytische Methode erfordert viel Introspektionsfähigkeit vom Patienten und auch von seinen Angehörigen. Oft sind diese Fähigkeiten nicht bei allen Beteiligten primär gegeben. Der Fortschritt einer Behandlung kann auch im Angehörigen etwas mobilisieren, womit beide nicht

zurechtkommen: der Patient oder der Angehörige bitten dann den Analytiker um Hilfe bei der Bewältigung dieses Problems.

Bei allen Überlegungen, welche Hilfe der Psychoanalytiker anbieten kann, ist ins Auge zu fassen, daß die therapeutische Situation sowohl beim Patienten als auch bei seinen Angehörigen infantile Verhaltensmuster wiederbelebt. Diese Tatsache zwingt uns, im Falle der Einbestellung eines Angehörigen genau zu überlegen, wieviel und was wir sagen. Jedes Wort und jede Information wird vom Angehörigen, falls man mit ihm allein spricht, dem Patienten mehr oder weniger vollständig und subjektiv rückübermittelt. Wenn wir uns aus bestimmten Gründen nicht für ein Gespräch zu dritt entscheiden können, so empfiehlt es sich, dem Patienten zu sagen, was wir dem Angehörigen mitgeteilt haben. Ob dies bereits vor dem Gespräch mit dem Angehörigen getan werden sollte, wie Menninger u. Holzman (1958; dt. 1977) befürworten, ist wahrscheinlich nicht ausschlaggebend für die Reaktion des Patienten. Wesentlicher erscheint die Überlegung, ob man das Gespräch mit Patient und Angehörigen gemeinsam führt. Dadurch tritt man zwar der Möglichkeit der Entstellung von Informationen entgegen, auf der anderen Seite kann man aber auch der Verführung erliegen, die Daten und Angaben über die Beziehungen des Patienten für objektiv zu halten. Dazu meint Greenacre:

Während es zweifellos zutrifft, daß der Psychoanalytiker in der Beurteilung der Gesamtsituation an bestimmten Punkten erheblich durch sein Bedürfnis nach mikroskopischer Arbeit oder durch Überidentifikation mit dem Patienten eingeschränkt sein kann, so führt dies auf die Dauer zu doch geringeren Verzerrungen, ... als wenn er dem Druck nach Information von außen nachgibt, die manchmal nicht im geringsten objektiv sind (Greenacre 1954, S. 682; Übers. vom Verf.).

Greenacre folgt dem Grundsatz, nur mit definitivem Wissen und Einverständnis des Patienten und nur auf seinen Wunsch hin spezifische Informationen über ihn zu geben bzw. einzuholen.

Im folgenden stellen wir nun einige Überlegungen dar, wie wir den Gegenstand betrachten können. Komplikationen gibt es im Umgang mit Angehörigen in der psychoanalytischen Technik in 2 Richtungen, nämlich von innen nach außen und von außen nach innen.

Wenn es dem Patienten nicht gelingt, seine Konflikte in die Übertragungsbeziehung einzubringen, sehen wir die Wiederholungen seiner Konfliktmanifestation jenseits der eigentlichen Übertragung in allen gleichzeitigen Tätigkeiten und Beziehungen seines Lebens. Der Zwang zur Wiederholung außerhalb der therapeutischen Situation ersetzt den Impuls zur Erinnerung. Das "acting out" findet hauptsächlich mit den Angehörigen statt. Dabei gilt es zu klären, ob der Patient durch dieses Agieren das Durcharbeiten in der Arzt-Patient-Beziehung vermeidet und stattdessen Angehörige auftreten läßt oder ob das "acting out" so Ich-synton ist, daß es dem Patienten nicht gelingt, sein Leiden in die Übertragungsbeziehung einzubringen, und so eine therapeutische Beeinflussung verhindert wird. Oftmals ist es schwierig, im Einzelfall Klarheit zu gewinnen. Auch wenn wir als einfache Definition des Agierens jene Verhaltensweisen verstehen, die anstelle des Erinnerns und Durcharbeitens in der Analyse außerhalb der Sitzungen auftreten, also ein Wiederholen in Aktionen darstellen, ist z. B. die Frage, wieviel oder wie wenig vom Patienten gegenüber den Angehörigen über die Analyse berichtet wird, u. a. von der Beziehung der Partner abhängig. Die adäquate Information des Angehörigen gewährleistet die Vertraulichkeit des Patienten mit dem Analytiker, sichert jedoch auch die Loyalität gegenüber dem Angehörigen. Wenn der Patient unangemessen viel über die Analyse spricht, können Ängste im Angehörigen geweckt werden, so daß dieser zum Eingreifen verleitet wird. Wenn ein Patient seine Angehörigen nur spärlich über die Therapie informiert, fühlen diese sich ausgeschlossen. Eine evtl. vorhandene Skepsis gegenüber dem Analytiker wird dadurch verstärkt. Dieses Agieren muß gedeutet werden, wenn eine Verhaltensänderung beim Patienten herbeigeführt werden soll.

Oftmals ist die Angst des Patienten, z. B. aus Schuldgefühl, daß er sich verändert und der Partner nicht, so bedrängend, daß ein Fortschritt in der Behandlung nicht erzielt werden kann. Dem Wunsch des Patienten muß nachgegeben und ein klärendes Gespräch mit dem Angehörigen vereinbart werden. Wenn sich Angehörige als ausgeschlossene Dritte fühlen und dies den Patienten sehr belastet, kann ein solches Gespräch viel bewirken.

Auch hier gilt es zu differenzieren, ob das Einbeziehen eines Angehörigen dem Wunsch des Patienten entspricht oder der Angehörige selbst aus eigenen Ängsten den Kontakt zum

Analytiker sucht. Wenn ein Patient sich in die Behandlung zurückzieht und wenig gegenüber seinen Angehörigen von der Analyse berichtet, kann dieses Verhalten die exzentrische Position der Angehörigen verstärken. Sie fühlen sich mit Recht als Dritte ausgeschlossen und neigen dann zu Gegenreaktionen. Diese Komplikationen sind besonders heikel, weil wir einerseits die Regression des Patienten schützen müssen, andererseits zu viel Rückzug in eine infantile Dyade einer übergroßen Regressionsneigung des Patienten entsprechen kann. Wir müssen sorgfältig klären, inwiefern der Patient bereit ist, die äußere Realität auszuschalten. Manchmal müssen wir die allzu große Regressionsneigung der Patienten durch technische Interventionen (z. B. durch Konfrontation mit der Realität) auffangen. Wenn dies nicht gelingt und ein Angehöriger von außen nach innen in den therapeutischen Prozeß eingreift, kann ein gemeinsames Gespräch die Situation entspannen. Auf der anderen Seite kann es darum gehen, daß die Zweierbeziehung geschützt und die aufgekommene Spannung durchgestanden werden muß.

Besondere Beachtung verdient es, wenn von irgendeiner Seite der Wunsch oder die Forderung vorgebracht wird, der Partner solle ebenfalls eine Therapie haben. Neben der Beachtung der Schuldgefühle beim Patienten muß dabei berücksichtigt werden, daß dieser Wunsch eines Angehörigen Ausdruck von Eifersucht, Hilflosigkeit, Rache sein kann. Durch die Fortschritte in der Behandlung des Patienten können jedoch auch bislang unterdrückte Wünsche nach therapeutischer Hilfestellung beim Partner geweckt werden, die sehr ernstzunehmen sind. Ab und zu ist abzuklären, ob eine Einzeltherapie in eine Paartherapie umgewandelt werden sollte. Die interpersonelle Beziehungsthematik wird in einem solchen Fall die individuellen intrapsychischen Konfliktsituationen in den Hintergrund treten lassen. Oftmals schließt sich eine Paartherapie an eine Einzeltherapie eines Partners an (s. Bolk-Weisedel 1978). Manchmal kann es auch indiziert sein, dem Angehörigen selbst eine Einzelbehandlung vorzuschlagen oder sogar bei einem anderen Analytiker zu vermitteln. Diesem therapeutischen Weg ist der Vorzug zu geben, wenn eine Trennung zur Diskussion steht.

Obwohl in der Literatur das Angehörigenproblem vernachlässigt erscheint, so meinen wir doch, eine zunehmende *Einbeziehung* der Angehörigen in den Therapieplan feststellen zu können. Zum einen ist dies sicher auf die breitere Indikationsstellung für Psychoanalysen zurückzuführen. Unter den Behandlungssuchenden finden sich mehr Patienten mit Entwicklungsproblemen, narzißtische Charaktere, Grenzfälle und Psychotiker. Neben Patienten mit zusätzlichem Alkohol- und Drogenproblem gibt es v. a. mehr Eheprobleme und deren Folgen. Entsprechend fand sich in der Erhebung der American Psychoanalytic Association 1976 eine zunehmende Zahl der von der Psychoanalyse abgeleiteten Techniken unter Einbeziehung von Paar- und Familientherapien (Pulver 1978). Das Behandlungsarrangement bezieht also die Angehörigen vermehrt mit ein.

Die Miteinbeziehung der Angehörigen ist nicht nur bei psychotherapeutischen Behandlungen von Kindern, Psychotikern oder ungenügend Ich-strukturierten Patienten notwendig, sondern auch bei manchen Zwangsneurotikern. Ein Freund z. B. kann als "Hilfs-Ich" dienen (s. dazu Freud 1909 d, S. 399), auch der Ehepartner, Freunde oder Freundinnen können diese Funktion einnehmen.

Andererseits hat sich die Einstellung des Analytikers in den letzten Jahren verändert. Sie wird zunehmend mehr patienten- als methodenzentriert; Familie und Umwelt kommen stärker ins Blickfeld. Die Übersichtsarbeit von Pulver (1978) enthält Hinweise auf größere Flexibilität. Das veränderte Klientel erfordert veränderte Behandlungen, die interpersonalen Beziehungen werden stärker berücksichtigt.

