

1 Das Erstgespräch

Nach dem Überblick über die wichtigsten inneren Konflikte und äußeren Problemfelder junger Erwachsener soll in diesem Kapitel der Prozess der Behandlung ausführlicher dargestellt werden. Dieser beginnt mit dem Erstgespräch, genauer mit den fünf probatorischen Sitzungen, die jede Kasse bis zur Indikationsstellung ohne Gutachten finanziert. Zur Vereinfachung der Darstellung werden diese Sitzungen im Folgenden als „Erstgespräch“ zusammengefasst bzw. wird in den Fallbeispielen von „erster“, „zweiter“ usw. Sitzung gesprochen.

Das Erstgespräch hat eine grundlegende und vielschichtige Bedeutung für den gesamten weiteren Therapieverlauf. In ihm muss der Therapeut gemeinsam mit dem Patienten über den Fortgang entscheiden. Dazu ist es notwendig, sich ein möglichst klares Bild über das anstehende Problem zu machen. Bei der einleitenden Frage: „Was führt Sie zu mir?“ hat der Patient die Wahl, durch Ehrlichkeit seine Schwierigkeiten offenzulegen und dadurch einen guten Kontakt zum Therapeuten herzustellen. Er zeigt damit meistens, dass er unter großem Leidensdruck steht und zur Mitarbeit bereit ist. In diesem Fall sprechen wir von einem positiven Arbeitsbündnis.

Er kann aber auch durch ungenaue und verschleierte Angaben wahre Nebelschwaden verbreiten und den Therapeuten blind darin herumtappen lassen. Bei Beschreibungen wie: „Es geht mir schlecht, ich weiß auch nicht warum, ich glaube nicht, dass eine Therapie mir helfen kann“ wird der Therapeut diesen Widerstand zunächst akzeptieren und einen Umweg einschlagen, um zu einer ersten Hypothese über das zugrunde liegende Problem zu gelangen. Dazu erfragt er die wichtigsten Fakten der Anamnese seit der Kindheit und die aktuelle Lebenssituation. Aus den Umständen der Geburt, der schulischen Entwicklung, Ausbildung oder dem Berufsstand,

einigen Angaben zu den Eltern, ihrem Verhältnis zueinander, der Beziehung des Patienten zu ihnen, zu Geschwistern und Freunden und seinen Partnererfahrungen erhält er bereits eine Fülle von Mosaiksteinen, die er zu einem vorläufigen Bild über die Persönlichkeitsstruktur, mögliche Konfliktbereiche und die bisherige Lebensbewältigung des Patienten zusammenbaut.

Das ist einfach gesagt und gehört doch mit zum Schwersten im Handwerk des Therapeuten. Worum geht es dabei? Mich überrascht immer wieder, wie unterschiedlich bei Therapeuten das spezifische Talent ausgebildet ist, einen komplexen Sachverhalt nach seinen leitenden Merkmalen zu strukturieren und dabei Wesentliches von Unwesentlichem zu trennen. Auch wenn es sich hierbei nicht um eine Besonderheit dieser Berufsgruppe handelt, flechte ich diese Ausführungen zum Trost besonders für Therapeuten in Ausbildung oder Berufsanfänger ein, weil sie sich z. B. bei der Erstellung von Kassengutachten mit dem Problem der Strukturierung oft viele Stunden herumplagen und es sich als persönliches Versagen anlasten. Man kann sich mit dieser Schwierigkeit besser versöhnen, wenn man sich klarmacht, dass jedes Lebensschicksal, vergleichbar einem Puzzle mit tausend Teilchen, durch eine unendliche Fülle von Faktoren geprägt wird. Entsprechend kompliziert ist die Aufgabe, die entscheidenden von ihnen herauszufiltern, die an der Entstehung eines Konflikts beteiligt gewesen sein könnten. Wenn man dabei nicht lernt, den Wald vor lauter Bäumen im Auge zu behalten, verirrt man sich unweigerlich im Labyrinth biografischer Vielfalt.

