

der Mutter stellt konkret die Gegenwart der Dreiheit dar, die die ehemals dyadische Beziehung, die zwischen dem kleinen Knaben und der omnipotenten prädipalen Mutter existiert, trianguliert. In dieser Version der Phantasie über die Urszene wird der kleine Knabe zum interpretierenden Subjekt (Beobachter), das genügend *außerhalb* des sexuellen Aktes steht, um weder mit dem Phallus, noch mit einer omnipotenten Form weiblicher Sexualität, noch mit sexueller Erregung an sich gleichgesetzt zu werden. Und doch ist er zugleich genügend „innerhalb“ der Phantasie, um sich selbst in der Identifikation mit dem Vater (der zunächst der Vater-in-der-Mutter ist) als phallisch ermächtigt zu erleben.

7

Das psychoanalytische Erstgespräch

*Wir werden mit der Erforschung nicht aufhören
Und am Ende all des Forschens
Werden wir an unserem Ausgangspunkt ankommen
Und den Ort zum ersten Mal kennen.¹*
T. S. Eliot, „Little Gidding“

DAMIT psychoanalytische Konzepte und Techniken nicht ihre Wirksamkeit verlieren, müssen sie vom Analytiker immer wieder neu entdeckt werden, als ob es das erste Mal wäre. Der Analytiker muß sich von den Ideen und Phänomenen, die für ihn völlig selbstverständlich sind, stets von neuem in Erstaunen versetzen lassen können. Zum Beispiel muß er in der Lage sein, sich tatsächlich von der Durchdringungsstärke des Einflusses des Unbewußten, von der Kraft der Übertragung und der Unerschütterlichkeit des Widerstandes verblüffen zu lassen – und erst *après coup* an die geläufigen Namen dieser neuentdeckten Phänomene denken. Wenn der Analytiker

¹ Das Original lautet: *We shall not cease from exploration
And the end of all our exploring
Will be to arrive where we started
And know the place for the first time.* (Anm. d. Ü.)

ker es zuläßt, selbst der permanente Anfänger zu sein, der er ist, dann wird es ihm manchmal möglich sein, das zu lernen, von dem er dachte, daß er es bereits wisse. Dieses Kapitel ist eine Sammlung von an mich selbst (und andere Novizen) gerichteten Gedanken, die die Eröffnungsszene des analytischen Dramas zum Thema haben. Ich werde mich nicht um Vollständigkeit bemühen, da das Thema praktisch jeden Aspekt psychoanalytischer Theorie und Technik berührt. Mein Ausgangspunkt für eine Erörterung des Erstgesprächs ist die Idee, daß es zwischen dem analytischen Prozeß beim ersten Treffen und dem bei einer der weiteren Sitzungen keinen Unterschied gebe: Der Analytiker ist beim Erstgespräch nicht mehr und nicht weniger ein Analytiker, der Analysand nicht mehr und nicht weniger ein Analysand und die Analyse nicht mehr und nicht weniger eine Analyse als in irgendeiner späteren Sitzung.

Die Schaffung analytischer Bedeutung

Alles, was der Analysand in der ersten, von Angesicht zu Angesicht stattfindenden analytischen Sitzung macht, geschieht in der Absicht, den Patienten einzuladen, sich die Frage zu stellen, was seine Erfahrung bedeutet. All das, was dem Patienten bisher als einleuchtend und auf der Hand liegend schien, wird nicht mehr als selbstverständlich angesehen; vielmehr geht es darum, dem Vertrauten mit neuem Staunen zu begegnen, sich darüber den Kopf zu zerbrechen und es im Rahmen der Analyse neu zu erschaffen. Die Gedanken und Gefühle des Patienten, seine Vergangenheit und Gegenwart erlangen eine neue Bedeutung; und auch der Patient selbst wird daher auf eine Weise bedeutsam, wie das früher nie der Fall war. Im analytischen Kontext wird eine besondere Form der Bedeutung geschaffen, die einzig in diesem Rahmen existiert. Für den Analysanden ist das Sprechzimmer ein zutiefst ruhiger Platz, an dem er sich darüber klar wird, daß er eine

Stimme finden muß, mit der er seine Geschichte so erzählen kann, wie er sie sieht. Diese Stimme ist der Klang seiner Gedanken, den er vielleicht vorher noch nie gehört hat. (Dem Analysanden mag es erscheinen, daß er nicht über eine Stimme verfügt, die sich wie seine eigene anfühlt. Diese Entdeckung kann dann zum Ausgangspunkt der Analyse werden.)

Der Analytiker spricht einerseits, andererseits hält er sich auf eine Art und Weise zurück, die zum Ausdruck bringt, daß er den Patienten, so wie dieser ist, ohne zu urteilen, akzeptiert; und doch treffen sich Patient und Analytiker im Einvernehmen, eine psychische Veränderung anzustreben. Der Analytiker versucht zu verstehen, warum der Patient so ist, wie er ist und sich nicht ändern kann, verlangt aber implizit vom Patienten doch, daß dieser seine Krankheit soweit aufgibt, daß er Nutzen aus der Analyse ziehen kann. Zum Beispiel muß der schizoide Patient in eine Beziehung mit dem Analytiker treten, um seine panische Angst vor auch nur dem geringsten Zusammentreffen mit anderen Menschen überwinden zu können; der zwanghafte Patient muß bei einem Versuch, seiner unablässigen Rumination abzuweichen, sein Ruminieren soweit einschränken, daß er in einen analytischen Dialog eintreten kann; der hysterische Patient muß das Drama, das sein Leben darstellt (und es ersetzt), lange genug unterbrechen, um zusätzlich zu seiner Rolle als Akteur auch die eines Beobachters dieses Lebens übernehmen zu können.

Der Analytiker ist sogar schon vor dem ersten Treffen Gegenstand der Übertragungsgefühle des Patienten. Der Patient sieht in ihm nicht nur jemanden, der dazu ausgebildet ist, ihn zu verstehen und (durch einen einseitigen noch unbekannten Prozeß) ihm dabei zu helfen, Erleichterung von seinen psychischen Schmerzen zu finden. Der Analytiker wird vom Patienten häufig auch als heilende Mutter erlebt, als Übergangsobjekt der Kindheit, als ersetzte ödipale Mutter oder ersetzter ödipaler Vater etc. Mit diesen Hoffnungen stellt sich jedoch auch die Furcht vor Enttäuschungen ein.

Gerade wie der Patient eine Vorstellung vom Analytiker

vor der ersten Sitzung hat, hat auch der Analytiker einen Patienten (genauer: viele Patienten) bereits vor dem Erstgespräch vor seinem geistigen Auge. In anderen Worten, bevor der Analytiker dem Patienten persönlich begegnet, hat er bereits Informationen aus solchen Faktoren wie der Stimme des Patienten am Telefon, der Provenienz der Überweisung, seinen Beziehungen mit seinen gegenwärtigen Patienten etc. als Quellen bewußter und unbewußter Gefühle gegenüber dem Patienten, mit dem er in das erste analytische Gespräch geht, verarbeitet. Auch ist mit der Erwartung des ersten Gesprächs regelmäßig ein Moment der Spannung verbunden. Sowohl Patient wie auch Analytiker sind im Begriff, in ein interpersonelles Drama zu treten, für das bereits viele Entwürfe vorhanden sind (die inneren Dramen von Analytiker und Patient); und doch, soll die Arbeit produktiv sein, ist es notwendig, ein Drama zu schaffen, wie es keiner von beiden sich zuvor vorgestellt hat. Das Gefühl der Aufregung ist von einem Quantchen Angst begleitet. Sowohl für den Analytiker wie auch für den Patienten rührt die Gefahr für das erste Treffen zu einem Großteil von der Aussicht auf eine neue Begegnung mit der eigenen Innenwelt und der einer anderen Person her. Die Tiefen des Unbewußten aufzuwühlen ist immer eine gefährliche Sache. Von Therapeuten, die ihren Beruf noch nicht lange ausüben, wird diese Angst häufig mißverstanden. Sie halten sie für ihre Furcht, daß der Patient die Behandlung wieder abbrechen würde; tatsächlich fürchtet sich der Therapeut davor, daß der Patient bleiben will.