6.6 Fremdfinanzierung

6.6.1 Psychoanalyse und deutsches Krankenversicherungssystem

Nahezu alle Patienten, die in der Bundesrepublik Deutschland einen Psychoanalytiker aufsuchen, sind Mitglieder einer Krankenkasse. Über 90 % der Bevölkerung sind

pflichtversichert. Wer zur Zeit monatlich mehr als etwa DM 4000 verdient, hat die Grenze der Pflichtversicherung überschritten und schützt sich freiwillig gegen das Krankheitsrisiko durch eine private Krankenkasse. Vielen Patienten ist zum Zeitpunkt des Erstinterviews unklar, ob ihre Krankenkasse die Behandlungskosten übernimmt oder wieviel sie zurückerstattet. Nur die Vorsichtigen unter ihnen, die langfristig planen und eine Psychoanalyse schon geraume Zeit erwogen haben, ziehen vorweg Erkundigungen ein und haben einen realistischen Finanzierungsplan. Die Pflichtversicherten, also die Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen wie Orts-, Betriebs-, Innungs-, Knappschaftskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkassen und Ersatzkassen, kommen in der Annahme, daß sie aufgrund des Überweisungsscheins, den meistens der Hausarzt ausgestellt hat, kostenlos behandelt werden. Sie wissen, daß sie im Krankheitsfall prinzipiell ein Anrecht auf kostenlose Behandlung bei freier Arztwahl haben. Aber die Majorität hat höchst vage Vorstellungen über Psychotherapie und Psychoanalyse.

Viele Patienten, die überwiesen werden oder von sich aus kommen, wissen nicht, daß die tiefenpsychologisch fundierte und die analytische Psychotherapie als Krankenbehandlungsmethode anerkannt ist und dem Psychoanalytiker die von ihm erbrachten Leistungen in festgelegter Höhe von der Krankenkasse vergütet werden. Entsprechend groß ist die Unsicherheit mit Begleitreaktionen, die auf einem sehr breiten Spektrum lokalisiert sind. Depressive gehen eher davon aus, daß die analytische Psychotherapie nicht anerkannt ist und sie selbst nicht in der Lage sind, das Honorar zu bezahlen. Andere erwarten ganz selbstverständlich eine kostenlose Therapie ihrer Lebensschwierigkeiten und Eheprobleme, auch dann, wenn diese nicht als Erkrankung aufgefaßt werden können. Erfolgt die Überweisung an eine psychoanalytische Ambulanz, so informieren sich die Patienten über die Kostenübernahme durch die Krankenkassen bei der Sekretärin. Der Überweisungsschein, das wissen alle Pflichtversicherten, also ca. 90 % der Bevölkerung, von früheren Arztbesuchen, gewährleistet kostenfreie Heilbehandlung. Der Arzt ist bei diesen Patienten nicht berechtigt, über die aufgrund des Überweisungsscheins von den Krankenkassen erstattete Vergütung hinaus vom Patienten ein zusätzliches Honorar zu fordern.

Spätestens bei der Verabredung einer Therapie ist es zweckmäßig, den Patienten mit Richtlinien bekannt zu machen, wenn solche die Durchführung der analytischen Psychotherapie einschließlich ihrer Bezahlung im Rahmen der Pflichtversicherung oder der privaten Krankenversicherungen regeln. Wegen des komplizierten Sachverhalts, der sich sofort mit subjektiven und unbewußten Bedeutungen vermischt, sollte sich der Psychoanalytiker nicht auf einige wenige Informationen beschränken. Er muß v. a. selbst darüber Bescheid wissen, wie die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung in das deutsche Versicherungssystem eingebunden ist. Wir sehen es als vordringliche Aufgabe an, den Leser über die gültigen Richtlinien zu orientieren, auch wenn diese nur den äußeren Rahmen der Therapie ausmachen. Es ist außerordentlich wichtig, daß Patient *und* Analytiker bei der Fremdfinanzierung, beim "third party payment", über die Rolle des Dritten auf der sachlichen Ebene Bescheid wissen, um die unbewußte Bedeutung dieser Dritten im Bunde und das Wechselspiel von innen und außen durchschauen zu können. Vernachlässigt man aufklärende Informationen *und* deren fortlaufende Interpretation, entstehen Verwirrungen, die den analytischen Prozeß erschweren.

Wir müssen den Leser mit banalen Äußerlichkeiten des Bezahlungsmodus ebenso vertraut machen, wie mit den geltenden Richtlinien für die Anwendung der analytischen Psychotherapie im deutschen Versicherungssystem. Je geringer das Wissen über den gesetzlichen Rahmen und seine historische Entwicklung auf seiten des Patienten und des Analytikers ist, desto schwieriger wird es, die vielfältigen mit der Fremdfinanzierung verknüpften unbewußten Bedeutungen zu analysieren.

Bei jeder Fremdfinanzierung, sei es durch die Krankenkasse oder durch Angehörige, entstehen Komplikationen, die äußere und innere, materielle und seelische Aspekte haben. Es ist klar, daß wir in erster Linie die Verhältnisse in der BRD im Auge haben, aber wir wenden uns nicht nur an deutsche Leser. Die Anerkennung der Psychoanalyse als Therapie seelischer Erkrankungen führt in vielen Ländern zur Kostenübernahme durch Krankenkassen. Ein untrügliches Zeichen hierfür ist, daß englische Bezeichnungen wie "third party payment" und "peer report" international unter Fachleuten geläufig werden. Natürlich variieren die gefundenen Lösungen der Bezahlung durch die Krankenkassen mit Antragstellung und Gutachterverfahren

von Land zu Land erheblich. Wir glauben allerdings, daß es typische Komplikationen bei jeder Fremdfinanzierung gibt, und daß deshalb auch der Leser der englischen Ausgabe dieses Lehrbuchs aus diesem Abschnitt behandlungstechnische Anregungen ziehen kann. Aufgrund unserer Kenntnisse der Lage in vielen anderen Ländern sind wir im übrigen davon überzeugt, daß in der BRD, also in einem Land, dessen Geschichte sich häufig nicht gerade durch eine Neigung zu guten Kompromissen auszeichnet, in Sachen der Fremdfinanzierung analytischer Therapien durch die Krankenkassen gute Lösungen mit großem Spielraum für den einzelnen Fall gefunden wurden. Das "third party payment" und das "peer report system", das sich bei uns über ein Jahrzehnt bewährt hat, wird nun in vielen Ländern aktuell (Cooper 1984 a; Rudominer 1984). Unsere Erfahrungen verdienen daher internationales Interesse.

Bisherige ausländische Kritiker wie Parin (1978), Parin u. Parin-Matthèy (1983 b) und Mannoni (1979) haben sich nicht die Mühe gemacht, vor der Verurteilung eine gründliche Untersuchung vorzunehmen. Lohmann (1980) - keineswegs ein Liebhaber der institutionalisierten Psychoanalyse - hat die Behauptung von Mannoni über den Zusammenhang zwischen Sozialisierung und Finanzierung zurückgewiesen und viele der Invektiven dieser Autorin aus der Lacan-Schule als ignorant und grotesk bezeichnet. Ceteris paribus treffen Lohmanns Argumente auch auf Parins (1978) ideologische Voreingenommenheit gegen die Durchführung von Psychoanalysen im Rahmen des deutschen Krankenkassensystems zu, der schon de Boor u. Moersch (1978) sachliche Argumente entgegengestellt haben. Die Diskussionen zwischen Vertretern der Europäischen Psychoanalytischen Vereinigungen in den letzten Jahren zeigen, wie schwierig es ist, Informationen aufzunehmen und Voreingenommenheiten abzubauen. Groen-Prakken (1984) hat hierüber eine Zusammenfassung gegeben. Sie betont den unleugbaren Vorteil, der darin liege, daß Patienten nun in einigen Ländern unabhängig von ihren finanziellen Möglichkeiten eine psychoanalytische Behandlung finden können. Insgesamt überwiegen aber die Besorgnisse wegen der befürchteten Einmischung der finanzierenden Stellen. "Einmischung" - nicht "Ermöglichung" - ist das häufigste Wort im Vokabular dieser Diskussionen. Da die Fremdfinanzierung von verschiedenen Stellen getragen werden kann - von den Krankenkassen oder vom Staat und dem nationalen Gesundheitsdienst -, sind die Verhandlungs- und Vertragspartner von Land zu Land verschieden. Man wird aber in der westlichen Welt davon ausgehen können, daß demokratische Regierungen oder Krankenkassen, die dem Wohl der Allgemeinheit zu dienen haben, die Arzt-Patient-Beziehung gemäß den gesetzlichen Vorschriften des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht respektieren und nicht darauf aus sind, in die Privatsphäre einzudringen und die Gebote der Diskretion zu verletzen. Es geht also darum, bei der Fremdfinanzierung Lösungen zu finden, die einerseits die Rechte des einzelnen sichern und andererseits mit den gesetzlich festgelegten Aufgaben der Krankenkassen in Einklang stehen. Die nun weltweit einsetzenden Diskussionen über das "third party payment" erinnern uns lebhaft an die Kontroversen, die der Einführung der Krankenkassenregelung in der BRD vorausgingen. Es ist besonders F. R. Faber, R. Haarstrick und dem damaligen geschäftsführenden Arzt bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, F. Nienhaus, zu verdanken, daß zwischen Krankenkassen und Ärzten ein transparentes Vertragswerk mit klaren Richtlinien geschaffen wurde, das Einmischungen im manipulativen Sinn ausschließt und den Mitgliedern der RVO-Kassen analytische Psychotherapie in einem Umfang ermöglicht, der vorher undenkbar war. Bis in die 60er Jahre hinein haben Psychoanalytiker, dem Beispiel der Poliklinik des Berliner Psychoanalytischen Instituts (1920- 1933) folgend, aus sozialer Verantwortung Patienten fast unentgeltlich behandelt (de Boor u. Künzler 1963).