Wie komplex der Vorgang des Sortierens ist, um ein Problem „auf den Punkt“ zu bringen, möchte ich an der Unterscheidung zwischen harten und weichen Daten illustrieren, mit der jeder Deutungsversuch beginnt. Zum Beispiel zählen eine nichteheliche Geburt und eine ungewollte Schwangerschaft in der allgemeinen biografischen Zuordnung als harte Daten. Sie können sich aber als weich erweisen, wenn die genaue Klärung der Umstände ihnen keine pathogenetische Relevanz einräumt.

So berichtet eine 25-jährige Kindergärtnerin, die wegen Kontaktstörungen und angeblichem Mobbing in ihrer Arbeitsgruppe zum Vorgespräch kam, auf die Frage nach Schwangerschaft und Geburt:

„Irgendwann, das war in der Pubertätszeit kurz nach dem Auszug meines Vaters, hat mir meine Mutter gestanden, dass ich ein ungewolltes Kind bin und nichtehelich geboren wurde. Seit der Zeit ist mir klar, warum ich zu Depressionen neige und so einsam bin.“

Die Patientin liefert zwei scheinbar harte Fakten, an deren Kausalität für ihre Probleme sie glaubt – „ungewollt“ und „nichtehelich“ –, und verbindet sie mit dem dritten Faktum – „Auszug des Vaters“ –, wodurch die Plausibilität der beiden ersten zunimmt. Als Therapeut könnte man daraus auf eine frühe Mutter-Kind-Störung, eine mangelhafte Triangulierung und eine disharmonische Beziehung der Eltern mit belastenden Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung schließen, die die Symptomatik erklären. Aber irgend-etwas stimmt nicht in dem Bericht. Die Selbstdeutung der Patientin macht mich skeptisch.

„Das hört sich sehr traurig an. Wann haben die Eltern denn dann geheiratet?“, frage ich.

„Sie waren nie verheiratet. Meine Eltern sind 68er.“

Zur Strukturierung komplexer Zusammenhänge gehört das Gespür, die richtigen Fragen zu stellen. Dazu benötigt man nicht nur Erfahrung, sondern auch einen kriminalistischen Instinkt und das „dritte Ohr“, wie es Theodor Reik genannt hat. Meine Frage nach dem Heiratsdatum der Eltern erscheint zunächst unverständlich und nebensächlich angesichts der Bedeutung, die die Patientin dem Status „nichtehelich“ beimisst. Aber nur durch sie und die Antwort komme ich auf die Spur, die zu einer anderen Deutung führt.

„Dann war es also normal, dass Sie nichtehelich geboren wurden; ohne Heirat der Eltern geht’s ja nicht anders“, sage ich etwas scherzhaft auf die letzte Bemerkung der Patientin.

„Ja, aber ich war ja auch ungewollt.“

„Versuchen Sie bitte mal, sich an die genaue Formulierung zu erinnern, mit der Ihre Mutter Ihnen dies mitgeteilt hat.“

Mit dieser Frage versuche ich, einen Sachverhalt zu präzisieren, der ungezählte Menschen dauerhaft belastet und ihnen zur lebenslangen Rechtfertigung ihrer Schwierigkeiten dient, wenn er unhinterfragt zum Topos des Ungeliebtseins wird. Die Patientin denkt lange nach und sagt dann zögernd:

„Na ja, meine Mutter hat gesagt, ich sei von ihr und meinem Vater am Anfang der Schwangerschaft ungewollt gewesen, weil sie noch studierten. Aber seit der Geburt hätten sie mich beide sehr geliebt.“

„Ich glaube, wir müssen nach einer anderen Ursache für Ihre Depression und Kontaktschwierigkeiten suchen als in Ihrer nichtehelichen und ungewollten Geburt. Was meinen Sie?“

Die Patientin ist stark erregt, als sie spontan erwidert:

„Ich habe es bis heute nicht verwunden, dass mein Vater damals gegangen ist, obwohl es angeblich eine glückliche Beziehung war. Aber er wollte unbedingt eine Karriere im Ausland machen, während meine Mutter durch ihren Beruf hier gebunden war, den sie nicht aufgeben wollte.“

