

Sprechstunden-Interview und Flash-Technik. Konzepte für eine psychoanalytische Sprechstunde¹

veröffentlicht im Mitgliederrundschreiben der DGPT 01/2018, S. 15-17

Eine keineswegs vollständige Sichtung der deutschen Literatur ergab zu meiner Überraschung, dass es bereits Konzepte für eine psychoanalytische Sprechstunde gibt, die vor mehr als 45 Jahren entwickelt wurden. Sie sind auch heute noch eine brauchbare Grundlage, weshalb ich sie Ihnen vorstellen möchte. Dabei werde ich die Konzepte nicht nur darstellen, sondern im Hinblick auf ihre Anwendbarkeit in der (2017 eingeführten) heutigen psychotherapeutischen Sprechstunde pointieren. Mit anderen Worten: ich möchte für deren kreative Aneignung werben.

Das eine Konzept ist das Sprechstunden-Interview, das am SFI in Frankfurt entwickelt und in der PSYCHE veröffentlicht wurde (Argelander et al 1973). Das andere Konzept ist die von Enid Balint entwickelte Flash-Technik, wie sie in „Fünf Minuten pro Patient“ (Balint und Norell 1977) beschrieben wird.

Beide Konzepte wurden aus einer „notleidenden Praxis“ (Argelander 1973, S. 1002) heraus entwickelt. Damals wie heute ging es darum, einen Umgang damit zu finden, dass es viel mehr Patienten als Behandlungsplätze gibt (am Sigmund-Freud-Institut) und dass viele Patienten ihren Hausarzt aufsuchen, der nur wenige Minuten Zeit für sie aufbringen kann (Balint in England). Sie sehen, an *diesem* Notstand hat sich nichts geändert.

Das Sprechstunden-Interview wurde auf Anregung von Alexander Mitscherlich am Sigmund-Freud-Institut eingeführt und anlässlich seines 65. Geburtstags auf „seine mögliche psychoanalytische Relevanz“ (Argelander et al 1973) hin untersucht. Es knüpfte unter anderem an die Erfahrung aus Balintgruppen an, dass „unbewusste Angebote in Sekunden oder Minuten Gestalt annehmen.“ (ebd., S. 1004) Im günstigsten Fall ergibt sich dann die Möglichkeit, mit dem situationsspezifisch inszenierten „unbewussten Angebot“ des Patienten

¹ Überarbeitete Version des in der AG 4 am 25. 11. 2017 auf der DPV-Herbsttagung in Bad Homburg vorgetragenen Manuskripts

ein Stück weit interpretativ zu arbeiten – im besten Fall so, dass der Patient (in einem emotionalen Sinne) etwas davon hat.

Das Sprechstunden-Interview sollte 20-30 Minuten dauern inkl. Dokumentation und (stets vorläufiger) Diagnosestellung. Es wurden nur diejenigen Patienten einbestellt, die in der Woche angerufen hatten. Riefen mehr Patienten an, als Termine zu vergeben waren, so wurden sie auf die nächste Woche verwiesen. Vorgemerkt wurden sie nicht. Das Sprechstundeninterview sollte ausdrücklich keine „Ultrakurztherapie“ sein. Das Ziel war, dass es zu einem wie auch immer gearteten sinnvollen Ergebnis für den Patienten führen sollte. Das ging am besten, wenn es (für den Analytiker wahrnehmbare!!) „szenische Angebote“ gab. Wenn es sie gab, leitete sich daraus aber nicht immer eine Deutung ab. Es konnte damals schon und könnte auch heute - eine Maßnahme, zum Beispiel eine Suchttherapie, empfohlen oder ein Ratschlag gegeben werden, zum Beispiel Zwiegespräche nach M. L. Moeller zu führen.

Hilfreich als *äußerer* strukturierender Faktor sollte die Art und Weise sein, wie es dem Patienten angeboten wurde: Wenn ihm zu Anfang gesagt wurde, wir haben jetzt 20-30 Minuten Zeit, und ich werde mich bemühen, etwas von Ihrem Anliegen zu verstehen, auch wenn ich Ihnen keinen Therapieplatz in Aussicht stellen kann, dann stelle der Patient sich darauf ein.

Als *innerer* hilfreicher Faktor wurde angenommen, dass sich Patienten in einer akuten Krise offener und zugänglicher zeigen. Die Erfahrung am SFI war, dass die Bereitschaft, sich zu öffnen, einer langen Wartezeit oftmals nicht standhalte.