Wir sprechen zunächst über den äußeren Rahmen der Fremdfinanzierung durch die Krankenkassen. Der pflichtversicherte Patient bezahlt das Honorar nicht selbst und erhält keine Rechnung. Der Analytiker erhält das Honorar über die kassenärztliche Vereinigung. Der Patient hat aber einen beträchtlichen monetären Anteil an dieser Transaktion. Denn er hat einen nicht geringen Teil seines Verdienstes (z. B. als Mitglied einer Ersatzkasse etwa DM 5000 jährlich) über Jahre hinweg in die Gemeinschaft der Versicherten, eine Art Versicherung auf Gegenseitigkeit zur Minderung des allein nicht mehr tragbaren Krankheitsrisikos, einbezahlt. Mit diesen Beiträgen hat er sich ein Anrecht auf kostenlose ärztliche Behandlung im

Krankheitsfall erworben. Es ist hervorzuheben, daß sich der Rechtsanspruch des Patienten im deutschen Versicherungssystem, das auf Bismarck zurückgeht und aus historischen Gründen immer noch als Reichsversicherungsordnung (RVO) bezeichnet wird, an die Krankenkasse als Gemeinschaft der Versicherten und nicht an den Staat richtet. Das deutsche Sozialversicherungssystem wird zwar staatlich überwacht, aber es ist kein nationaler Gesundheitsdienst im Sinne des Sozialstaats.

Der Patient weiß, was ihm jeden Monat von Lohn oder Gehalt als Krankenkassenbeitrag einbehalten wird, und er kann sich ausrechnen, was er im Lauf der Jahre einbezahlt hat und ob er die Krankenkasse häufig oder selten beansprucht hat. Der Patient hat freie Arztwahl. Ebenso wie die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der Reichsversicherungsordnung zu Körperschaften zusammengeschlossen sind, so bilden auch die Ärzte als Kassenärztliche Vereinigung eine Körperschaft.

Die Honorare für ärztliche Leistungen werden zwischen den beiden Körperschaften, also der Kassenärztlichen Vereinigung und den Pflicht- bzw. Ersatzkassen, ausgehandelt. Einfach gesagt heißt dies: die Krankenkassen als Gemeinschaft der Versicherten sind zahlungspflichtig gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen als Gemeinschaft der Ärzte, die bei ihrer Niederlassung als Ärzte für Allgemeinmedizin oder für ein Fachgebiet spezialisierte Ärzte bestimmte Verpflichtungen übernehmen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder der BRD sind in der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zusammengeschlossen. Die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung, deren Mitglied der Kassenarzt ist, hat einerseits die medizinische Versorgung der Mitglieder der RVO und der Ersatzkassen, also von über 90 % der Bevölkerung zu gewährleisten. Sie vertritt andererseits die Interessen der Ärzte in den Verhandlungen mit den Krankenkassen. Es braucht kaum erwähnt zu werden, daß es sich bei den jeweils zustandekommenden Festlegungen über die Höhe des Honorars für ärztliche Leistungen um Kompromisse handelt, die im politischen Raum unter Berücksichtigung der gesamtwirtschaftlichen Lage ausgehandelt werden. Die speziellen Regelungen, die innerhalb der gegenwärtigen Fassung der Reichsversicherungsordnung für die tiefenpsychologisch fundierte und die analytische Psychotherapie gefunden wurden, stellen, wie wir später im einzelnen darstellen werden, in vieler Hinsicht einen Kompromiß dar.

Die für die Kostenübernahme der analytischen Psychotherapie geltenden Richtlinien ergeben sich aus den Vorschriften der RVO. Erfahrungsgemäß befassen sich die meisten Analytiker nur ungern mit diesen Themen und natürlich erscheint die Materie umso komplizierter je weniger man in sie eindringt. Der abwesende Dritte in Gestalt des Kostenträgers gilt als Störfaktor des idealen, rein dyadisch konzipierten psychoanalytischen Prozesses. Deshalb ist es kein Wunder, daß die Nostalgie nach der guten alten Zeit, in der die Honorarfestsetzung eine rein private Angelegenheit war, mit der Sozialisierung zunimmt.

Freilich wird die Vergangenheit durch Legenden glorifiziert. Denn wie es wirklich war, können wir gegenwärtig in Ländern beobachten, wo die analytische Psychotherapie nicht von den Krankenkassen bezahlt wird. Die gute alte Zeit war, was die psychoanalytische Versorgung des größten Teiles der seelisch Kranken anging, nur für eine minimal kleine Gruppe von Menschen gut. Sie war für die Mehrzahl eine sehr schlechte alte Zeit. Überall dort, wo die Krankenkassen sich nicht oder nur unzureichend an der Bezahlung psychoanalytischer Behandlungskosten beteiligen, können sich auch heute nur die Begüterten eine Analyse leisten. Dort finden wir noch die gleichen Verhältnisse vor, die Freud in seiner berühmten Budapester Rede am Ende des 1. Weltkriegs beklagte, daß nämlich breite Volksschichten ungeheuer schwer unter Neurosen leiden, ohne daß etwas geschieht. Zugleich sah er voraus: "Irgend einmal wird das Gewissen der Gesellschaft erwachen und sie mahnen, daß der Arme ein ebensolches Anrecht auf seelische Hilfeleistung hat wie bereits jetzt auf lebensrettende chirurgische" (Freud 1919 a, S. 192).

In einigen Ländern der westlichen Welt hat sich diese Voraussage Freuds zumindest partiell erfüllt. Dort ist das Thema der Fremdfinanzierung, wie die Kontroversen der letzten Jahrzehnte zeigen, behandlungstechnisch aktuell geworden. Freilich ist es erstaunlich, daß die Fremdfinanzierung erst jetzt zum Problem geworden ist. Denn Schwerkranke, Ehefrauen, Jugendliche und Kinder ohne ererbtes Vermögen oder ohne überdurchschnittliche Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit vor ihrer Erkrankung, waren stets auf Unterstützung durch Dritte

angewiesen. An dieser Stelle ist hervorzuheben, daß die größte und besonders vom zahlenden Dritten abhängige Gruppe Kinder und Jugendliche sind. Wir unterstreichen deshalb nachdrücklich die große Bedeutung der Übernahme der analytischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der vertraglichen Vereinbarungen mit Krankenkassen und Ärzten, gerade weil wir uns in diesem Lehrbuch und auch in diesem Abschnitt auf die Therapie Erwachsener beschränken. Die Bereitstellung der finanziellen Mittel sichert die Therapie auch der wirtschaftlich abhängigen Kinder. Die frühzeitige Behandlung phasentypischer Krisen und neurotischer Strukturbildungen ist nur über die Einführung der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie in die kassen- bzw. vertragsärztliche Versorgung möglich geworden. Daß die rechtzeitige Therapie kindlicher Neurosen im Stadium der Entstehung größte psychosoziale und prophylaktische Bedeutung hat, liegt auf der Hand.

Die Abhängigkeit vom Ehepartner, von den nächsten Angehörigen oder von reichen Bekannten führt, auch wenn ein Rechtsanspruch besteht, zu Komplikationen, die zum Thema des letzten Abschnitts (vgl. 6.6.2) gehören. Andere behandlingstechnische Schwierigkeiten ergeben sich bei finanziell völlig unabhängigen Patienten, die großzügig aus der eigenen Tasche bezahlen, ohne ihr Vermögen selbst erworben zu haben. Freuds berühmter Vorweltkriegspatient, der überaus reiche, durch die russische Revolution verarmte und nach der Emigration kostenlos weiterbehandelte und indirekt durch Freud sogar unterstützte *Wolfsmann* ist hierfür ein Beispiel. Wir glauben, daß die meisten Patienten und damit auch der Analytiker zu allen Zeiten von der direkten oder indirekten Finanzierung durch Dritte abhängig waren.

Aus naheliegenden Gründen wurde der Selbstzahlungsmodus einer Minorität idealisiert. Bei echten Selbstzahlern fallen viele Komplikationen weg, die bei finanzieller Abhängigkeit von Dritten unvermeidlich sind. Deshalb wurde der ideale analytische Prozeß, der sein Ziel im Unendlichen hat, mit einem fiktiven Patienten konzipiert, der gute, wenn auch neurotisch eingeschränkte Ich-Funktionen im Beruf erfolgreich bewiesen hat und den Analytiker aus eigenen Mitteln angemessen entlohnen kann. Selbst der finanziell unabhängige sog. Privatpatient nimmt selbstverständlich heute in der Regel die (partielle) Fremdfinanzierung in Anspruch, die sich ihrerseits nach den Gebührensätzen der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) richten muß. Die Probleme, die in den psychoanalytischen Behandlungen der Reichen und Mächtigen auftreten, sind, wie man der Veröffentlichung von Cremerius et al. (1979) entnehmen kann, weit größer als es die Idealisierung der Selbstzahler wahrhaben möchte. Auch sehr vermögende Selbstzahler haben mit ganz wenigen Ausnahmen eine Rückendeckung bei einer privaten Krankenversicherung. Sie erwarten, daß ihr Antrag an die private Krankenkasse, zu dem der Analytiker Stellung nimmt, zumindest zu einer Beteiligung an den Behandlungskosten führt - eine realistische Erwartung. Kommunale und staatliche Beamte erhalten ein Beihilfe, die etwa 60 % der entstehenden Honorare abdeckt.