Das Beispiel demonstriert deutlich, wie sehr man in eine Falle geraten kann und wie sich auch der Patient darin verfängt, wenn es einem nicht gelingt, Wesentliches von Unwesentlichem zu unterscheiden. In der ersten Aussage verwirrt die Patientin den Therapeuten damit, dass sie das Verlassenwerden vom Vater mit ihrer nichtehelichen und ungewollten Geburt in Verbindung bringt. Unbewusst verrät sie damit ihr eigentliches Trauma, das sie durch Rückgriff auf ein anderes Erklärungsmuster, also durch eine Verschiebung, zu bewältigen versucht. Das gelingt ihr aber nur durch das Festhalten an einer Erinnerungstäuschung, die sie in den Dienst ihrer Abwehr stellt – sie verfälscht die Aussage der Mutter.

Die Schwierigkeiten des Therapeuten, Inhalte durch die Unterscheidung von beispielsweise harten und weichen Daten zu präzisieren und damit wichtige Zusammenhänge zu strukturieren, lassen sich sicher durch ausreichende Supervision, Theoriekenntnisse, praktisches Wissen und therapeutische Erfahrung erheblich abbauen. Wem dies nicht ganz gelingt, sollte auf den Ausgleich durch andere Talente zum Wohle des Patienten setzen.

Aber vorher muss er noch ein Problem bewältigen, das häufig mit der Strukturierung der Materialfülle gekoppelt auftritt – der Formulierung der Psychodynamik, die zu jedem Kassengutachten gehört. Vielen Therapeuten wird sie zum Problem, weil sie im Dschungel der Informationen den Weg verlieren, auf dem sie zu psychologisch plausiblen Schlussfolgerungen gelangen könnten. Aber auch hier sei zur Entlastung gesagt: Viele lassen sich durch den Begriff Psychodynamik unnötig einschüchtern, obwohl er nichts anderes meint als Kräfteverhältnisse und Kräfteverschiebungen innerhalb der psychischen Abläufe. Hier soll keine ausführliche Begriffsklärung erfolgen, weil sie wenigstens die Darstellung des gesamten psychischen „Apparats“ beinhalten müsste, wie er von der Psychoanalyse konzipiert wurde. Das würde Konzeption und Rahmen des Buches sprengen. Aber zur Illustration mag kurz zusammengefasst sein, wie sich die Psychodynamik bei der Kindergärtnerin formulieren ließe:

„Die Patientin erlebt nach einer gelungenen Triangulierung und einer ungestörten kindlichen Eigenentwicklung zum Zeitpunkt der Pubertät (zweite ödipale Phase) den Verlust des geliebten Vaters. Der traumatische Einbruch in ihr Selbstsystem dürfte einen Gefühlsschock aus Verlassenheitsangst, Trennungswut, ödipalen Schuldgefühlen („Ich bin schuld, dass der Vater gegangen ist.“) mit entsprechender Kastrationsangst und einem Schamkomplex („Ich schäme mich, den Vater begehrt zu haben“) ausgelöst haben. Zur Bewältigung der schmerzhaften Affekte entwickelt die Patientin (ihr Ich) Abwehrkräfte (Psychodynamik!), mit denen sie das Trauma besser überlebt: Es kommt zu einem Rückzug libidinöser Objektbesetzungen (Kontaktstörungen), um künftigen Enttäuschungen vorzubeugen; ihre Wutaffekte wehrt sie durch Projektion ab (angebliches Mobbing) bzw. wendet sie schuldgefühlhaft im Sinne einer Selbstbestrafung und Sühne gegen sich selbst (Depression). Im Rahmen dieser Abwehrvorgänge erliegt die Patientin einer Erinnerungstäuschung, durch die sie nicht den Vater, sondern vorgeburtliche Konstellationen für ihr Leiden verantwortlich macht, wodurch sie die Unerträglichkeit des Traumas weiter abmildert und sich die Trauer erspart.“