Das hier vorgetragene Beispiel einer Sprechstundensequenz wird in der gedruckten Version ausgespart, da ich von der Patientin keine Erlaubnis zur Publikation habe.

Argelander skizzierte das „Konzept eines Sprechstundeninterviews“ (S. 1008) wie folgt:

Beschränkung auf einen Kontakt, der ausschließlich vom Patienten durch seinen spontanen Besuch in der Sprechstunde bestimmt wird;

Begrenzung der analytischen Wahrnehmung auf das unbewusste Angebot des Patienten, auf seine szenische Aussage in der Verarbeitungsform der gegenwärtigen Sprechstundensituation;

gezielte therapeutische Arbeit in dieser Beziehungsstruktur, in die biographisch-genetische und strukturspezifische Anteile nur insoweit aufgenommen werden, als sie sich als Bestandteile dieser situativen Struktur erweisen.

Für die Interviewer am SFI war die emotionale Belastung manchmal groß: „Der zeitliche Druck, d.h. etwas der relativen Zeitlosigkeit einer Langstreckenanalyse so Entgegengesetztes“ (Argelander et al 1973, S. 1020) zu tun, führte oft zu Ausweichverhalten - entweder zu einem eher psychiatrischen Vorgehen, das Pasmore (1977, S. 72) die „Detektivtechnik“ nennt mit dem Ziel, reale Informationen zu erhalten, durch die es aber schwer ist, mit Patienten „in einen nahen Kontakt zu kommen“, oder zu einer Ausweitung der Zeit, das heißt zu einem Überziehen der Stunde mit dem Ziel, dem Patienten „mehr“ zu geben.

Auch heute fällt es vielen von uns schwer, das Potential der (inzwischen obligatorischen) Sprechstunde zu sehen und zu nutzen, da es als mit der psychoanalytischen Haltung unvereinbar erlebt wird. Aus meiner Sicht aber ist gerade die uns so vertraute analytische Grundhaltung hilfreich, ja unabdingbar, wenn die Sprechstunde nicht zur Variante einer psychiatrischen Anamnese werden soll.

Das Sprechstunden-Interview erfordert ein spezifisches Training, für das wir als Analytiker gute Voraussetzungen mitbringen. Wir müssen zum einen üben, in der Interviewsituation die bewussten psychologischen Denkopoperationen zurücktreten zu lassen. Sie kosten sehr viel Zeit, in der man den Kontakt zu den schnell ablaufenden Phänomenen in der Entwicklung der Szene verliert; die vorbewussten Vorgänge meistern es müheloser, die Beziehungsgeflechte abzutasten und zu durchdenken. „Deshalb sind die vorbewussten Vorgänge die Siebenmeilenstiefel der intuitiven schöpferischen Funktion.“ (Kubie, 1966, S. 31, zit. n. Argelander 1973, S. 1010)

Wir müssen also üben, die gleichschwebende Aufmerksamkeit so auf diese (szenischen, nichtsprachlichen) Phänomene zu zentrieren, dass das Tempo der Wahrnehmung des Analytikers mit dem Tempo der vorbewussten Gestaltung beim Patienten Schritt halten kann. Ich meine, das ist genuin psychoanalytisches Training.

Die Flash-Technik

Enid Balint beschreibt drei Arbeitsregeln für Technik und Haltung bei der Flash-Technik, die sich in 6-15 Minuten entfalten kann.

Es sei (1) „wichtiger, das aufzugreifen, was den Patienten zur Zeit des Interviews bedrückt, auch wenn es scheinbar etwas Nebensächliches ist und das Hauptproblem tiefer zu liegen scheint.“ (Balint 1977, S. 60) Der Patient hat (2) das „Recht, „sein Privatleben für sich zu behalten und keine Geheimnisse enthüllen zu müssen.“ (ebd., S. 60). Der Arzt müsse (3) seinem „Patienten nur die Möglichkeit geben, sich mitzuteilen. „Wenn der Patient das Angebot annimmt und sich bei ihm ein >>Flash<<, ein blitzartig aufleuchtendes Verstehen einstellt, worauf wiederum der Arzt reagiert, dann hat der Arzt die Pflicht, Disziplin zu üben, ... statt sich mit der Enträtselung von Geheimnissen abzugeben und sich damit gegen das, was ihm vor Augen liegt, zu verblenden.“ (ebd., S. 60)