Ungefähr 50 Jahre nach Freuds Budapester Rede (1919 a) am Ende des 1. Weltkriegs war es endlich soweit, daß in unserer Gesellschaft Neurosen als Krankheiten anerkannt wurden und damit auch ihre Therapie als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen zu übernehmen war. Es wird viel zu wenig beachtet, daß der Boden für die breite Anwendung der Psychoanalyse durch Erfahrungen geebnet worden war, die an der Poliklinik des alten Berliner Psychoanalytischen Instituts in den 20er Jahren gesammelt werden konnten. In dieser Stiftung Eitingons wurden arme Patienten für ein geringes Honorar behandelt, das noch nicht einmal die Kosten deckte und der Poliklinik und nicht dem behandelnden Kandidaten oder Analytiker zufließte. Die erste Einrichtung dieser Art in der Welt lebte also nicht nur von der Stiftung Eitingons, sondern vom Idealismus seiner Mitglieder und der psychoanalytischen Ausbildungskandidaten, die ihre Zeit weitgehend kostenlos zur Verfügung stellten. Die Kapazität dieser Poliklinik war nicht groß, aber auch die relativ kleine Zahl der dort behandelten Patienten genügte, um eine Sorge zu entkräften, die Freud in der bereits erwähnten Budapester Rede geäußert hatte. Bei der Psychotherapie fürs Volk, so glaubte er, würden zwar die wirksamsten und wichtigsten Bestandteile der strengen, der tendenzlosen Psychoanalyse entlehnt, aber er befürchtete, daß "das reine Gold der Analyse reichlich mit dem Kupfer der direkten Suggestion" legiert werden müsse (1919 a, S. 193). Auch Hypnosebehandlung,

sogar die Vereinigung seelischer Hilfeleistung mit materieller Unterstützung würden in dieser zukünftigen Psychotherapie breiter Volksschichten eine Stelle finden.

Freuds Gegenüberstellung der strengen und tendenzlosen Psychoanalyse und ihrer Massenanwendung hinterließ auch wegen der starken Metaphorik im Vergleich zwischen dem reinen Gold und dem Kupfer der Suggestion einen nachhaltigen Eindruck bis zum heutigen Tag. Um so wichtiger ist es, dem Zehnjahresbericht über die Tätigkeit des Berliner Psychoanalytischen Instituts zu entnehmen, daß die breite Anwendung der Psychoanalyse - die freilich keineswegs als Massenanwendung bezeichnet werden kann - keinen Rückfall in die plumpe Suggestion mit sich gebracht hat. Dieser Bericht wurde von Radó et al. (1930) vorgelegt. Freud (1930 b) schrieb ein Vorwort, in dem er die Bedeutung dieses Instituts wegen seiner 3fachen Funktion als Einrichtung für Lehre, Forschung und Krankenbehandlung hervorhob. Simmel unterstrich, daß sich die *poliklinische* Behandlung der Proletarier und Kassenpatienten in nichts von der Behandlung des gutzahlenden Privatpatienten unterschied (Simmel 1930, S. 11).

Nach dem 2. Weltkrieg gelang Kemper und Schultz-Hencke im zerstörten Berlin eine bahnbrechende Gründung. 1946 entstand das Zentralinstitut für Psychogene Erkrankungen der Versicherungsanstalt, der späteren Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin. In ihrem Rückblick betonen Baumeier (1971) ebenso wie Dräger (1971) zu Recht die große soziale Bedeutung dieser Gründung: "Sie war die erste Stufe in der Anerkennung der Neurose als Krankheit durch eine öffentliche Institution in Deutschland. Erstmals übernahm der soziale Versicherungsträger Kosten für psychoanalytische und andere psychotherapeutische Behandlungen ..." (Dräger 1971, S. 267). In weit größerem Umfang als in der Poliklinik des alten Berliner Psychoanalytischen Instituts konnten in dieser Einrichtung tiefenpsychologische Behandlungen erstmals auf Krankenschein und damit für den Patienten scheinbar *kostenlos* an Sozialversicherte vermittelt werden. Die verdienstvollen Untersuchungen von Dührssen (1962) wirkten bahnbrechend. Durch die Auswertung der Nachuntersuchung von 1004 Patienten, die an dieser Einrichtung eine analytische Psychotherapie erhalten hatten, konnte deren Effektivität und Effizienz aufgezeigt werden.

Baumeier hat zu Recht hervorgehoben, daß die Tätigkeit dieses Zentralinstituts wesentlich dazu beigetragen hat, die Widerstände der Sozialversicherungsträger gegenüber tiefenpsychologischen Behandlungen abzubauen: "Das Zentralinstitut für psychogene Erkrankungen hat der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie einen großen Teil der Argumente geliefert, die schließlich nach vielen Jahren langer und mühsamer Verhandlungen zu einem Erfolg [d. h. zur Anerkennung der Psychoanalyse als Heilmethode im Rahmen der Krankenkasse, d. Verf.] geführt haben" (Baumeier 1971, S. 231).

Die Anerkennung von Neurosen als Krankheit war Voraussetzung dafür, daß die sog. Richtlinienpsychotherapie 1967 in den Leistungskatalog der RVO-Kassen und 1971 in den der Ersatzkassen aufgenommen wurde (Haarstrick 1974; Faber 1981). Damit waren Eingrenzungen der Leistungspflicht zu berücksichtigen, die sich aus dem Aufgabenbereich der gesetzlichen und privaten Krankenkassen ergaben. Denn Krankenkassen sind dazu da, Kranken aller sozialen Schichten unabhängig von ihrer wirtschaftlichen Situation zum Zeitpunkt der Erkrankung die notwendige ambulante oder stationäre ärztliche Behandlung zu ermöglichen. In der Reichsversicherungsordnung ist eine Kostenbeteiligung des Patienten über die Bezahlung des erheblichen Mitgliedsbeitrags (ca. 14 % des Einkommens) zur Krankenkasse hinaus, bis auf wenige Sonderregelungen, nicht vorgesehen. Die gesetzlichen Gegebenheiten erlaubten also bei der Einführung der analytischen Psychotherapie in die kassenärztliche Versorgung keine Selbstbeteiligung an den Behandlungskosten. Ob es angesichts der Kostenexplosion im Gesundheitswesen irgendwann zu einer Gesetzesänderung kommt, bleibt abzuwarten. Daß eine sozial gerechte Lösung der jeweiligen Höhe der Selbstbeteiligung praktisch kaum lösbare Probleme mit sich bringen würde, sei am Rande erwähnt. Für eine nicht absehbare Zeit gelten jedenfalls die derzeitigen gesetzlichen Regelungen, die eine kostenlose Psychotherapie krankenversicherter Patienten aufgrund bestimmter Richtlinien festlegen, denen wir uns nun im einzelnen widmen werden.

In der neuesten Fassung der Richtlinien zur Anwendung tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie (Anlage 5 zum Arzt-Ersatzkassen-Vertrag (EKV) vom

1.3.1984, S. 45 ff.)¹ werden die beiden Therapieformen methodisch definiert, und ihr Indikationsgebiet wird umschrieben. Die wichtigsten Textstellen geben wir im folgenden wieder (§ 1, Abs. 3):

Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie im Sinne dieser Anlage sind Formen ätiologisch orientierter Psychotherapie, welche die unbewußte Psychodynamik neurotischer Störungen mit psychischer und/oder somatischer Symptomatik zum Gegenstand der Behandlung machen. Psychotherapieverfahren, die dem nachstehend festgelegten Leistungsinhalt der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie nicht entsprechen, sind nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung.

- a) Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie umfaßt Therapieformen, die aktuell wirksame neurotische Konflikte behandeln, dabei aber durch Begrenzung des Behandlungszieles, durch ein konfliktzentriertes Vorgehen und durch Einschränkung regressiver Tendenzen eine Konzentration des therapeutischen Prozesses anstreben.
- b) Die analytische Psychotherapie umfaßt jene Therapieformen, die zusammen mit der neurotischen Symptomatik den neurotischen Konfliktstoff und die zugrunde liegende neurotische Struktur des Patienten behandeln und dabei das therapeutische Geschehen mit Hilfe der Übertragungs- und Widerstandsanalyse unter Nutzung regressiver Prozesse in Gang setzen und fördern.

Zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie gehören die zeitlich befristeten Fokalthérapien und die dynamischen, aufdeckenden und konfliktbearbeitenden Psychotherapien. Diese Kurztherapien, die sich aus dem psychodynamischen Gesichtspunkt der Psychoanalyse herleiten, haben ihre Wirksamkeit bewiesen. Wir verweisen auf die Untersuchungen von Malan (1976), Luborsky (1984) und Strupp u. Binder (1984). Kernbergs (1984) expressive Psychotherapie, die auf der katamnestischen Menninger-Studie (Kernberg et al. 1972) aufbaut, entspricht im deutschen Sprachgebrauch den psychodynamisch orientierten, konfliktaufdeckenden Behandlungstechniken.

Der Leser wird der methodischen Definition der analytischen Psychotherapie entnehmen, daß hier die Grundpfeiler der Psychoanalyse im Sinne Freuds, nämlich Widerstand und Übertragung sowie die Nutzbarmachung der therapeutischen Regression, voll zum Tragen kommen.

Die Anwendung der beiden Therapien im Rahmen der Krankenkassenregelung ist prinzipiell auf Krankheiten beschränkt, deren Verlauf zum Besseren hin beeinflusst werden kann. Der Therapeut muß dem begutachtenden Analytiker gegenüber plausibel machen können, daß die vorgesehene Therapie zur Linderung, Besserung oder Heilung der vorliegenden neurotischen oder psychosomatischen Erkrankung führen kann. Im Antragsformular, das wir weiter unten auszugsweise wiedergeben, ist eine bedingte Prognose zu begründen. Es sind also die Bedingungen anzugeben, durch die eine krankheitswertige Symptomatik entstanden ist, und die Faktoren, die sie aufrechterhalten. Im Hinblick auf die Prognose geht es entscheidend um die *Veränderungsbedingungen*, die von beiden Seiten, vom Patienten wie vom Analytiker, geschaffen werden müssen. Der Analytiker muß in jedem Fall einschätzen, was er dem Patienten und sich selbst zutraut, wenn er durch die Übernahme einer Therapie Hoffnungen weckt und Verantwortung übernimmt. Im hier diskutierten Rahmen muß er darüber hinaus einem begutachtenden Kollegen gegenüber prognostische Kriterien nennen. Er muß also angeben, worauf sich seine Erwartung, daß eine Besserung eintreten könnte, stützt.