Ausführungen zur Psychodynamik beruhen zunächst auf Vermutungen und Wahrscheinlichkeiten, ob diese zutreffen, erweist erst der Behandlungsfortgang. Mehr kann auch in einem Kassengutachten nicht erwartet werden. Die Psychodynamik erschließt sich umso leichter, je klarer im Erstgespräch ein Fokus auffindbar ist. Der Fokus spielt in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie eine leitende Rolle. Er bezeichnet bekanntlich ein umschriebenes Problem, das der Patient aus oft unbewussten Gründen nicht alleine lösen kann. Beispiele für solche Fokusse sind der plötzliche Verlust einer nahen Person, wie bei meiner beschriebenen Patientin eine Scheidungs- oder Trennungssituation, ein akutes Prüfungsversagen, ein Entscheidungsproblem in einer Studien-, Berufs-, Wohnort- oder Partnerfrage, ein Traumaerlebnis u. v. a. Für den therapeutischen Umgang mit einem oder mehreren fokalen Konflikten ist die tiefenpsychologische Psychotherapie durch ihren von der Psychoanalyse abweichenden methodischen Ansatz besonders geeignet, wie im Behandlungsteil deutlich werden wird.

Ein im Erstgespräch ebenfalls bereits zu beachtender Faktor ist die Übertragungssituation. Auch in der Psychotherapie werden schon ganz zu Beginn wie bei der Psychoanalyse frühe Objektbeziehungen reaktiviert. Der entstehende Übertragungsprozess

schärft den Blick des Therapeuten für die unbewussten Konflikte des Patienten, ohne dass er dessen Übertragungsgefühle anspricht. Denn die aktive Förderung der Übertragungsliebe oder des Übertragungshasses würden den Patienten zu tief in die therapeutische Beziehung verwickeln. Damit wäre auch im Unterschied zur Psychoanalyse die Auflösung der Übertragungsneurose am Ende der zeitlich begrenzten Therapie außerordentlich erschwert.

Aber bereits im Erstgespräch erweist sich die diagnostische Genauigkeit der Übertragung. In der angespannten Situation kann der Patient gar nicht anders, als durch sein Verhalten untrügliche Zeichen seiner Übertragung zu setzen, und zwar unabhängig davon, wie offen oder verschleiern er über seine Probleme spricht. Ob er höflich, brav und angepasst ist, ob ängstlich oder forsch, ob ironisch, provozierend, gereizt und aggressiv – immer teilt er dem Therapeuten unbewusst etwas über seine frühe Geschichte mit. Damit erfährt dieser noch nichts über den Inhalt der Beziehungskonflikte zu den Eltern, aber über die Art, wie der Patient sie zu lösen versucht. Dabei tauchen für den Therapeuten erste Vorstellungen und Bilder über die frühkindlichen Erfahrungen des Patienten auf, die er mit seinen jetzigen Schwierigkeiten verknüpft. Theoretisch formuliert, arbeitet er im Unterschied zur Psychoanalyse nicht an der Übertragung, sondern nur mit ihr. Dennoch ist es für ihn vom ersten Gespräch an immer wieder faszinierend, diesen Übertragungsvorgang zu beobachten und seine Veränderungen zu verfolgen.

Wenn der Patient beispielsweise im Laufe der Therapie sein Verhältnis zu den Eltern verstanden und geklärt hat, spiegelt sich die Veränderung in seinem Übertragungsverhalten deutlich wider. Wo er früher gefügig und gehemmt war, kann er jetzt seine Wünsche deutlich artikulieren und durchsetzen. Wenn er früher bei jedem Anlass trotzig rebellierte, wird er sich jetzt kooperativ und sachlich über strittige Fragen auseinandersetzen.

Am Beispiel der Kindergärtnerin möchte ich meinen Umgang mit der Übertragung kurz illustrieren. Am Ende des ersten Vorgesprächs sagt sie, sie werde sich überlegen, ob sie die Therapie bei mir machen wolle, und sich dann melden. Vielleicht werde sie sich lieber für eine Frau entscheiden. Ich ließ sie zu diesem Zeitpunkt in ihrer Ambivalenz. Dass sie die Trennung des Vaters fast beiläufig mit den Bedingungen ihrer Geburt erwähnt hatte, schien mir eine erste Übertragungsäußerung zu sein. Ich hatte also mit ihrer Angst zu rechnen, auch von mir wieder verlassen zu werden. Aber

immerhin hatte sie für das erste Vorgespräch einen Mann und keine Frau gewählt, worin man einen Hinweis auf ihren unbewussten Wunsch sehen konnte, sich mit der Vaterthematik auseinanderzusetzen.