Eine Patientin beschrieb mir kürzlich mit ungewöhnlicher Klarheit ein Fragment ihres Gedankengangs vor der ersten Begegnung: „Wieviel soll ich gleich zu Beginn von den Dingen sagen, vor deren Preisgabe ich mich am meisten fürchte und für die ich mich am meisten schäme? Und wie soll ich es formulieren? Ich möchte nicht, daß er denkt, ich wäre so verrückt, so falsch, so selbststüchtig, so verführerisch, daß er die Arbeit mit mir als äußerst unangenehm erlebt und bald eine Entschuldigung dafür findet, mich loszuwerden. Lohnt es sich

für mich, mich auf diese Weise zu erniedrigen? War die Entscheidung, ihn konsultieren zu wollen, ein Fehler? Ich war von ihm enttäuscht, als ich mit ihm telefonierte. Ich wünsche, er wäre älter, mehr wie ein Großvater. Er machte einen leicht verstorbenen Eindruck, schien seine eigene Adresse nicht zu wissen. Seine Praxis ist in einer etwas heruntergekommenen Gegend. Möglicherweise hat er mit seiner Praxis Probleme.

Wenn ein potentieller Patient anruft, um sich über eine Arbeit mit mir im Rahmen einer Therapie oder Analyse zu erkundigen, schlage ich vor, daß wir uns die Zeit nehmen, uns zu einer Konsultation zu treffen. Ich verwende absichtlich das Wort Konsultation, um klarzustellen, daß dieses Treffen nicht zwangsläufig der Anfang einer kontinuierlichen, gemeinsamen Arbeit sein muß (obwohl ich das Treffen im Sinn einer analytischen Erfahrung intendiere: Mag dabei herauskommen, was wolle). Ich mache dies, da ich nicht im voraus wissen kann, ob ich, nachdem ich mit dem Patienten gesprochen habe, das Gefühl haben werde, ihm behilflich sein zu können und gerne mit ihm zu arbeiten. Zur Vielzahl von Faktoren, die in diese Entscheidungsfindung eingehen, gehört die Frage, ob ich das Gefühl habe, daß ich den Patienten im allgemeinen mag und er mir nicht gleichgültig ist.

Es ist wichtig, daß der Analytiker versucht, sein Denken zum Teil diagnostisch auszurichten, um das Wesen der vom Patienten benötigten analytischen Arbeit und die Schwierigkeiten, die dem analytischen Paar aller Wahrscheinlichkeit nach ins Haus stehen, zu konzeptualisieren. Ich bin jedoch, von einigen Ausnahmen abgesehen (wie drogen- und alkoholabhängige Patienten, sich in gewalttätiger Weise ausagierende Soziopathen und Patienten mit schweren organischen Schädigungen) im allgemeinen offen für die analytische Arbeit mit unterschiedlichsten psychischen Störungen leidenden Patienten (vgl. Boyer, 1971; Giovacchini, 1969, 1979; Ogden, 1982b, 1986). Der Anspruch, man wäre in der Lage, mit jedem Patienten zu arbeiten, der an einer Analyse interessiert ist, scheint mir jedoch übertrieben. Ich meine, daß wir einem Patienten

keinen guten Dienst erweisen, wenn wir uns einverstanden erklären, mit ihm zu arbeiten, obwohl es uns bewußt ist, daß wir keine Sympathie für ihn empfinden. Man hört manchmal, daß ein Analytiker seine negativen Gegenübertragungen analysieren können sollte, um fähig zu sein, mit jedem Patienten, der sich ansonsten für eine Analyse eignet, zu arbeiten. Das mag theoretisch richtig sein. In der Praxis jedoch glaube ich, daß die analytische Arbeit auch ohne den in einem solchen Fall notwendigen Versuch, das analytische Gebäude auf der Grundlage einer starken negativen Gegenübertragung (oder einer intensiven negativen Übertragung) zu errichten, schon schwierig genug ist. Meiner Erfahrung nach ist das so, ob jetzt Analytiker (oder Patient) erkennen oder nicht, daß diese Übertragungen irrational sind. Dieser warnende Hinweis scheint mir ebenso bei Fällen angebracht, bei denen es von Beginn an sehr intensive erotische Übertragungen oder Gegenübertragungen gibt.

Wenn ich anderseits mit einem Patienten oder einer Patientin über das Erstgespräch rede, bezeichne ich es nicht als „Evaluationsphase“ oder „Begutachtungsperiode“, da es mir scheint, daß dies die Vorstellung impliziert, der Patient solle bei diesem Anlaß verhältnismäßig passiv sein. Das würde mein Verständnis von der Funktion des Erstgesprächs, für das die Initiierung des analytischen Prozesses ein zentraler Punkt sein sollte, verfälschen. Das Wesen der Interaktion des ersten Treffens besteht nicht einfach darin, daß eine Person sich über eine andere ein Bild macht, oder daß zwei Menschen zu einer gegenseitigen Einschätzung gelangen. Vielmehr sehe ich die Interaktion als den Versuch zweier Menschen, analytische Bedeutung zu schaffen, wozu auch das Bemühen gehört, die Bewandnisse des entscheidungsbildenden Prozesses, der Teil des Erstgesprächs ist, zu verstehen. Meine Absicht ist es, bei diesem Treffen die Interaktion zu fördern; dies stellt insofern für den Patienten eine analytische Erfahrung von einem gewissen Wert dar, als ihm dadurch das Gefühl vermittelt wird, was es bedeutet, eine Analyse zu machen.

Obwohl der Patient in der Zeit vor dem ersten Gespräch sehr anfällig für Übertragungsängste ist, sehe ich es nicht als Aufgabe des Analytikers an, dem Patienten beim Erstgespräch die Befangenheit zu nehmen. Im Gegenteil, ich glaube, daß es Aufgabe des Analytikers ist, dem Patienten dabei behilflich zu sein, keine wichtige Gelegenheit zu versäumen, die Übertragungsgedanken, -gefühle und -empfindungen, mit denen er gekämpft hat, zu erkennen und sie bis zu einem gewissen Grad zu verstehen.