In den Richtlinien wird das Indikationsgebiet der beiden Therapieformen wie folgt konkretisiert (§ 2, Abs. 1):

- a) Psychoreaktive seelische Störungen (z. B. Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen);
- b) Konversions-, Organneurosen;
- c) vegetativ-funktionelle Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie;
- d) seelische Behinderungen aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen und/oder Mißbildungen stehen;

¹Verträge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit Sozialversicherungs- und anderen Kostenträgern sowie Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und Belegarztgrundsätze, Bd. 1. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

- e) seelische Behinderungen als Folgezustände schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatzpunkt für die Anwendung von tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie bieten (z. B. Zustand bei chronisch verlaufenden rheumatischen Erkrankungen, spezielle Formen der Psychosen);
- f) seelische Behinderungen aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z. B. langjährige Haft, schicksalhafte psychische Traumata).

Das Indikationsgebiet ist weiterhin durch einen Negativkatalog abgegrenzt, in dem festgelegt ist, unter welchen Umständen die Krankenkassen eine Psychotherapie *nicht* übernehmen (§ 1, Abs. 2):

Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie sind keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und gehören nicht zur vertragsärztlichen Versorgung, wenn sie nicht der Heilung oder Besserung einer Krankheit bzw. der medizinischen Rehabilitation dienen. Das gilt insbesondere für Maßnahmen, die ausschließlich zur beruflichen oder sozialen Anpassung oder zur Berufsförderung bestimmt sind, sowie für Erziehungsberatung und ähnliche Maßnahmen.

Im Bereich der Rehabilitation sind folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen (§ 2, Abs. 2):

Tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie kann, wenn sie ausschließlich als Maßnahme der medizinischen Rehabilitation indiziert ist, nur angewandt werden, wenn psychodynamische Faktoren wesentlichen Anteil an der seelischen Behinderung oder an deren Auswirkungen haben und mit Hilfe tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie möglichst auf Dauer eine Eingliederung in Arbeit, Beruf und/oder Gesellschaft erreicht werden kann...

Die Anwendung der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie ist also in verschiedener Hinsicht ein- bzw. abgegrenzt. Die Reichweite ist methodisch definiert und nosologisch orientiert (als Indikationsgebiet), zugleich aber höchst individuell ausgerichtet. Denn die Motivationslage und die Umstellungsfähigkeit des Patienten sind im Hinblick auf einen möglichen oder wahrscheinlichen Behandlungserfolg einzuschätzen. Wir begegnen hier der Trias von Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit, die der deutsche Arzt bei seinem diagnostischen und therapeutischen Handeln zu berücksichtigen hat und die ihn der Gemeinschaft der Versicherten gegenüber verpflichtet, die Wirksamkeit seiner Therapie zu überprüfen und im Rahmen der genannten Trias zu begründen.

Die Begründung des Therapievorhabens gibt der behandelnde Analytiker in einem Antrag, der hinsichtlich der persönlichen Daten des Patienten chiffriert ist. Dieser Antrag wird von einem unabhängigen Gutachter, einem Analytiker, formal und inhaltlich geprüft. Die Stellungnahme des Gutachters hat die Erfüllung der oben aufgeführten Voraussetzungen (Art der Erkrankung und Indikationsstellung) zu beurteilen. Der Gutachter hat also eine genau definierte Funktion. Er hat keinen persönlichen Einfluß auf den Behandlungsprozeß und auf die Behandlungsführung. Freilich verleiht ihm seine Funktion eine bedeutungsvolle Rolle, die sich besonders bei Verlängerungsanträgen auf die Übertragung des Patienten auswirken kann. Spätestens dann läßt sich nicht mehr übersehen, daß die analytische Dyade auch in dieser Hinsicht eine Triade mit einem abwesenden Dritten darstellt.

Es muß also zu Komplikationen kommen, wenn Analytiker und Analysand außer acht lassen, daß sie sich in vieler Hinsicht in einem Dreieck bewegen. Je weniger die Rolle des Gutachters in der Therapie geklärt und interpretiert wird, desto besser eignet er sich als Projektionsschirm. Obwohl er nichts mit dem sprichwörtlichen Wirt zu tun hat, ohne den man die Rechnung nicht machen sollte, kann man ihm natürlich eine solche Rolle zuschreiben. Denn die Verlängerungen und auch die Limitierung hängen tatsächlich von seinen Stellungnahmen ab. Der Gutachter hat hierbei die in den Richtlinien festgelegten Behandlungszeiten zu berücksichtigen.

Im entsprechenden § 4, Abs. 1b, heißt es:

Bei analytischer Psychotherapie ist eine ausreichende Behandlung in der Regel mit 160 Stunden, in besonderen Fällen bis zu 240 Stunden zu erwarten...

Eine ausnahmsweise Fortsetzung der analytischen Psychotherapie auf 300 Sitzungen ist möglich und entsprechend eingehend zu begründen (§ 4, Abs. 2). Dabei ist hervorzuheben, daß die Begrenzung des Leistungsumfangs auf 300 Sitzungen nicht absolut festgelegt ist. Welche Ausnahmen erfüllt sein müssen, um eine weitere Fortsetzung innerhalb der Richtlinien zu ermöglichen, werden wir bei der Diskussion der Verlängerungsanträge darstellen. Es ist offensichtlich, daß in den Richtlinien zur Durchführung der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie ein Kompromiß gefunden wurde, der viele Komponenten enthält. Unsere positive Bewertung dieses Kompromisses wird noch deutlicher werden, wenn wir im folgenden Abschnitt (vgl. 6.6.2) die Auswirkungen der vertraglichen Vereinbarungen auf den psychoanalytischen Prozeß untersuchen.

Zunächst möchten wir noch auf einen berufspolitischen Gesichtspunkt aufmerksam machen. Die Einführung der analytischen Psychotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherungen hatte zur Folge, daß hierfür qualifizierte Ärzte zu den speziellen Leistungen der Richtlinienpsychotherapie *ermächtigt* werden können, wie der Terminus *technicus* lautet. Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychoanalyse sind also i. allg. nicht voll als Kassenärzte (in Allgemeinmedizin oder in einem Fachgebiet) tätig. Ihr Vertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung, d. h. ihre Ermächtigung, ist auf das Gebiet der Psychoanalyse und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie eingeschränkt. In die psychoanalytische Versorgung der Pflichtversicherten sind - und dies hat eine geradezu historische Relevanz - auch nichtärztliche Psychoanalytiker einbezogen, die nach einem akademischen Grundstudium (heutzutage ist ein abgeschlossenes Studium der Psychologie Voraussetzung) eine spezielle mehrjährige psychoanalytische Weiterbildung an einem anerkannten Institut durchlaufen haben. Es ist mißverständlich, diese nichtärztlichen Psychoanalytiker als Laienanalytiker zu bezeichnen. Vor rund 60 Jahren führte ein Prozeß gegen den als Psychoanalytiker ausgebildeten Psychologen Reik zu Freuds Veröffentlichung *Zur Frage der Laienanalyse* (Freud 1926 e). Die Anklage wegen Kurpfuscherei wurde seinerzeit fallengelassen, aber nichtärztliche Psychoanalytiker wurden nicht zur Praxis innerhalb des österreichischen Krankenkassenwesens zugelassen (Leupold-Löwenthal 1984). Die in der BRD erreichte Lösung der Einbeziehung nichtärztlicher Psychoanalytiker in die kassenärztliche Versorgung hat exemplarische Bedeutung in der Geschichte der Psychoanalyse.

Die Anerkennung von Neurosen als Erkrankungen hatte die Konsequenz, daß das psychoanalytische Behandlungsziel sich am medizinischen Krankheitsbegriff orientieren mußte. Die Verpflichtung von Krankenkassen zur Kostenübernahme ist einerseits an das Vorliegen krankheitswertiger Symptome und andererseits daran gebunden, daß die Trias von Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllt ist. Diese Kriterien bilden den Leitfaden, den der Kassenarzt bei seinen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen im Auge haben muß. Es ist aber auch im Auge zu behalten, daß es fließende Übergänge von krankheitswertigen neurotischen Symptomen zu charakterologisch bedingten Beziehungsstörungen gibt, deren Therapie nicht in die Zuständigkeit von Krankenkassen fällt.

6.6.2 Auswirkungen der Krankenkassenregelung auf den psychoanalytischen Prozeß

Der psychoanalytische Prozeß als Therapieverlauf ist, wie wir in Kap. 8 und 9 im einzelnen zeigen werden, von einer großen Zahl von Bedingungen abhängig. Hier beschränken wir uns auf einige typische Auswirkungen der Krankenkassenregelung. Bevor wir uns mit den unvermeidlichen Komplikationen befassen, wollen wir eine positive Feststellung treffen, in der wir unsere Erfahrungen mit den Richtlinien aus der Sicht von Patienten, antragstellenden Analytikern und Gutachtern integrieren. Die These lautet: *Jede* Fremdfinanzierung beeinflusst den Therapieverlauf so, daß typische Probleme auftreten, die beim reinen Selbstzahler aus naheliegenden Gründen fehlen. Die bei Psychoanalysen im Rahmen des deutschen Krankenversicherungssystems in typischer Weise auftretenden Komplikationen sind durch analytische Mittel, d. h. interpretativ lösbar. Unsere Erfahrungen bestätigen die von Eissler

(1974) ausgesprochene Erwartung, daß die klassische Technik auch bei Bezahlung der Behandlung durch Krankenkassen möglich ist.

Die Bearbeitung oraler und analer Themen ist bei indirekter Bezahlung des Analytikers komplizierter, aber sie ist nicht daran gebunden, daß der Patient neben dem Mitgliedsbeitrag zur Krankenkasse ein Opfer bringt. Ehebald (1978) und Cremerius (1981 a) haben dieser weitverbreiteten Auffassung, die Kemper (1950, S. 213) am deutlichsten aussprach, nämlich daß die Zahlungsverpflichtung geradezu das analytische *Movens* sei, gut begründet widersprochen.