Ich verabredete daraufhin ausdrücklich keinen zweiten Termin. Aber bereits am nächsten Tag rief die Patientin wegen eines neuen Termins an.

Im zweiten Vorgespräch ging es um ihre Berufssituation und andere Nebenschauplätze, kein Wort zum Vater, kein Wort zu mir. Ich ließ sie gewähren. Auch diesmal konnte sie sich nicht entscheiden, sie würde sich gegebenenfalls wieder melden. Am nächsten Tag rief sie wieder an und bat um einen neuen Termin. In dieser dritten Sitzung schlich sie wieder um den heißen Brei. Jetzt schien mir der Zeitpunkt gekommen, sie mit meiner Vermutung zu konfrontieren, ohne dass vom Vater die Rede war:

„Ich freue mich, dass Sie heute zur dritten Stunde gekommen sind, aber ich befürchte, dass Sie am Schluss wieder sagen, Sie könnten sich nicht für eine Therapie entscheiden. Was könnte hinter diesem Zögern stecken?“

„Ich weiß es nicht. Es kommt mir auch komisch vor, weil ich mich sonst immer sehr schnell entscheiden kann.“

„Vielleicht sind Sie nicht sicher, ob ich meinerseits zu Ihrer Therapie bereit bin, obwohl ich Ihnen dies zugesagt habe.“

„Da ist was dran. Ich bin ziemlich misstrauisch, ob man mich will.“

„Das Schlimmste wäre dann, wenn ich die Therapie plötzlich abbreche.“

„Ja, das wäre eine Katastrophe. Aber ich denke, das werden Sie nicht tun.“

In dieser Stunde entscheidet sich die Patientin für die Behandlung. Dass ich ihre Angst gedeutet habe, gibt ihr das Vertrauen, verstanden zu werden. Der Vater taucht in diesem Zusammenhang nicht auf, wird aber, wie zu erwarten, im weiteren Verlauf eine zentrale Rolle spielen. Er wird zum Fokus der Therapie. Alles, was sie mit ihm erlebt hat, ihre Liebe, ihre Sehnsucht, ihre Enttäuschung, ihre Wut habe ich in der Übertragung zu spüren bekommen, ohne dass es notwendig gewesen wäre, diese anzusprechen und zu bearbeiten. Aber die therapeutische Beziehung immer auch unter dem Übertragungsaspekt zu sehen, war für das Verständnis der Patientin unerlässlich. Dieser methodische Ansatz schützte sie und auch mich

vor ihren allzu heftigen und regressiven Übertragungswünschen, die den therapeutischen Prozess in diesem Setting sehr behindert hätten.

Der hier beschriebene Umgang mit der Übertragung empfiehlt sich nach meiner Erfahrung besonders für junge Erwachsene. Der Abhängigkeits-Autonomiekonflikt in der Therapie macht ihnen schon genug zu schaffen, und direkte Übertragungsdeutungen würden sie noch stärker in ihn hineinziehen.

Neben der Fokussierung, dem Erkennen der Psychodynamik und der Einschätzung des Übertragungsmodus gehört es zu den diagnostischen Funktionen des Erstgesprächs, sich über die Art und Schwere der Störung ein Bild zu machen, entsprechende Indikationen für ein bestimmtes Therapieverfahren zu stellen und Entscheidungen über notwendige und gezielte Mitbehandlungen zu treffen. Diese Aufgaben setzen ein umfangreiches von Lehrbüchern und in der Ausbildung vermitteltes Sachwissen voraus, dessen Darstellung im Rahmen dieser kleinen Schrift nicht annähernd geleistet werden kann.