Die Aufrechterhaltung psychischer Spannung im Rahmen des analytischen Gesprächs

Wie alle anderen analytischen Sitzungen beginnt das Erstgespräch im Wartezimmer. Der Patient wird als Herr oder Frau, Doktor etc. angesprochen und auch der Therapeut/die Therapeutin stellt sich vor. Der förmliche Charakter der Vorstellung ist mehr als lediglich eine etwas paradox erscheinende Äußerlichkeit: Die Beziehung, die zwei Menschen bei einer Analyse eingehen, ist eine der formellsten und gleichzeitig eine der intimsten Formen menschlicher Beziehungen, die es gibt. Die Förmlichkeit spiegelt den Respekt für den Analysanden und für den analytischen Prozeß. Auch ist sie ein Ausdruck der Tatsache, daß der Analytiker weder vorgibt, ein Freund des Patienten zu sein, noch dies anstrebt. (Wir bezahlen unseren Freunden kein Honorar, damit sie mit uns reden.) Von Anfang an wird daher klargestellt, daß die Intimität der analytischen Beziehung eine Intimität in einem formellen Kontext ist.

Therapeuten, die in ihrer Ausbildung noch nicht weit fortgeschritten sind, spüren oft den Impuls, dem Patienten die Befangenheit zu nehmen oder sich „menschlich“ zu zeigen, wenn sie den Patienten vom Wartezimmer zum Therapie-raum begleiten. Zum Beispiel könnte ein Therapeut, der die Gespanntheit der Situation beim Gang in den Therapie-raum

etwas auflockern möchte, sagen: „Ich hoffe, sie hatten keine Schwierigkeiten, einen Parkplatz zu finden. Das Parkplatzproblem ist in dieser Gegend besonders schlimm.“ Aus der Sicht des analytischen Prozesses sollte man auf solche Bemerkungen verzichten. Tatsächlich würde ein solches Verhalten eines Therapeuten aus der Perspektive der Diskussion in diesem Kapitel aus verschiedenen Gründen als „unfreundlich“ erscheinen. Erstens teilt der Therapeut dem Patienten dabei sein unbewußtes Gefühl mit, daß der Patient „wie ein Kind“ sei, dem es schwerfalle, sich in einer feindlichen Welt zurechtzufinden sowie auch die Tatsache, daß er selbst (der Therapeut) sich dafür verantwortlich und schuldig fühlt, daß er das Leben des Patienten nicht erleichtert. Eine solche Bemerkung würde den Patienten sogleich in die Schuld des Analytikers bringen und unter einen Druck setzen, die „Freundlichkeit“ zu erwidern – d. h., dem Analytiker dabei behilflich zu sein, Gefühle des Unbehagens zu vermeiden. In der Bemerkung des Therapeuten läge auch ein verborgener Hinweis darauf, daß er sich nicht sicher ist, ob die Therapie, die er anbietet, die Mühe wert ist, die dem Patienten bevorsteht.

Außerdem ist diese Bemerkung ein „Diebstahl“. Sie nimmt dem Patienten die Möglichkeit, sich dem Analytiker gegenüber auf die Art und Weise vorzustellen, die er bewußt und unbewußt wählt. Grundsätzlich steht dem Patienten eine unbegrenzte Anzahl von Möglichkeiten zur Verfügung, den analytischen Diskurs zu beginnen. Er wird sich einen Weg suchen, der für ihn ganz spezifisch ist und von keinem anderen Analysanden wiederholt werden wird. Man darf ihn nicht um die Gelegenheit bringen, die ersten Zeilen seines eigenen analytischen Dramas zu schreiben, indem man ihn schon mit den unbewußten Inhalten des Analytikers belastet, bevor er noch einen Fuß in das Therapiezimmer gesetzt hat. (Es wird dazu später noch genügend Zeit sein, da der Analytiker, ohne es zu wissen, unweigerlich zum Akteur in den unbewußten Phantasien des Patienten wird.)

Schließlich signalisiert eine solche Bemerkung dem Pati-

enten etwas Unzutreffendes über das Wesen analytischer Erfahrung. Als Analytiker sind wir nicht darauf aus, Ängste (unsere eigenen oder die des Patienten) durch entspannungsfördernde Gesten wie Beruhigung, Geschenke etc. abzubauen. Da die Beibehaltung von psychischer Spannung nicht nur etwas ist, das wir von uns selbst fordern, sondern auch etwas, das wir u. a. vom Patienten verlangen, führt es nirgendwo hin, die analytische Beziehung mit der Bemühung zu beginnen, psychische Spannung aufzulösen. Es ist gleichgültig, ob später nochmals über die Situation gesprochen wird oder nicht, der Analysand registriert unbewußt die Tatsache, daß der Analytiker sich die Freiheit genommen hat, an seiner eigenen Angst zu arbeiten, indem er seine Gegenübertragungsgefühle behandelt.

Der Patient kommt zum Erstgespräch mit vielerlei (meist unartikuliert bleibenden) Fragen und Zweifeln darüber, was es bedeutet, eine Analyse zu machen, was es bedeutet, Analytiker zu sein und was es bedeutet, Analysand zu sein. Versuche des Analytikers, diese Fragen zu beantworten, indem er die freie Assoziation erklärt, die Verwendung der Couch, die Häufigkeit der Sitzungen, die Unterschiede zwischen Psychotherapie und Psychoanalyse, die Unterschiede zwischen den „psychoanalytischen Schulen“ etc., sind nicht nur nutzlos, sondern beschränken auch immer wieder in hohem Maße die Gelegenheit des Patienten, sich selbst dem Analytiker in eigenen Worten vorzustellen. Die folgende klinische Skizze veranschaulicht die Tatsache, daß der Analytiker die eloquenteste Erklärung dafür, was es heißt, eine Analyse zu machen, dann gibt, wenn er sich selbst schlicht als Analytiker verhält.

Herr H., ein 42jähriger Fernsehproduzent, erklärte während des Erstgesprächs, daß er zu mir gekommen sei, weil er große Ängste und „zwanghafte Vorstellungen“ über das Sterben habe, einschließlich der Furcht, im Schlaf zu ersticken und während eines Erdbebens in einer Falle zu sitzen und getötet zu werden. Den Patienten verfolgte auch der Gedanke, daß seine 6jährige Tochter, die leicht schwerhörig war, „sich

im Leben schwertun“ würde. Er sagte, er wisse, daß jede seiner Ängste übertrieben sei, daß dieses Wissen die Intensität der Angst aber nicht mindere.

Der Patient sagte, er sei schon von Kind an ängstlich gewesen. Herrn H.s Vater, Lehrer an einem College, war mit ihm nie zufrieden und bestand darauf, ihm allabendlich bei seinen Hausaufgaben zu „helfen“. Das endete jedes Mal damit, daß der Vater den Sohn wegen dessen „unglaublicher Dummheit“ anschrte.

Herr H. erzählte mir, daß sein Erfolg bei der Arbeit ihm als etwas Unwirkliches erschien. Es war ihm, als ob er sich unahörlich auf den Tag vorzubereiten hätte, an dem er nicht mehr den Lebensanforderungen entsprechen würde. Mit dem Ergebnis, daß er jeden Penny, den er verdiente, hortete. Er brachte einige Beispiele dafür, wie er sich gefährlich ausgeblutet vorkam, wenn er Geld ausgab. Ich sagte darauf, daß es schien, als ob er damit sagen wolle, daß die Vorstellung, für die Analyse zu bezahlen, ihn ängstige, weil es bedeuten würde, auf eines der seinem Gefühl nach wenigen Dinge, die ihm Schutz boten, verzichten zu müssen. Herr H. lächelte und sagte, daß er sich viele Gedanken darüber gemacht habe und daß die Aussicht, für die Analyse zahlen zu müssen, ihm wie ein Aderlaß erscheine, bei dem es zu einem Wettrennen zwischen seiner Heilung und seinem Ausbluten komme.