Zweifellos bringen die Richtlinien auch Einschränkungen mit sich, und es ist entscheidend, daß die sozialen Rahmenbedingungen in die Deutungsarbeit einbezogen werden. Dann erweist es sich, daß durch die Krankenkassenfinanzierung trotz der Limitierungen primär ein großer Freiheitsspielraum geschaffen wird. Für eine gute Weile können sich Patient und Analytiker innerhalb eines finanziell abgesicherten Rahmens bewegen. Ihre Abhängigkeit von der Solidargemeinschaft eröffnet beiden einen *Freiheitsspielraum*, ohne den weder die Existenzbedingungen der psychoanalytischen Kur noch die materiellen Lebensgrundlagen des Analytikers gewährleistet wären. Ohne Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen gäbe es für die Majorität des behandlungsbedürftigen Bevölkerungsanteils keine analytische Psychotherapie, und der Psychoanalytiker wäre von wenigen Selbstzahlern abhängig. Deshalb betonen wir nochmals, daß in der BRD seit 1967 jeder Pflichtversicherte bei Vorliegen neurotischer Symptome, die Krankheitswert haben, ein *Anrecht* auf ätiologisch orientierte Psychotherapie hat. Der Patient ist nicht auf die Bereitwilligkeit eines wohlhabenden Angehörigen (im Falle der Finanzierung durch Dritte) angewiesen. Das Zustandekommen einer Analyse ist also nicht mehr von monetären Faktoren abhängig, die den Entscheidungsprozeß in früheren Zeiten unweigerlich und über Gebühr mitbestimmt haben. Denn alle Abweichungen von einer angemessenen Honorierung der zeitraubenden und hochqualifizierten Leistung des Analytikers führen zu erheblichen Belastungen auf beiden Seiten. Diese können aus den verschiedensten Gründen variieren. Deshalb berichtete Freud einerseits von schlechten Erfahrungen bei Gratisbehandlungen, andererseits versichert er, es gebe "wertvolle und ohne ihre Schuld hilflose Menschen, bei denen die unentgeltliche Behandlung nicht auf die angeführten Hindernisse stößt und schöne Erfolge erzielt" (1913 c, S. 465).

Die Kostenübernahme durch die Krankenkasse macht den Patienten auch von der wohlwollenden Einschätzung des Analytikers unabhängig. In vielen Ländern wird noch immer mit der Opferbereitschaft von Analytikern gerechnet und die soziale Verantwortung wird auf poliklinische psychoanalytische Einrichtungen abgeschoben. Dort behandeln junge Analytiker oder Ausbildungskandidaten Patienten zu niedrigsten Honoraren, die noch nicht einmal die eigenen Kosten decken. An vielen Orten stellen erfahrene Analytiker, die von der Privatpraxis leben, ihre Zeit als Supervisoren kostenlos zur Verfügung. Wo bisher keine dem deutschen Sozialversicherungssystem entsprechende Lösung gefunden wurde, herrschen noch die gleichen Verhältnisse, wie sie am alten Berliner Psychoanalytischen Institut bestanden, das von Eitingon aus privaten Mitteln gegründet worden war: dort wurden einkommensschwache Patienten gegen geringe Honorare behandelt.

Der Vergleich unserer heutigen Situation in der BRD mit der Lage in Ländern ohne Krankenkassenregelung ist eklatant. Die Leistung des Analytikers wird bei uns mit einem Betrag zwischen DM 70 und DM 80 pro Stunde honoriert. Er kann mit einem sicheren Einkommen rechnen, dessen Höhe bei einer täglichen Arbeitszeit von 8- 10 Sitzungen leicht zu errechnen und vergleichsweise begrenzt ist, zumal wenn man berücksichtigt, daß die Ausbildung zum Analytiker langwierig und kostspielig ist.

In der Gebührenordnung ist die persönliche ärztliche Leistung pro Sitzung insgesamt noch immer unterbewertet. Dies trifft besonders für die hochspezialisierte und zeitaufwendige psychoanalytische Tätigkeit zu. Hierin kommt neben anderem eine weit verbreitete Idealisierung bei gleichzeitiger Entwertung zum Ausdruck. Seelische Hilfeleistung wird auf hoher immaterieller Ebene angesiedelt und glorifiziert. Sie darf nicht mit irdischen Dingen - und schmutzigem Geld - in Verbindung gebracht werden; sie soll unbezahlbar bleiben und nicht beruflich ausgeübt werden. Psychotherapie wird von Laien wie von Ärzten in gleicher Weise

entwertet: "Da wird doch nur geredet - das kann doch keinen Wert haben und darf deshalb kein Geld kosten".

Idealisierung und Entwertung fordern im seelischen Haushalt des einzelnen ihren Preis - und wer bezahlt die Rechnung? Wenn der Patient den Analytiker nicht aus seiner eigenen Tasche entlohnt, fällt auch die unmittelbare, symbolische Wiedergutmachung weg. Um so wichtiger ist es, den mittelbaren Ausgleich durch die Krankenkasse, deren Mitglied der Patient ist, im Auge zu behalten bzw. zu interpretieren. Die Funktion des Dritten im Bunde ist in ihrer vielfältigen Bedeutung für die Interaktion zwischen Patient und Analytiker fortlaufend zu erhellen, um Verschiebungen und Projektionen eigener Selbstanteile rückgängig machen zu können. Hierfür diene uns der Zusammenhang von Entwertung und Idealisierung und die Rolle der Entlohnung als ein Beispiel unter vielen anderen. Wir verdanken Cremerius (1981 a) eine systematische Untersuchung vieler Aspekte des Einflusses der Bezahlung durch die Krankenkassen auf die Beziehung zwischen Patient und Analytiker und auf die Entfaltung und Gestaltung der Übertragungsneurose. Natürlich wurde durch die Anerkennung der Psychoanalyse als Therapie im Rahmen der RVO auch das Sozialprestige des Berufs erhöht. Dieser Faktor wirkt sich ohne Zweifel sowohl auf den Patienten als auch auf den Analytiker günstig aus, auch wenn wir den Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung vorwiegend in anderen Dimensionen suchen und finden.

Die Kostenübernahme der analytischen Therapie durch die Krankenkassen hat eine Basis geschaffen, die den Analytiker unabhängig von wohlhabenden Privatpatienten gemacht hat, die ihre Rechnungen pünktlich bezahlen. Er kann nun, wie Ehebald (1978) ausgeführt hat, Erstinterviews (bis zu 6 Gespräche als Grundlage für die Antragstellung) ausschließlich patientengerecht führen, weil er bei seinen Entscheidungen über die Wahl des psychotherapeutischen Verfahrens vom Druck der Frage befreit ist, wieviel Geld der Patient hat. Der heute in der BRD niedergelassene Psychoanalytiker braucht sich auch nicht mehr (wie Freud und Eissler) mit der Frage zu befassen, wieviele Gratisbehandlungen oder Therapien zu einem erniedrigten Honorar er mit dem Lebensstandard seiner Familie noch vereinbaren kann. Im Hinblick darauf erinnern wir an die folgenden Ausführungen Freuds: "... man halte sich aber vor, daß eine Gratisbehandlung für den Psychoanalytiker weit mehr bedeutet als für jeden anderen, nämlich die Entziehung eines ansehnlichen Bruchteiles seiner für den Erwerb verfügbaren Arbeitszeit ... auf die Dauer von vielen Monaten." Eine zweite Gratisbehandlung schränke die Erwerbsfähigkeit derart ein, daß dies "der Wirkung eines schweren traumatischen Unfalles" gleichzusetzen wäre. Freud fragt dann, "ob der Vorteil für den Kranken das Opfer des Arztes einigermaßen aufwiegt" (1913 c, S. 465).

Wir interpretieren diese Überlegung Freuds dahingehend, daß es darum geht, eine für *beide* Teile akzeptable Lösung zu finden. Deshalb haben wir auch betont, daß der Patient durch seine Beiträge zur Krankenkasse die Therapie partiell selbst finanziert und sein soziales Empfinden durch die Tatsache berührt wird, daß darüber hinaus die Solidargemeinschaft der Versicherten für ihn aufkommt. Im Unterschied zu den analytisch kaum lösbaren Problemen, die bei Gratisbehandlungen oder auch bei weit unterbezahlten Therapien in Ambulanzen aufkommen, sind die Schwierigkeiten, die sich daraus ergeben, daß die Kosten der Therapie bei den pflichtversicherten Patienten voll übernommen werden und der Patient das Honorar nicht direkt aus der eigenen Tasche entrichtet, interpretativ zu überwinden. Die Gegenübertragung des Analytikers wird weit weniger belastet, wenn seine Leistung ausreichend honoriert wird, und in dieser Hinsicht ist es nicht wesentlich, woher das Geld kommt.

Demgegenüber sind angehende oder junge Analytiker des Auslands, die in Ambulanzen psychoanalytischer Institute Patienten nahezu kostenlos behandeln und u. U. sogar noch das Honorar für die Supervision selbst bezahlen müssen, erheblichen Belastungen ausgesetzt. Offenkundig werden diese Probleme im Augenblick der Beendigung der Ausbildung, der oft auch rasch die Terminierung solcher unterbezahlter Analysen folgt. Trotz großer behandlungstechnischer Schwierigkeiten im einzelnen, wie sie 1978 anlässlich einer Tagung der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung diskutiert wurden, teilen wir die Auffassung von Cremerius (1981 a), daß die indirekte Bezahlung kein ernsthaftes Hindernis für den

psychoanalytischen Prozeß bildet. Die den Psychotherapierichtlinien immanenten Komplikationen liegen, wie wir im folgenden zeigen werden, eher auf einem anderen Gebiet.