Stattdessen möchte ich ein weiteres praktisches Problem erörtern, das sich häufig im Rahmen von Erstgesprächen stellt – der Wunsch junger Erwachsener nach einer „Beratung“. Sie wissen oft nicht, wie ernst sie selbst die geklagten Beschwerden einschätzen sollen, ob und welche Therapie notwendig ist oder wie sie eine schwierige Entscheidungssituation lösen können. In solchen Fällen empfiehlt sich die Verabredung von einem oder mehreren „Beratungsgesprächen“. In ihnen kann der Therapeut die Ernsthaftigkeit der Störung abschätzen und der Patient für sich klären, ob sich in diesem Rahmen der fokale Konflikt für ihn gelöst hat. Erst danach können beide gemeinsam über den Fortgang entscheiden.

Wenn solche Gespräche als Beratungsgespräche bezeichnet werden, ist das irreführend. Das können sie in einzelnen Punkten auch sein. Aber in erster Linie sind es nach meinem Verständnis bereits sehr intensive und konzentrierte Therapiesitzungen, in denen der Therapeut die unbewusste Dynamik des Konfliktes erfasst und mit Hilfe der weiteren Einfälle und Fantasien des Patienten deutet. Für den Therapeuten gehört es immer wieder zu den besonders befriedigenden Behandlungserfahrungen, wenn ein Patient nach ein, zwei oder drei solcher Sitzungen wie befreit aufatmet, weil er plötzlich seinen Konflikt mit aller Klarheit durchschaut und zu einer selbstständigen Lösung findet.

Dazu bietet sich folgendes Beispiel an: Eine 23-jährige Floristin kommt wegen Depressionen und sozialen Ängsten zur Beratung. Sie möchte wissen, ob sie deswegen eine Therapie machen muss oder welche anderen Möglichkeiten der Behandlung es gibt. Um mir ein Bild zu machen, lasse ich mir in der ersten Sitzung in groben Zügen ihre biografische Entwicklung schildern. Die Patientin stammt aus einer Kleinstadt im Rheinland, in der ihre Eltern einen größeren Gartenbaubetrieb führen. Nach dem Abitur machte sie dort eine Lehre und kam vor einem Jahr nach Berlin, „um die Welt kennenzulernen“. Sie lebt allein und arbeitet in einem Blumengeschäft als Verkäuferin. Bisher konnte sie keinen größeren Freundeskreis aufbauen.

„Wenn, wie Sie sagen, Ihre ganzen Beschwerden erst hier in Berlin angefangen haben, denken Sie doch sicher öfter daran, wieder nach Hause zu ziehen“, sage ich gegen Schluss der ersten Stunde mit einer leichten Provokation in der Stimme.

„Ja, daran denke ich tatsächlich manchmal, aber ich will auf keinen Fall nach Hause zurück“, antwortet sie mehr klagend als laut protestierend.

„Dafür haben Sie sicher gute Gründe. Wollen wir uns die in der nächsten Stunde anschauen?“

Wie auch immer die Antwort ausfallen würde, stellte sich bereits in diesem ersten Gespräch das sichere Gefühl ein, die Patientin habe sich mit der Großstadt Berlin überfordert – ein Phänomen, das mir schon öfter bei jungen Menschen begegnet war. Das „szenische Geschehen“, wie es Argelander (1970) nennt, verriet mir durch die leise Stimme, den ängstlichen Blick, die zarte Konstitution und die zögernde und timide Ausstrahlung der Patientin, dass sie nur über eine geringe innere Stärke, Zuversicht und Flexibilität verfügte, um den robusten Anforderungen dieser Stadt und ihrer Menschen gewachsen zu sein. Aber ich wollte sie nicht in diesem Sinne in der ersten Stunde beraten, weil eine selbstständige Entscheidung eine stabilere Voraussetzung für ihre weitere Planung bieten würde.

In der zweiten Stunde berichtet sie von dem Drängen ihrer Eltern, sie solle als einziges Kind den Betrieb übernehmen und schon jetzt dort einsteigen. Auf meine Frage, warum sie den gleichen Beruf gelernt habe, sagt sie:

„Ich war zu schwach, konnte mich gegen meine Eltern nicht wehren und hatte auch keine Berufsalternative.“

„Sie hätten studieren können!“

„Das habe ich mir nicht zugetraut, und meine Eltern wollten es nicht. Es war für mich ein riesiger Schritt, nach Berlin zu gehen, sonst wäre ich zu Hause verkümmert. Ich wollte doch so gerne selbstständig werden.“

„Und jetzt?“

„Ich sehe, dass mein Ausbruchversuch gescheitert ist, und ich beim Therapeuten gelandet bin“, antwortet sie mit einem kleinen selbstironischen Lächeln.