Ein „Verständnisblitz“ (Balint 1977, S. 60) kann „etwas Wesentliches enthüllen, so etwas wie die aus dem Wasser ragende Spitze eines Eisbergs oder ein schwelendes Feuer, seelische Leiden, die dann vielleicht in Wochen oder Monaten oder Jahren allmählich erforscht werden können, entweder vom Patienten mit dem Arzt gemeinsam oder vom Patienten allein, und der Patient merkt alsbald, dass er mit sich selbst und seiner Umwelt besser zu Rande kommt. Unabhängigkeit und menschliche Würde des Patienten werden nicht angetastet; der Patient hat das Gefühl, die Situation zu beherrschen, und das ist auch der Fall.“ (ebd., S. 61) Es geht in diesem Konzept darum, „dass sich etwas ereignet“, in einer kontinuierlichen, jahrelangen Beziehung, wie sie nicht nur in einer Allgemeinarzt-Praxis möglich ist, etwas, das sich weiterentwickelt oder auch nicht. „Die Ich-Funktionen des Patienten werden nicht geschwächt, sondern eher verstärkt.“ (ebd., S. 61)

Es geht darum, sich von der „Detektivhaltung“ (Pasmore 1977, S. 69) zu lösen, denn sie hilft dem Interviewer nicht zu erkennen, was der Patient im Hier und Jetzt der Sprechstunde wirklich benötigt (ebd., S. 72). Er bietet dem Patienten sonst leicht mehr an, als er zu dem Zeitpunkt verlangt.

Die Hauptzüge der Flash-Technik (Balint 1977, S. 65) fasst Balint wie folgt zusammen:

Die Intensität des Kontakts

Die Freiheit, die sie dem Patienten gewährt, sich den Arzt auf seine Weise zunutze zu machen

Die Freiheit, die sie dem Arzt gewährt, seine eigenen Beobachtungen zu machen

Die Freiheit, die sie dem Arzt gewährt, sich benutzen zu lassen, d. h. sich selbst zu geben, ohne Angst, dass seine Patienten seine Zeit missbrauchen könnten

Die Disziplin, die der Arzt sich während der kurzen Interviews auferlegen muss, gleichzeitig den Patienten und seine eigenen Gedanken und Gefühle zu beobachten

Bei dieser Art zu arbeiten muss der Arzt nicht herausfinden, *warum* der Patient so spricht, denkt, fühlt und sich verhält, wie er es tut ... der Arzt hat in erster Linie die Aufgabe, die kleine, vor ihm liegende Stichprobe dessen anzusehen, *wie der Patient spricht*, denkt und sich verhält und *warum* ihm das Schmerz bereitet; *was für ein Mensch der Patient ist* und was das ist, das er auf unklare, verwirrte Weise mit dem Arzt teilen möchte.

Es ist eine Arbeit, die „nichts mit der Lösung von Problemen oder der Verhütung von Krisen zu tun hat.“ (ebd. S. 66) Es ist eine „Disziplin verlangende Arbeit.“ (Balint 1977, S. 66) Es ist eine lohnende Arbeit.

Literatur

Argelander H., Eckstaedt A., Fischer R., Goldschmidt O., Kennel K., (1973): Das Sprechstundeninterview. In: Psyche 27, S. 1001-1066.

Balint E. (1977): Die „Flash“-Technik – Voraussetzungen und Möglichkeiten. In: Balint E., Norell J. S.: Fünf Minuten pro Patient. Eine Studie über die Interaktionen in der ärztlichen Allgemeinpraxis. S. 58-66.

Balint E., Norell J. S. (1977) (Hg): Fünf Minuten pro Patient. Eine Studie über die Interaktionen in der ärztlichen Allgemeinpraxis. S. 58-66.

Gill C. H. (1977): Verschiedene Interviewformen in der ärztlichen Allgemeinpraxis und der „Flash“. In: Balint E., Norell J. S.: Fünf Minuten pro Patient. Eine Studie über die Interaktionen in der ärztlichen Allgemeinpraxis. S. 75-88

Pasmore H. S. (1977): Der Patient >>benutzt<< seinen Arzt. In: Balint E., Norell J. S.: Fünf Minuten pro Patient. Eine Studie über die Interaktionen in der ärztlichen Allgemeinpraxis. S. 67-74.