Die auftretenden Schwierigkeiten hängen mit der Bindung der Richtlinienpsychotherapie an den medizinischen *Krankheitsbegriff* und mit der *zeitlichen Befristung* der Leistungspflicht der gesetzlichen Kassen unter den Gesichtspunkten von Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit zusammen. Die Richtlinien orientieren sich an Erfahrungswerten, die Komponenten des Kompromisses sind, durch den die Erfordernisse psychoanalytischer Therapie mit den gesetzlichen Normen in Einklang gebracht wurden. Betrachten wir zunächst den Bereich der *Übereinstimmung* zwischen Richtlinien und psychoanalytischer Praxis. Zu diesem Zweck machen wir den Leser mit Abschn. 6 und 9 des Formulars bekannt, das der antragstellende Analytiker ausfüllen und das dem Gutachter vorgelegt werden muß. Unter diesen beiden Ziffern ist folgendes zu beantworten:

- 6) Psychodynamik der neurotischen Erkrankung
Darstellung der neurotischen Entwicklung und des intrapsychischen Konflikts mit der daraus folgenden neurotischen Kompromiß- und Symptombildung. Zeitpunkt des Auftretens der Symptome und die auslösenden Faktoren im Zusammenhang mit der psychodynamischen Entwicklung sind zu beschreiben.
- 9) Prognose der Psychotherapie
Beurteilung der Motivationslage und des Problembewußtseins des Patienten, seiner Beziehungsfähigkeit, seiner Verlässlichkeit und partiellen Lebensbewältigung. Insbesondere Beurteilung der Fähigkeit oder Tendenz zur Regression, Ausmaß der Fixierung, der Flexibilität, der Entwicklungsmöglichkeit und der Krankheitseinsicht...

Die Richtlinien fordern hier vom antragstellenden Analytiker nichts anderes als eine rationale Begründung seines therapeutischen Handelns nach den Prinzipien der ätiologischen Theorie der Psychoanalyse. Auch der Gutachter orientiert sich am allgemeinen Erkenntnisstand und am eigenen Erfahrungsschatz. Dieser Hintergrund erlaubt es ihm, die *Plausibilität* der beschriebenen psychodynamischen Zusammenhänge einzuschätzen. Seine Hauptaufgabe besteht darin, die Krankheitswertigkeit der Symptome festzustellen. Außerdem kann sich der Gutachter unter Einbeziehung anderer Punkte des Antrags ein Bild davon machen, ob die geschilderten Zusammenhänge zwischen Kompromiß- und Symptombildung und den Schwerpunkten der Therapie in sich überzeugend sind. Ob diese Beschreibungen mit der Wirklichkeit übereinstimmen und ob der behandelnde Analytiker sich in seiner Praxis daran orientiert, bleibt dem Gutachter selbstverständlich verborgen. Er gewinnt jedoch einen gewissen Einblick in den Verlauf, denn der antragstellende Analytiker ist verpflichtet, bei Verlängerungen nach jeweils 80 Sitzungen eine Zusammenfassung des bisherigen Therapieverlaufs zu geben und die Änderung der Symptomatik im Verhältnis zu Übertragung und Widerstand darzustellen. Die jeweils erneute Einschätzung der Prognose unter Berücksichtigung von Regression und Fixierung gehört zu den wichtigen Punkten des Schemas, das den Fortsetzungsanträgen zugrunde liegt.

Dem Leser wird deutlich geworden sein, daß sich der antragstellende und der begutachtende Analytiker innerhalb eines Indikations- und Verlaufsschemas bewegen, das wesentliche Prinzipien der psychoanalytischen Theorie enthält. Ohne diese gemeinsame Basis könnte kein "peer report system" funktionieren, dessen Bewährung auch Beland² in seiner durchaus kritischen Stellungnahme eingeräumt hat. Die klar definierte Funktion des begutachtenden Analytikers erlaubt ihm keine Eingriffe in die Behandlungsführung seines Kollegen. Prekär wird seine Position dann, wenn er den Eindruck gewinnt, daß im Antrag keine Prozesse beschrieben werden, die von ihm nachvollzogen werden können. Denn vom Antrag wird eine gewisse Überzeugungskraft und innere Konsistenz erwartet, und beim Fortsetzungsantrag ist auszuführen, wie sich die Übertragungsneurose entwickelt und welche Veränderungen der Symptome (Besserung oder Verschlechterung) sich hierbei ergeben. Das "peer report system" hat dazu geführt, daß Gutachter sich in Zweifelsfällen mit den

²Beland H (1978) Überlegungen zum Problem der finanziellen Selbständigkeit des Patienten als Heilungsfaktor. In: Die Einflüsse der Kassenregelung auf die psychoanalytische Behandlung. Referate und Protokolle der Arbeitstagung der DPV in Berlin vom 16.-18. November 1978, S. 3- 10 (unveröffentlichter Bericht).

antragstellenden Kollegen in Verbindung setzen, wodurch sich der Dialog zwischen Analytikern intensiviert hat.

Vielleicht reichen diese Anmerkungen zu einem wesentlichen Aspekt der Richtlinien bereits aus, um die folgende Auffassung zu begründen: Im Antrag an den begutachtenden Kollegen zur Genehmigung bzw. Fortführung der analytischen Psychotherapie oder tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie geht es wie in jedem behandlingstechnischen Seminar darum, die psychodynamischen Einschätzungen mit den behandlingstechnischen Schritten in Einklang zu bringen und am Verlauf zu zeigen, wie der Patient auf die Therapie reagiert. Denn ob das Ganze stimmig ist, entscheidet sich auf der Seite des Patienten. Deshalb ist es auch aus behandlingstechnischen und nicht nur aus rechtlichen Gründen geboten, die Anträge so abzufassen, daß der Patient diese auf Wunsch lesen und verstehen kann. Die Teilhabe des mündigen Patienten an den zusammenfassenden Reflexionen seines Analytikers ist wahrscheinlich nur dann schädlich, wenn diese erheblich von den Einsichten abweichen, die interpretativ vermittelt wurden. Sofern die Diskrepanz zwischen dem, was in den Anträgen steht, und dem, wie der Patient die Therapie erlebt, im Dialog über den Inhalt der Anträge nicht überbrückbar ist, ist der dyadische Erkenntnisgewinn nicht hoch zu veranschlagen. Nach der psychoanalytischen Theorie ist dann auch kaum mit einem Heilungserfolg zu rechnen.

Die Richtlinien fordern vom behandelnden Analytiker eine Art von Selbstkontrolle: Er wird zu einer Aufgabe angehalten, zu der er ohnedies verpflichtet ist. Denn die meisten Analytiker sind sich darin einig, daß es unerläßlich ist, gelegentlich intensiv anhand analytischer Kriterien über den Verlauf einer Therapie nachzudenken. Im Falle des Gutachterverfahrens nimmt ein anderer Analytiker mit genau und eng umschriebenen Funktionen zum Ergebnis dieses Nachdenkens Stellung - übrigens mit Vetorecht des Antragstellers. Sieht man in der Selbstkontrolle den Beginn wissenschaftlicher Arbeit in der Praxis, so könnte man das Gutachterverfahren sogar als eine erweiterte Selbstkontrolle verstehen. Tatsächlich bilden die Anträge in vieler Hinsicht eine noch völlig unausgeschöpfte Fundgrube. Denn in ihnen spiegelt sich die psychoanalytische Praxis so wider, wie sie der behandelnde Analytiker im Rahmen des in den Richtlinien formulierten psychoanalytischen Schemas sieht und beschreibt.

Es ist eine Binsenwahrheit, daß der psychoanalytische Prozeß Zeit braucht. Aus prinzipiellen und behandlingstechnischen Gründen werfen deshalb die Fortführungsanträge und die Limitierung die größten Probleme auf, weshalb wir dieses Thema eingehend erörtern wollen.

Die Komponenten dieses Kompromisses sind folgende:

- 1) Es ist einerseits seit der ersten, wenn auch methodisch noch unzureichenden Statistik des alten Berliner Psychoanalytischen Instituts erwiesen, daß in vielen Fällen zufriedenstellende Behandlungsergebnisse auch durch zeitlich befristete tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapien erzielt werden können.
- 2) Auf der anderen Seite haben sich die Analysen seit den frühen 50er Jahren immer mehr verlängert. Vorreiter der "Supertherapie" (Balint 1954, S. 158) sind die sich stetig verlängernden Lehranalysen.
- 3) Die Ziele dieser Analysen bewegen sich immer weiter von der Therapie krankheitswertiger Symptome im Sinne des medizinischen Krankheitsbegriffs und von der Bindung an den Nachweis von Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit weg.

Mit der Besserung krankheitswertiger Symptome auf der Basis partieller Strukturveränderungen geht, um Freud (1895 d, S. 312) zu paraphrasieren, neurotisches Elend in der Regel in gemeines Glück über, das allerdings nicht frei von Unglück und lebensgeschichtlicher Tragik sein kann. Wann dieser Zustand erreicht ist, ist eine Ermessensfrage.

Trotz der Limitierungen kennen die Richtlinien keine absolute Höchstgrenze. Wie der eine von uns (H. T.) als Gutachter feststellen konnte, ist es aber relativ selten, daß Fortführungsanträge über die Regelzeiten hinaus in der Weise begründet werden, wie sie Freud für die Durchführung der besonders tiefen Analyse gefordert hat (s. hierzu Kap. 10). Häufiger begegnet man einer Argumentation, die zeigt, daß es nicht leicht ist, zeitlichen Rahmen und therapeutische Nutzung von Regressionen in eine ausgewogene Beziehung zueinander zu bringen. Mit dem Thema der therapeutischen Nutzung regressiver Prozesse werden wir uns in

Kap. 8 eingehend befassen. Hier muß der Hinweis genügen, daß es für die analytische Psychotherapie innerhalb der Richtlinien von großer Bedeutung ist, die sozialen und ökonomischen Realitäten im Auge zu behalten. Diese erlauben keine Regression um ihrer selbst willen. Hierzu trägt die Lage der Versichertengemeinschaft bei, und damit kommen wir zu einer weiteren Komponente des erreichten Kompromisses.