„Es gibt schlechtere Adressen. Die Frage ist nur, ob sie hier in Berlin sein muss.“

„Sie meinen, ich sollte wieder zurückgehen?“

„Ich denke nur, dass es einige Zeit dauern wird, bis Sie Ihre Selbstständigkeit gegen die Eltern behaupten lernen und Ihr Selbstvertrauen stark genug ist, ein Studium zu beginnen. Wenn Sie eine Therapie machen wollen, müssten Sie längere Zeit in Berlin bleiben, wo die Stadt Sie zusätzlich unglücklich macht und Sie den Eltern weiter aus dem Weg gehen können, ohne dass sich an Ihrem Verhältnis etwas ändert.“

Zur dritten Stunde erscheint die Patientin sehr viel dynamischer.

„Die letzten beiden Stunden waren gut: Ich wusste es ja auch vorher schon, aber wollte es nicht wahrhaben.“

„Was ist passiert?“

„Nach der letzten Stunde war mir klar, dass mir die Berliner Luft nicht bekommt. Daraufhin habe ich meine Eltern angerufen und sie ein bisschen mit dem Versprechen erpresst, ich würde zurückkommen, wenn sie mit einer eigenen Wohnung einverstanden wären. Sie waren ganz glücklich. Dann habe ich sie gefragt, was sie von Gartenarchitektur hielten.“

Die Patientin lacht spitzbübisch. In der Zwischenzeit hätte sie sich im Internet über Therapeuten im Umkreis ihres Wohngebiets und über nahe gelegene Universitäten informiert, die Gartenarchitektur als Studienfach anböten.

Ich musste die Patientin nicht mehr beraten, sie konnte aus den Gesprächen genug Rat für sich ziehen. Ich werde in einem späteren Kapitel noch einmal auf das Thema Beratung zurückkommen. Im Zusammenhang mit der Floristin sei hier noch ergänzt, dass manche Jungerwachsene um eine Beratung bitten, sich dahinter aber ein abgewehrter Therapiewunsch verbirgt. Ob dieser Sachverhalt auch bei der Floristin vorlag, habe ich in den drei Stunden nicht geklärt – sie hatte sich für eine Therapie entschieden. Wenn der Therapeut

jedoch den Patienten nach zwei bis drei Beratungsgesprächen wieder wegschickt und dabei den latenten Therapiewunsch übersieht, bringt er ihn um eine große Chance. Im Fall einer positiven Indikation wäre es im Gegenteil seine Aufgabe, den Patienten für eine Therapie zu motivieren. Motivieren kann man Menschen nur, indem man ihnen Hoffnung macht und ihre Bereitschaft bestätigt, statt ihre Zurückhaltung durch kritische Einwände und Zweifel zu verstärken. Wenn dieser Optimismus im Erstgespräch nicht überspringt, so verhalten und scheinbar widerstrebend sich der Patient nach außen hin auch gibt, wird die Therapie nicht oder unter ungünstigem Stern zustande kommen.

Aber nicht nur der Patient muss sich für die Behandlung entscheiden, auch der Therapeut sollte sich im Rahmen des Erstgesprächs darüber klarwerden, ob seine Gegenübertragung eine genügende Akzeptanz des Patienten garantiert. Meist ist diese an ein entscheidendes Indikationskriterium gebunden, dessen Erfassung vielen Therapeuten immer wieder Schwierigkeiten bereitet – die Unterscheidung zwischen „primärem“ und „sekundärem“ Leidensdruck. Deswegen hier zur Erinnerung: Primärer Leidensdruck bezeichnet das Leiden des Patienten an sich selbst, an seinen Schwierigkeiten und Problemen, auf die er immer wieder im Alltag mit seiner Umwelt stößt, an seinen Konflikten, die er durch sein Verhalten mit anderen Menschen auslöst. Der primäre Leidensdruck deutet auf die Bereitschaft zur kritischen Selbstreflexion und zur Introspektion hin, also die Fähigkeit, Einsichten und Erkenntnisse durch den geschärften Blick nach innen zu gewinnen.