Als ich Herrn H. vor unserer zweiten Sitzung im Wartezimmer antraf, transpierte er, und es hatte den Anschein, daß er auf mich wartete wie jemand, der in banger Sorge eine äußerst wichtige Nachricht erwartet, etwa ein Urteil. Gleich nach dem Betreten des Therapiezimmers durchmaß er dieses zügig, griff nach dem Telefon und sagte: „Ich habe meine Schlüssel im Auto eingeschlossen; darf ich meine Frau anrufen, um sie zu bitten, nach der Sitzung mit einem Ersatzschlüsselbund hierher zu kommen?“ Ich sagte, daß ich dachte, es müsse ihm scheinen, als ob sein Leben von diesem Anruf abhängt, daß ich aber der Meinung war, daß wir beide über das sprechen sollten, was sich zwischen uns abspielte, bevor

wir versuchten, es aus der Welt zu schaffen. Er setzte sich hin und sagte: „Eigentlich ist das, was gerade geschah, typisch für mich. Ich fuhr hierher, hatte mein Jausenpaket auf dem Rücksitz des Autos liegen und als ich ankam, sah ich in der Garage ein Schild: „Lassen Sie die Schlüssel im Fahrzeug!“ Bei dem Gedanken, mein Essen im unversperrten Auto zu lassen, hatte ich kein gutes Gefühl. Ich dachte, daß jemand sich daran zu schaffen machen könne und wollte das Auto nicht unversperrt lassen.“

Ich sagte zu Herrn H., daß er offensichtlich, ohne sich im klaren darüber zu sein, beide beabsichtigten Handlungen ausgeführt hatte: er hatte sein Essen im Auto eingesperrt, so daß niemand daran herummanipulieren konnte und er war der signalisierten Anweisung nachgekommen, seine Schlüssel im Auto zu lassen. Er erzählte mir, daß er in Panik geraten sei, als es ihm klar wurde, daß seine Schlüssel im Auto eingesperrt waren und daß ihm sofort der Gedanke gekommen sei, seine Frau von meinem Büro aus anzurufen. Er sagte, daß ihm dieser Einfall große Erleichterung gebracht habe. Ich wiederholte seine Erkenntnis, daß er in diesem Augenblick sowohl an mich, als auch an seine Frau gedacht hatte. Er sagte, das sei richtig, er habe aber auch schon früher an mich gedacht, nämlich als er das Schild sah, das anscheinend irgendwie durch meine Einwirkung dorthin gelangt war.

Herr H. erklärte, daß auch seine Bitte, mein Telefon zu benutzen, für ihn charakteristisch sei. Er sagte, daß er praktisch ständig Angst habe, die Menschen wären böse auf ihn und daß er sich regelmäßig zu versichern versuche, daß die Menschen ihn mochten, indem er sie um kleine Gefälligkeiten bat. Zum Beispiel fragte er Arbeitskollegen öfters um Kleingeld oder einen Bleistift oder er fragte, wie man irgendwohin komme, obwohl er den Weg ganz genau wußte.

Er sagte mir, er sei überzeugt, daß ich bereits denke, er sei ein „echter Blödmann“. (Ich nahm an, daß diesem Gefühl sowohl ein Wunsch wie auch eine Angst zugrunde lagen, unterbrach aber den Patienten hier nicht, da er mittendrin

war, mich in die Reihe der Charaktere, die seine innere Objektwelt ausmachten, einzuführen.) Herr H. begann dann, ausführlicher über seine Eltern zu erzählen. Sein Vater war zehn Jahre zuvor gestorben, hatte aber sein ganzes Leben gelebt, als ob er sich an der Schwelle des Todes befände. Er hatte seit der Kindheit ein Nierenleiden und fürchtete sich vor dem Sterben. Der Patient sagte, daß er als Kind, wenn sein Vater mit ihm schrie, Angst davor gehabt habe, dieser würde sterben. Herr H. erzählte mir, daß sein Vater manchmal sehr freundlich sein konnte, und daß er ihn liebte, obwohl er ihm die meiste Zeit Angst einjagte.

Ich fragte den Patienten, ob er erwartet habe, ich würde ihn dafür ansprechen, daß er die Schlüssel in seinem Wagen versperrt und mich um die Erlaubnis zum Telefonieren gefragt hatte. Er sagte, er habe dieses Gefühl auf eine diffuse Art gehabt, wisse aber nicht ganz, warum er sich so geführt habe, während er in meinem Wartezimmer saß. (Mir kam der Gedanke, daß der Patient möglicherweise versucht hatte, seine Frau in der Absicht anzurufen, daß sie ihn vor mir schützen solle [wie seine Mutter ihn vor seinem Vater beschützt hatte] und mich vor ihm.)

Im Verlauf der folgenden analytischen Arbeit kamen viele Bedeutungsschichten dieses Ausagierens des Übertragungsgeschehens (der Patient bezeichnete das als „Telefonkapriole“) an den Tag. Eines davon war der Wunsch des Patienten, wie ein hilfloser kleiner Bub behandelt zu werden und sich so gegen seine Gefühle zu schützen, eine mächtige, destruktive Person zu sein, die seinem Vater viel Leid zugefügt hatte und auch mir Leid zufügen würde. Ein zweiter Aspekt dieses Übertragungsgeschehens beinhaltete den Wunsch, mich dazu zu provozieren, ähnlich wie sein Vater zu handeln und ihn wegen seiner Dummheit anzuschreien. Zum Teil fürchtete er sich davor, daß ich so handeln würde und versuchte sich zu versichern, daß es nicht geschehen werde, andererseits bereitete ihm eine solch heftige Schelte ein sinnliches Vergnügen. Außerdem brachte ihm die Aussicht, bestraft zu werden,

Erleichterung, da er unbewußt fühlte, er verdiene das für das Verbrechen, von dem er sich einbildete, er hätte es seinem Vater gegenüber begangen (das eingebildete Verbrechen bestand darin, den Vater so provoziert zu haben, daß es ihn krank machte und letztendlich tötete). Es schien ihm auch, daß sein Vater durch das intensive kontrollierende Einmischen in sein Leben ihm gegenüber eine Form von Liebe gezeigt hätte. Unbewußt hoffte der Patient, mir diese Form von Liebe mittels der antizipierten Schelte zu entlocken. Im Verlauf der Analyse diente die „Telefonkapriole“ immer wieder als Symbol des analytischen Prozesses.