- 4) Finanzielle Erwägungen der Krankenkassen spielten bei der Limitierung deshalb eine Rolle, weil die Versicherungen bei einer Aufweichung des Krankheitsbegriffs und einer Erweiterung der Zuständigkeit für finanzielle Hilfeleistungen bei der Behebung sozialer und familiärer Probleme oder der Erhöhung der sog. Lebensqualität insgesamt eine Fülle von auch finanziell nicht mehr lösbaren Problemen auf sich zukommen sahen - vom gesetzlichen Rahmen der RVO einmal abgesehen.
Beland führt hierzu folgendes aus:

Eine derartige Mittelbeschränkung aus wirtschaftlichen Gründen ist für jeden Patienten, jeden Therapeuten, jeden Gutachter einsehbar und annehmbar - sie ist ehrlich und bedarf keiner neurosentheoretischen Begründung. Das Dilemma der RVO, die Begrenzung einer Kassenleistung statt durch Geldmangel durch eine Behandlungstheorie legitimieren zu müssen, ist ein Übelstand mit schädlichen Auswirkungen auf Gutachter, Behandler und vor allem auf Patienten. Es wäre deshalb zu wünschen, die Gutachter würden sich davon befreien, ihrerseits zu begründen, weshalb die Kassenleistung nach 240 oder 300 Stunden aufhört (Beland 1978, S. 9; s. oben).

Aus unseren obigen Ausführungen ergibt sich, daß die den Richtlinien zugrundeliegende Behandlungstheorie keine absolute Begrenzung festlegt. Sie ist streng psychoanalytisch aufgebaut und macht deshalb den empirischen Nachweis im Sinne Freuds erforderlich (s. hierzu Kap. 10). Wie wir bereits ausgeführt haben, hat allerdings auch die Mittelbeschränkung zur Leistungsbegrenzung beigetragen, für die es wiederum mehrere Gründe gibt: Zum einen ist es erwiesen, daß bei vielen Patienten innerhalb von 300 Sitzungen eine nachhaltige Symptombesserung erreicht werden kann, die durchaus auch eine zumindest partielle Strukturveränderung vermuten läßt, wobei wir hier die Schwierigkeit von deren Nachweis beiseite lassen wollen. Zum anderen ist es aber ebenso erwiesen, daß nicht wenige der danach noch fortgesetzten Analysen der Bereicherung an Lebensqualität jenseits von gesund oder krank, also jenseits des medizinischen Krankheitsbegriffs dienen. Wir empfehlen die kritischen Anmerkungen Belands und unsere Überlegungen hierzu der Aufmerksamkeit sowohl der behandelnden Analytiker als auch der Gutachter. Denn es ist wesentlich, daß die soziale Realität in die Interpretation der Übertragungsneurose einbezogen wird, wobei auch die Flexibilität der Richtlinien zu berücksichtigen ist.

Es hat wenig Sinn, ja es kann sich sogar antitherapeutisch auswirken, wenn man schon in den ersten Sitzungen Angaben über die Dauer der Analyse macht - sei es hinsichtlich ihrer Limitierung im Rahmen der Richtlinien, sei es im Blick auf ihre utopische Unendlichkeit. Wohl aber ist es im Kontext der Verlängerungsanträge unerlässlich, Zeit und Geld - und damit auch die Rolle des Gutachters - in die Interpretation der Übertragung einzubeziehen. Kommt es zu Selbstmordgefährdungen beim Auslaufen von durch die Krankenkassen bezahlten Behandlungsperioden, so muß zunächst über die Behandlungsführung reflektiert werden, bevor man die Einschränkungen der Richtlinien kritisiert. Glücklicherweise entspricht es unserer analytischen Erfahrung, daß innerhalb der Richtlinien in der Mehrzahl der Fälle günstige Veränderungen der Symptomatik des Kranken eintreten und sich dabei auch thematische Verlagerungen vom Krankhaften hin zu Lebensschwierigkeiten führen, die auch Freud nicht mehr zu den Neurosen zählte. Für die Schwerkranken ermöglichen die Richtlinien im Sinne des oben diskutierten Punktes aus unserer Sicht sogar eine lange Analyse, wenn diese mit einer bedingten Prognose versehen werden kann.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die meisten tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapien innerhalb der durch die Richtlinien vorgegebenen zeitlichen Begrenzungen, also nach 50 bzw. mit Verlängerung nach 80 Sitzungen oder nach 240 bzw. 300 Sitzungen, beendet werden. Natürlich wäre es wesentlich, den Therapieerfolg zu kennen, und im Hinblick auf die Fremdfinanzierung wäre es interessant zu erfahren, aus welchen Gründen welche Patienten die Therapie aus eigenen Mitteln fortsetzen. Bei beiden Fragen sind wir auf Schätzungen angewiesen. Orientiert man sich an den Ergebnissen der

Psychotherapieforschung, so ist es wahrscheinlicher, daß etwa zwei Drittel der Patienten die Therapie geheilt oder gebessert verlassen und eine Katamnese bei einem Drittel keine wesentliche Besserung der Symptomatik ergeben würde.

Ob eine längere Therapiedauer unter denselben Bedingungen (derselbe Analytiker und Fremdfinanzierung) oder unter veränderten Bedingungen (beispielsweise Eigen- statt Fremdfinanzierung) bei diesem Drittel ohne Variation oder Modifikation der Methode oder Wechsel des Analytikers zur Besserung oder Heilung führen würde, muß offen bleiben. Hingegen glauben wir, eine ziemlich zuverlässige Aussage darüber machen zu können, unter welchen Umständen Patienten bereit sind, die Analyse nach Ablauf der Fremdfinanzierung als Selbstzahler fortzusetzen. Um diese Frage beantworten zu können, müssen wir an den Anfang der Therapie zurückgehen und ins Auge fassen, welchen allgemeinen Einfluß der analytische Prozeß auf das Denken und Erleben hat. Zunächst richtet sich die Erwartung und Hoffnung aller Patienten darauf, gesund und leistungsfähig zu werden, und sie interessieren sich dafür, wie wirksam die analytische Therapie ist. Die wachsende Einsicht in Beziehungskonflikte und deren Zusammenhang mit Symptomschwankungen kann freilich auch diese Patienten zu Zielvorstellungen führen, die nur noch wenig mit dem medizinischen Gesundheits- und Krankheitsbegriff oder den darauf bezogenen Richtlinien zu tun haben.

Die Lebensschwierigkeiten und Zielvorstellungen, die Analysanden im Laufe der Behandlung entwickeln, decken sich oft nur noch randständig mit dem medizinischen Krankheits- bzw. Gesundheitsbegriff. Faber (1981) hat bei aller Würdigung des utopischen Elements, das den Wunsch nach Selbstfindung mit Hilfe der Psychoanalyse kennzeichnet, aufgezeigt, daß "illusionär-utopische Elemente in analytischen Zielvorstellungen auch als Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene" aufgefaßt werden müssen. Er plädiert dafür, die Realisierung begründeter Utopien der Psychoanalyse nüchtern und stetig voranzutreiben als eine "Kulturarbeit etwa wie die Trockenlegung der Zuydersee" (Freud 1933 a, S. 86).

Wir schätzen, daß etwa 10- 20 % der Klientel einer durchschnittlichen psychoanalytischen Praxis nach Ablauf der Fremdfinanzierung die Analyse aus eigenen Mitteln fortsetzt. Diese Gruppe ist recht unterschiedlich zusammengesetzt. Die Hoffnung dieser Patienten kann sich auf viele Ziele richten. Da ist die Gruppe derer, die wegen einer schweren Symptomatik eine Therapie gesucht haben. Im Sinne unserer obigen Ausführungen könnte für nicht wenige dieser Kranken durch einen wissenschaftlich begründeten Antrag die Fortführung der Therapie auf Kosten der Krankenkasse erreicht werden.

Dann finden wir unter den sekundären Selbstzahlern Personen, die sich von einer weiteren Analyse eine Vertiefung der Sinnfindung versprechen. Manche können ihren Beruf oder das Leben nur mit Hilfe einer Beziehung zum Analytiker ertragen. Wieviel einem Analysanden die von medizinischen Erwägungen unabhängige Sinnfindung wert ist, steht in Relation zu seinen materiellen Möglichkeiten. Dem reichen Selbstzahler und seinem Analytiker fällt die Entscheidung beim Abwägen der Güter leichter als dem mittleren, nur von seinem Gehalt lebenden Beamten.

Deshalb ergibt sich beim Übergang zur Eigenfinanzierung oft die Notwendigkeit, die Frequenz der Sitzungen oder das Honorar zu reduzieren. Dann geht es nicht nur darum, wieviel der Patient bestenfalls bezahlen kann, sondern welcher Betrag für den Analytiker noch akzeptabel ist, ohne daß die in Kauf genommenen Einschränkungen und Opfer die analytische Beziehung so belasten, daß die Zusammenarbeit darunter leidet. Denn ein erheblich reduziertes Honorar bringt bei 4 Wochenstunden eine nicht unbedeutende Einkommenseinbuße des Analytikers mit sich, wovon besonders die ohnedies finanziell belasteten Ausbildungskandidaten überall in der Welt betroffen sind. Die private Weiterfinanzierung der Therapie ist bei vielen nicht alleinstehenden Patienten eine Angelegenheit, die den Lebensstandard der Familie betreffen kann. Deshalb sind zusätzliche Konflikte mit den abwesenden Dritten zu erwarten. Es geht also schließlich darum, mit den Dritten im Bunde einen Ausgleich zu finden. Viele Gesichtspunkte sind einzubeziehen, um einen tragfähigen Ausgleich mit den Dritten im Bunde - der Familie, der Krankenkasse und dem Analytiker - und eine Versöhnung mit sich selbst zu finden.