Ganz im Unterschied dazu neigt ein Patient mit nur sekundärem Leidensdruck dazu, die Schuld für seine Schwierigkeiten bei anderen zu suchen, bei Eltern, Lehrern, Ausbildern, Arbeitskollegen oder bei den „blöden Typen“ des anderen Geschlechts. Oder er jammert über seine Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen oder Depressionen, ohne auch nur den Versuch zu unternehmen, nach inneren Gründen für diese Symptome zu suchen. Deswegen lautet eine zentrale Frage im Erstgespräch: „Was meinen Sie oder welche Theorie haben Sie sich gebildet, woher Ihre Schwierigkeiten kommen könnten?“ Die Antwort lässt in der Regel die Unterscheidung zwischen primärem und sekundärem Leidensdruck gut erkennen.

Wenn der sekundäre Leidensdruck im Vordergrund steht, kann man im Erstgespräch den Versuch machen, ihn in einen primären umzuwandeln, z. B. durch eine paradoxe Intervention wie diese:

„Ich glaube nicht, dass eine Therapie Ihnen helfen würde, denn die Leute, die an Ihren Schwierigkeiten schuld sind, wird man ja durch sie nicht verändern können.“ Aber selbst wenn im Erstgespräch die Umwandlung nicht gelingt, sollte man grundsätzlich die Hoffnung nicht aufgeben, dass dies durch eine veränderte Motivation im Verlauf der Behandlung geschieht.

Die Hoffnung wird allerdings getrübt, wenn bei dem Patienten das bei jungen Erwachsenen noch recht verbreitete Abwehrphänomen der „Kindheit als Entschuldigung“ vorliegt. In ausgeprägter Form kann dieser Abwehrmechanismus sehr therapieresistent sein. Deswegen versuche ich schon im Erstgespräch zu klären, wie stark er ist. Wenn ein Patient beispielsweise auf die Frage nach seiner Theorie über die Beschwerden sagt: „Na, ist doch klar, bei solchen Eltern konnte nichts anderes rauskommen“, konfrontiere ich ihn mit der Frage: „Was meinen Sie, wie viel Verantwortung für Ihr Problem Sie selber tragen?“

Er hat drei Alternativen, darauf zu reagieren. Die erste würde die Indikation erheblich einschränken: „Nein, tut mir leid, für meine Probleme halte ich mich wirklich nicht für verantwortlich.“ Die zweite Antwort spricht für eine aufgelockerte Abwehr: „Darüber muss ich nachdenken. Es könnte ja auch bequem sein, meine Eltern für alles verantwortlich zu machen.“ Die dritte Alternative sollte man besonders für die älteren Jahrgänge der Jungerwachsenen als normal voraussetzen: „Die pauschale Verurteilung meiner Eltern ist natürlich ungerecht. In meinem Alter sollte ich mich für meine Macken selbstverantwortlich zeichnen. Deswegen bin ich ja hier.“

2 Die Therapie beginnt

Nach drei Vorgesprächen hat sich Frau L. für eine Therapie entschieden. Die Gespräche gestalteten sich schwierig, weil ihre Berichte immer wieder von vielen Tränen unterbrochen wurden. Es waren keine Weinanfälle, wie sie bei heftigen Emotionen auftreten. Es war mehr ein stilles In-sich-Hineinweinen mit einem dauernden Tränenfluss, den Frau L. kaum unterbrechen konnte. Deswegen ließ sich die Vorgeschichte nur in einigen Umrissen aufklären.

Die Patientin ist eine 25-jährige Apothekenhelferin mit einer schweren Selbstwertproblematik. Ihr Vater ist Kraftfahrzeugmeister. Er trennte sich von seiner Frau, als diese an einer schweren Psy-