Umschriebene Warnungen (*Cautionary Tales*)

Im Erstgespräch halte ich von Anfang an Ausschau nach den „cautionary tales“ des Patienten – d. h., seinen unbewußten Erklärungen für sein Gefühl, warum die Analyse ein gefährliches Unternehmen ist und den Gründen dafür, warum er fühlt, daß der Analyse mit Sicherheit der Erfolg versagt bleiben wird.² Wenn ich das sage, meine ich nicht mehr und nicht weniger, als daß ich nach der dominierenden Form der Übertragungsangst Ausschau halte (und sie für mich selbst und für den Patienten in Worte zu fassen versuche). Was auch immer das Wesen der Störungen des Patienten sein mag, seine Ängste werden sich in der Form der Gefahr des Eintritts in eine Beziehung mit dem Analytiker niederschlagen. Der Patient ist

² Ella Freeman Sharpe (1943) verwandte den Begriff *cautionary tales* zur Bezeichnung von Phantasien, die dem Zweck instinktmäßiger Impulskontrolle mittels unbewußter Selbstwarnungen vor körperlicher Destruktion dienen. In diesem Kapitel verwende ich den Begriff zur Bezeichnung einer begrenzten und unterschiedlich konzeptualisierten Palette von Phantasien: den unbewußten Phantasien des Patienten, die sich um die Gefahren des Eintritts in die analytische Beziehung drehen (McKee, 1969).

unbewußt fest davon überzeugt (kann dies aber nicht artikulieren), daß seine Erfahrungen im Kleinkind- und frühen Kindheitsstadium ihn über die spezifische Art und Weise unterrichtet haben, in der unausweichlich jede seiner Objektbeziehungen schmerzhaft, enttäuschend, allzu stimulierend, zerstörend, einsam, unzuverlässig, erstickend, hypersexualisiert etc. werden wird. Es besteht für ihn kein Grund anzunehmen, daß die Beziehung, in die er gerade eintritt, sich davon irgendwie unterscheiden wird. Ohne Frage liegt der Analysand mit diesem Glauben sowohl richtig als auch falsch. Er liegt insofern richtig, als seine innere Objektwelt übertragungsgemäß unausweichlich zu einem lebenden intersubjektiven Drama auf der analytischen Bühne werden wird. Er liegt bis zu dem Grad falsch, als der analytische Kontext nicht mit dem originalen, psychisch-interpersonalen Kontext identisch sein wird, innerhalb dessen seine innere Objektwelt geschaffen wurde – d. h., mit dem Kontext von kleinkindlicher und kindlicher Phantasie und von Objektbeziehungen.

Alles, was der Analysand in den ersten Stunden sagt (und nicht sagt) kann im Licht einer an den Therapeuten gerichteten unbewußten Warnung gesehen werden, die sich auf die Gründe bezieht, warum weder der Analytiker, noch der Patient in diese verhängnisvolle und gefährliche Beziehung eintreten sollten. Der Patient spürt, daß die Analyse sowohl den Therapeuten wie auch ihn selbst gefährden wird und er sträubt sich vor allem deshalb, in die Beziehung einzutreten, weil er den Therapeuten schützen möchte. Aus dieser Perspektive gesehen ist der Analytiker Container für die Furcht des Patienten vor dem Beginn dieser Beziehung wie auch für die Hoffnungen des Patienten, daß innerer Wandel möglich ist und daß pathologische Bindungen an innere Objekte geändert werden können, ohne daß das Leben des Patienten geopfert werden muß. Der folgende Bericht eines analytischen Erstgesprächs veranschaulicht eine Spielart, wie Patienten unbewußt versuchen, die Gefahren, die sie antizipieren, für sich und für den Analytiker zu symbolisieren.

Ein Analysand beschrieb zu Beginn seines ersten Treffens seine inhaltslose Beziehung zu Frau und Kindern, die Langeweile, die ihm sein Job bereite und die Freudlosigkeit, die sein Leben im allgemeinen bestimmte. Er sagte, daß sein Internist, der dachte, eine Analyse könne ihm nützen, ihn an mich überwiesen hatte. Obwohl Herr J. die trostlosen Umstände seines Lebens geschildert hatte, vermutete ich, daß es in seinem Leben Freuden gab, von denen er fühlte, daß er sie sowohl vor mir als auch vor sich selbst geheimhalten mußte. Ich hatte die Phantasie, daß Herr J. eine Affäre hatte – vielleicht mit einer Frau, vielleicht mit der Musik oder der Kunst oder daß er einer anderen Sache ein „leidenschaftliches Interesse“ entgegenbrachte, vielleicht der Erinnerung einer Romanze aus der Kindheit. Diese Phantasie war nicht das Ergebnis von Intuition, sondern eine Reaktion auf etwas, das in der Art lag, wie der Patient sich selbst präsentierte. Im Rückblick fällt es leichter zu erkennen, daß mir dies durch seine Wortwahl, seinen Sprechrhythmus, seinen Gang, seinen Gesichtsausdruck etc. mitgeteilt worden war. Er benahm sich wie ein Mann, der ein Geheimnis hatte. Ich vermutete (ohne zu Herrn J. davon zu sprechen), daß er unbewußt zu fühlen schien, die Analyse würden Dinge enthalten, die Vergnügen bereiteten, und die er gut versteckt halten müßte. Daraus ergab sich für mich die Prognose, daß diese Analyse (sowohl für ihn wie auch für mich) über einen langen Zeitraum eine ziemlich trockene Angelegenheit werden würde.

Der Patient sagte, er sei von der Notwendigkeit einer Behandlung überzeugt und er wisse, daß seine Frau und Kinder davon profitierten, wenn er Hilfe bekäme. Nichtsdestoweniger hatte er extreme Schuldgefühle, weil er Geld, mit dem man Sachen hätte kaufen können, an denen sich die ganze Familie erfreut hätte, für die Analyse ausgab. Nachdem in der ersten Stunde einige Zeit verstrichen war, sagte ich, es schien, als ob der Patient das Gefühl habe, eine Analyse zu beginnen bedeute dasselbe wie eine Affäre zu haben. Er erzählte

mir, ein wie hingebungsvoller Gatte er seiner Frau sei und daß er niemals die Idee ins Kalkül gezogen habe, tatsächlich eine Affäre zu haben. Er sagte jedoch, daß es seltsam sei, daß ich das, was ich sagte, gesagt habe, denn einige Tage zuvor, habe er gehört, wie er zum ersten Mal seiner Sekretärin gegenüber eine Bemerkung gemacht hatte, die so zweideutig war, daß man sie ohne weiteres als einen Antrag habe auffassen können. Die Sekretärin beschloß auf diesen zweideutigen Antrag nicht unmittelbar einzugehen. Er sagte, daß ihn die Episode einigermaßen irritiert habe und daß er zum ersten Mal seit Jahren frühzeitig von der Arbeit weggegangen sei.

In diesem Fall entschied ich mich dazu, einen Aspekt von dem, was ich für Herrn J.s dominierende Form der Übertragungsangst hielt (d. h., die zugänglichsten unbewußt/vorbewußten Bedeutungen der Übertragung und des Widerstands zu interpretieren. Das innere Drama, das der Patient augenscheinlich in die analytische Beziehung einbrachte, war eines, in dem es die Antizipation einer leidenschaftlichen Bindung und nachhaltiger Geheimnistuerei gab. Ich vermutete, daß Herr J. sich davor fürchtete, daß die Analyse innerhalb dieses Erfahrungsbereichs (der „Affäre“) extrem schmerzhaft werden würde und vielleicht unmöglich weiterzuverfolgen.

Im Lauf der folgenden Jahre der Analyse wurde es dem Patienten möglich, diese Gefühle in der Form einer Kinderheitsbeziehung zu begreifen, die er mit einem Kindermädchen gehabt hatte, das er sehr geliebt hatte; er hatte unbewußt gefühlt, daß er diese Liebe vor seiner Mutter verheimlichen müsse. Seine Zorn- und Schuldgefühle, wie auch seine Angst davor, in ähnlich unmögliche Verwicklungen zu geraten, hatten dazu geführt, daß Herr J. eine Charakterabwehr entwickelte, bei der er in allen Lebensbereichen eine gewisse Unbeteiligtheit und ein Desinteresse an den Tag legte. Die Vorstellung, daß er Dinge „einfach pro forma tat“ stand im Anfangsstadium der Analyse im Dienste wichtiger Abwehrfunktionen.

Die zeitliche Abstimmung von Übertragungsinterpretationen

Aufgrund meines Interesses an im britischen psychoanalytischen Dialog entwickelten Vorstellungen, wurde ich oft gefragt, ob es stimme, daß Kleinianer die Übertragung vom Beginn der Analyse an interpretierten. Diese Frage stellt mich immer vor ein Rätsel. Was ist daran so ungewöhnlich, wenn man versucht, mit dem Patienten darüber zu sprechen, was er an der neuen Beziehung (der analytischen Beziehung) so furchterregend, aufregend, enttäuschend, nutzlos etc. findet? Im allgemeinen scheint mir ein Erstgespräch unvollständig zu sein, wenn die Übertragungsängste des Patienten nicht in irgendeiner Weise angesprochen werden. Man muß nicht Kleinianer sein, um mit seinem Patienten über das eigene gegenwärtige (und immer vorläufige) Verständnis von dem, was der Analysand beim Erstgespräch als störend empfindet, zu sprechen.³

Die folgende Geschichte dient als Veranschaulichung einer Situation, in der es Gegenübertragungswiderstände gab, eine Übertragungsangst beim Erstgespräch zu besprechen.

Ein 32-jähriger Mann rief bei einer Therapeutin an, um einen Termin für eine Konsultation zu bekommen. Er sagte, daß er sich in Gefahr fühle, sich an Streitigkeiten zu beteiligen mit dem Ergebnis, daß er vielleicht jemanden schlagen würde. Herr N. sagte, er sei ein großer Mann, er spreche mit einer Donnerstimme und die Leute fürchteten sich häufig vor ihm, auch wenn er nicht zornig sei. Er sagte, daß er trotz allem hoffe, daß die Therapeutin sich vor ihm nicht fürchte, da er

³ Gleichzeitig muß sich der Analytiker in jeder therapeutischen Situation von einer klinischen Beurteilung lenken lassen. Es gibt viele Beispiele, bei denen der Analytiker spürt, daß es nicht angebracht ist, zu „gescheit“ (Winnicott, 1968, S. 86) zu sein oder zuviel zu wissen und er es sich deshalb versagt, selbst zaghafte Andeutungen von dem, was er zu verstehen glaubt, anzubieten (vgl. Balint, 1968; Winnicott, 1971a, c).

kein gefährlicher Mensch sei und niemals jemanden angegriffen habe.

Als Herr N. zu seinem Erstgespräch erschien, war die Therapeutin überrascht, einen Patienten mit durchschnittlicher Statur vorzufinden. Er redete zwar, als ob er irgendwie unter Druck stand, seine Stimme war aber weder laut, noch einschüchternd. Die Therapeutin erfuhr, daß Herr N. Besitzer eines Einzelhandelsgeschäfts war, das er mit Erfolg führte. Er war das Kind einer psychotischen Mutter und wurde unmittelbar vor seinem ersten Geburtstag in Pflege gegeben. Herr N. hatte seitdem weder seine Mutter noch seinen Vater gesehen. Nachdem er innerhalb von fünf Jahren an fünf verschiedenen Pflegestellen war, wurde er schließlich von einem Paar adoptiert, bei dem er blieb, bis er mit achtzehn Jahren zur Armee ging. Während seiner Latenzperiode und Adoleszenz wurden seine Adoptiveltern zu Alkoholikern.

Die Therapeutin (die erst kurze Zeit vorher ihre Ausbildung beendet hatte) sprach mit dem Patienten nicht über seine implizite, ambivalente Warnung, daß es für sie ratsam wäre, mit ihm nichts zu tun zu haben. Wahrscheinlich glaubte die Therapeutin unbewußt, daß es Herrn N. für sie noch gefährlicher machen würde, wenn sie mit ihm über seine Angst vor dem eigenen destruktiven Potential sprach. Auch verleugnete sie die eigene Furcht vor dem Patienten, die es ihr unmöglich machte, über seine Warnung nachzudenken. (Andere Therapeuten hätten sich vielleicht sogar geweigert, diesen Patienten zu treffen und hätten sich so auf eine Übertragungs-Gegenübertragungs-Inszenierung des Patienten, in der er sich selbst als Gefahr für sowohl seine inneren wie auch seine äußeren Objekte erlebt, eingelassen.) Der Patient hatte schließlich – aus der Perspektive seiner unbewußten psychischen Realität – dafür gesorgt, daß seine leibliche Mutter psychotisch wurde, was dazu geführt hatte, daß sie ihn im Stich ließ; er war sowenig liebenswert (und möglicherweise sogar so gefährlich gewesen), daß er fünf Pflegeeltern dazu brachte, ihn wieder wegzugeben; und er hatte seine Adoptiveltern in den Alkoholismus getrieben.

Zu den nächsten vier, allwöchentlich stattfindenden Treffen kam der Patient von Mal zu Mal in einem zunehmend aufgeregten Zustand. Einige Tage nach dem fünften Treffen rief Herr N. die Therapeutin an und sagte, daß seine Unruhe nach jedem Treffen mit ihr zugenommen habe und jetzt untragbar geworden sei. Er habe sich daher entschlossen, mit der Therapie aufzuhören. Die Therapeutin schlug vor, daß Herr N. noch einmal zu einem Treffen kommen solle, um mit ihr über diese Gefühle zu sprechen.

An diesem Punkt der Entwicklung entschloß sich die Therapeutin zu einer den Fall betreffenden Konsultation. Ich wies darauf hin, daß der Patient ganz von Anfang an angedeutet hatte, daß er sich davor fürchtete, sein Zorn (insbesondere in der mütterlichen Übertragung) würde der Therapeutin angst machen und ihr Schaden zufügen. Die unbewußte Angst der Therapeutin vor dem Patienten hatte sie dazu bewogen, Herrn N. wöchentliche Treffen vorzuschlagen, obwohl dieser durchblicken hatte lassen, daß er das Gefühl hatte, eine intensivere Therapie nötig zu haben und sich eine solche auch leisten zu können. Diese unbewußte Entscheidung der Therapeutin, einen sicheren Abstand zum Patienten herzustellen, hatte die Meinung des Patienten bestärkt, daß die Therapeutin ihn (aus gutem Grund) gefährlich finden würde und letztendlich sich weigern würde, ihn zu treffen. Mir schien es, als ob Herr N. die Therapeutin anrufen habe, um herauszufinden, ob sie beim vorherigen Treffen verletzt worden sei und daß ihn die Tatsache, daß sie ihn ersucht hatte, zu seinem nächsten Termin zu kommen, vorübergehend beruhigt hatte. Ich stellte die Hypothese auf, daß Herr N. von rasender Wut erfüllt war, weil sein inneres Mutterobjekt verrückt und nicht in der Lage war, ihn zu lieben und weil sie ihn im Stich gelassen hatte. Zugleich hatte er eine schreckliche Angst, daß sein Zorn seine Mutter verrückt gemacht hatte und dazu geführt hatte, daß sie ihn im Stich ließ.

Herr N. eröffnete das Treffen, das dem Telefongespräch folgte, mit der an die Therapeutin gerichteten Frage: „Wie

geht es Ihnen?“ als die beiden vom Wartezimmer in das Therapiezimmer gingen. In diesem angekommen, sagte er, daß sein Herz poche. Die Therapeutin suggerierte, daß Herr N. darüber besorgt sei, daß er sie beim vorhergehenden Treffen erschreckt oder vielleicht verletzt habe und daß diese Möglichkeit ihm von Anbeginn an Sorgen bereitet habe. Diese Interpretation hatte eine beträchtliche Beruhigung des Patienten zur Folge. Im weiteren Verlauf dieser Sitzung schlug die Therapeutin vor, daß es (da der Patient auf jedes Treffen mit intensiven Angstzuständen reagierte) vielleicht zweckmäßig sei, sich in kürzeren Abständen zu treffen, um die Gründe für die Ängste des Patienten zu diskutieren. Zur Überraschung der Therapeutin schien Herr N. für diesen Vorschlag empfänglich zu sein. In gewissem Sinn wurde in diesem Fall der Beginn des analytischen Dialoges sechs oder sieben Sitzungen lang aufgeschoben, wobei der Grund dafür hauptsächlich eine nichtanalytisierte Angst in der Gegenübertragung war, was zur Unfähigkeit der Therapeutin geführt hatte, die Übertragungsgänge des Patienten zu bedenken oder zu interpretieren.

Der analytische Raum

Durch den Eintritt in die analytische Erfahrung (mit dem Erstgespräch beginnend), vergrößert sich der psychische Raum, der die „Matrix des Geistes“ (Ogden, 1986) ausmacht, auf die Art und Weise, daß sich dieser Raum mehr oder weniger dem analytischen Raum angleicht; so wird der analytische Raum zum Raum, in dem der Patient denkt, fühlt und lebt. Auf subtile Weise werden die Ereignisse, die das Erleben des Patienten in Beziehung zu seinen inneren und äußeren Objekten ausmachen, die Ereignisse, die sein tägliches Leben bedeuten sowie seine Reaktionen auf diese Ereignisse, für ihn schließlich insofern wichtig, als sie zur analytischen Erfahrung beitragen. Letztendlich ist es nicht der indi-

viduelle psychische Raum des Patienten, sondern – in einem hohen Maße – der analytische Raum, der den Ort darstellt, an dem er sein unbewußtes inneres Drama erlebt. Die Entwicklung dieses Prozesses schließt das ein, was üblicherweise als Ausbildung der Übertragungsneurose und der Übertragungspsychose bezeichnet wird, ist aber keinesfalls darauf beschränkt.⁴

Was den analytischen Raum ausmacht, ist individuell für jedes analytische Paar verschieden. Genauso wie jede Mutter (oft zu ihrer eigenen Überraschung) lernt, daß die Schaffung eines Spielraumes bei jedem ihrer Kinder ein sehr unterschiedlicher Prozeß ist, muß der Analytiker lernen, daß der Prozeß der Schaffung eines analytischen Raumes bei keinem Analysanden gleich ist (Goldberg, 1989). Wie die Einzigartigkeit des Charakters eines jeden Kindes ganz bestimmte Aspekte des emotionalen Potentials der Mutter in Anspruch nimmt und aktiviert, so muß es der Analytiker zulassen, daß er von seinem Patienten, in der Realität wie in der Phantasie, geschaffen und geformt wird. Da das Kind bei der Schaffung seiner Mutter eine Rolle spielt, gibt es nicht zwei Kinder, die dieselbe Mutter haben. Ebenso haben niemals zwei Patienten den gleichen Analytiker. Der Analytiker erfährt sich bei jeder Analyse anders und verhält sich niemals vollkommen gleich. Zudem ist das keineswegs ein statisches Phänomen: Im Verlauf jeder Analyse ist der Analytiker einem psychischen Wandel unterworfen, der sich wieder in der Art und Weise niederschlägt, wie er die Analyse durchführt.

⁴ Aus dieser Perspektive ist die Endphase einer Analyse nicht einfach eine Phase der Klärung der Bedeutung konflikthafter unbewußter Übertragungen. Genauso wichtig ist sie als Periode der „Einengung“ des analytischen Raumes in einer Weise, daß der Patient schließlich erfährt, daß *er selbst* den Raum ausmacht, innerhalb dessen er lebt und in dem sich der analytische Prozeß fortsetzt. Wenn dies ausbleibt, erlebt der Patient die Aussicht auf das Ende der Analyse als gleichbedeutend mit dem Verlust seines Geistes oder dem Verlust des Raums, in dem er sich lebendig fühlt.

Bei Patienten mit ernstlicheren Störungen kann es vorkommen, daß sie den analytischen Raum als Vakuum erleben, der ihre geistigen Inhalte (die konkret als körperliche Teile oder Inhalte erfahren werden) aus ihnen herauszusaugen droht. Ein solcher Patient leitete unser erstes Treffen ein, indem er mich mit einer ununterbrochenen Serie von Obszönitäten bombardierte. Von der heftigen Attacke überrascht, beschloß ich, dem Patienten zu erlauben, seine Insulten fortzusetzen und nahm mir vor, den Einfluß, den er auf mich hatte, zu beobachten. Es wurde offensichtlich, daß sein verbales Sperrfeuer weit eher von Angst als von Feindseligkeit geprägt war. Nach ungefähr fünf Minuten sagte ich zu ihm, daß ich dachte, daß es für ihn nicht leicht sei, mit mir hier zu sein. Nach dieser Bemerkung beruhigte er sich. Weiters sagte ich, daß ich glaubte, er habe seinen Müll auf mich abgeladen, da es ihm nichts ausmache, einen Teil seines Selbst, den er nicht schätzte, loszuwerden. Ich sagte, daß ich vermutete, er habe wichtigere Dinge in seinem Innern, von denen er spüre, daß er sie beschützen müsse. Nach dieser Intervention war der Patient in der Lage, mir mehr über sich zu erzählen, wenn auch in psychotischer Manier. Ich wiederum besprach mit ihm das wenige aus seinen Erzählungen, von dem ich dachte, daß ich es verstand. Beinahe alles, was ich sagte, bezog sich auf die Furcht des Patienten, mit mir zu sein.

„Ängstliches Fragen“

Beim Erstgespräch stellen Analysanden oft direkte Fragen. Einige davon beantwortete ich unmittelbar. Zum Beispiel antwortete ich auf Fragen des Patienten über meine Ausbildung oder mein Honorar „mit selbstverständlich[er] Aufrichtigkeit“ (Freud, 1931, S. 464). Die Mehrheit der Fragen beantwortete ich jedoch nicht, einschließlich jener, ob ich auf etwas spezialisiert bin, mit welcher „psychoanalytischen Schule“ ich

in Verbindung gebracht werde, ob in meine Praxis mehr Männer oder mehr Frauen kommen, ob ich Homosexualität als Krankheit betrachte etc. Diese Art von Fragen werden als ziemlich unverhohlene Aussagen über Phantasien des Patienten behandelt, die spezifische Art und Weise betreffend, in der es mir aufgrund meiner eigenen psychischen Schwierigkeiten, wie z. B. der Angst vor Frauen oder Männern, der Angst vor Homosexualität oder Heterosexualität, dem Bedürfnis, andere zu beherrschen oder von ihnen beherrscht zu werden etc. nicht gelingen wird, ihn zu verstehen.

Wenn ein Patient beharrlich Frage auf Frage stellt, sage ich oft, daß das Warten auf das, was sich zwischen uns abspielen wird, ihm wahrscheinlich zu gefährlich erscheint; anstatt zu warten, scheint der Patient mit Hilfe der Antworten auf seine Fragen die Zukunft zu sondieren, wobei er sich die mit dem Warten verbundene Spannung erspart.

Sehr oft benutzt der Analysand Fragen, um den Analytiker dazu zu bringen, den analytischen Raum zu füllen: Ein solcher Patient hat das Gefühl, daß seine eigenen Inhalte beschämend, gefährlich, wertlos sind und/oder daß sie vor dem Analytiker geschützt werden müssen oder daß in seinem Innern nichts existiert, mit dem der analytische Raum gefüllt werden kann. Bei anderen Patienten kommt es vor, daß sie sogleich verstummen und so den Analytiker einladen, den Raum mit seinen Fragen zu füllen – also auch mit seiner psychischen Organisation, seinen Assoziationsketten, seiner Neugierde etc. Unter solchen Umständen versuche ich mit dem Patienten über jenen Aspekt seiner Angst zu sprechen, von dem ich glaube, daß ich ihn verstehe. Indem ich das tue, mache ich deutlich, daß mein Verstehen etwas Vorläufiges ist und daß es aller Wahrscheinlichkeit nach in vieler Hinsicht unvollständig ist. Auf diese Weise lade ich den Patienten ein, mir zu sagen, was ihm von meinen Ausführungen richtig erscheint und womit ich seiner Meinung nach danebengegriffen habe.

Das Entstehen einer Geschichte

Es stellt sich oft die Frage, ob man sich beim Erstgespräch „eine Geschichte aneignet“. Schon die Art und Weise der Formulierung dieser Frage scheint mir signifikant. Ich versuche nicht, mir von einem Patienten eine Geschichte (mit Hilfe einer Serie von Fragen) „anzueignen“, sondern ich scheue im Gegenteil keine Mühe, dem Patienten die Möglichkeit zu bieten, daß er mir die bewußten und unbewußten Versionen seiner Geschichte auf seine Art vermitteln kann.⁵ Der Patient ist zum Analytiker gekommen, um Hilfe in seinen psychischen Qualen zu finden, die er (der Patient) häufig nicht genau benennen kann. Man muß ihm alle Zeit und allen Raum der Welt zur Verfügung stellen, damit er dem Analytiker – auf welche Weise er auch immer dazu in der Lage sein mag – erzählen kann, was er über sich selbst weiß. Es ist wichtig, daß der Analytiker diese Bemühungen des Patienten nicht stört, indem er z. B. die „Tagesordnung“ bestimmt, indem er Dinge macht, wie die Geschichte betreffende Daten zu sammeln, Empfehlungen zur Behandlung zu geben oder die „Grundregeln“ der Analyse darzulegen (vgl. Freud, 1913; siehe auch Shapiro, 1984).

Wenn der Patient dem Analytiker, wie indirekt auch immer, über das Wesen seiner Qualen erzählt (und die Art

⁵ Es ist wichtig, sich dessen bewußt zu sein, daß die Geschichte eines Patienten keine statische Entität ist, die allmählich zutage gefördert wird, sondern ein Aspekt der bewußten und unbewußten Konzeption des Patienten von sich selbst, die in einem kontinuierlichen Zustand der Evolution und des Flusses ist. In einem gewissen Sinn wird die Geschichte des Patienten im Verlauf der Analyse immerfort erschaffen und wiedererschaffen. Überdies darf auf keinen Fall angenommen werden, daß der Patient am Beginn der Analyse eine Geschichte hat (d. h., ein Gefühl für Geschichtlichkeit). In anderen Worten, wir können die Vorstellung nicht für selbstverständlich halten, daß es dem Patienten gelungen ist, sich ein Gefühl der Kontinuität seines Selbst über einen Zeitraum zu schaffen, so daß sich seine Vergangenheit anfühlt, als ob sie mit der Erfahrung von Selbst in der Gegenwart verbunden sei.

und Weise, wie er bewußt oder unbewußt erwartet, daß diese Qualen im Verlauf der Analyse sich verschlimmern werden), wird seine vergangene Erfahrung zweifach artikuliert. Erstens gibt der Patient, insoweit er dem Analytiker über sein Verständnis der Ursprünge seiner Schwierigkeiten erzählt, eine Form geschichtlicher Daten – und zwar die, die in der bewußten Vorstellung des Patienten seine Vergangenheit ausmachen. Zwangsläufig wird es dabei Lücken geben, manches wird vage bleiben und große Abschnitte der Lebenserfahrung des Patienten unerwähnt. Es kann z. B. vorkommen, daß ein Patient auf jegliche Bezugnahme auf ein bestimmtes Familienmitglied verzichtet, seine Erfahrungen auf sexuellem Gebiet nicht erwähnt oder sich über alles ausschweigt, was sich vor der gegenwärtigen Krise oder vor seiner Adoleszenz ereignet hat. Unter solchen Umständen könnte ich, wenn ich das Gefühl habe, daß der Patient mir erzählt hat, was er möchte und wozu er in der Lage ist, ihn fragen, ob es ihm aufgefallen ist, daß er z. B. seinen Vater in keiner Weise erwähnt hat. (Es handelt sich dabei im Grunde um einen Prozeß, bei dem die Beziehungen des Patienten zu seinen äußeren und inneren Objekten vom Gesichtspunkt des Widerstandes aus angesprochen werden; d. h., vom Gesichtspunkt der bewußten und unbewußten objektbezogenen Ängste des Patienten.)

Wie bei jeglicher Deutung von Widerständen steht nicht die Information „hinter“ dem Widerstand im Zentrum des Interesses; es geht darum, wovor der Patient Angst hat, wenn er dem Analytiker über einen bestimmten Aspekt seines inneren Lebens erzählt und über die Art, wie er sich gegen diese Gefahr schützt. Aus dieser Perspektive ist der Akt des „Sich-Aneignens einer Geschichte“ (indem man direkte Fragen stellt) eine Form des Sich-Hinwegsetzens über die Widerstände des Patienten, mit dem Ergebnis, daß dabei viel von dem, was für die Analyse von größter Wichtigkeit ist, verlorengelassen wird zum Beispiel eine Verständigung darüber, wer in der inneren Objektwelt des Patienten betrogen, verletzt, getötet werden würde, wer verlorengelassen, wer eifersüchtig gemacht wer-

den würde etc., falls der Patient über seine, „die Vergangenheit“ betreffenden Gefühle spräche; oder welche Art des Verlusts der Kontrolle über die Beziehungen zu seinen inneren Objekten der Patient bei einer Preisgabe seines exklusiven Zugangs erleiden würde.

Die zweite Form persönlicher Geschichte, die der Patient bereitstellt sind Informationen, die unbewußt in der Form der Übertragungs-Gegenübertragungserfahrung übermittelt werden. Es handelt sich dabei um die „lebende Vergangenheit“ des Patienten, eine Reihe von in der frühen Kindheit und der Kindheit begründeten Objektbeziehungen, die schließlich die Struktur der Gedanken des Patienten sowohl als Inhalt wie auch als Kontext seines psychischen Lebens bilden. Für die Analyse ist daher diese Vergangenheit von zentralem Interesse.

Selbstverständlich sind die zwei Formen der zur Diskussion stehenden Geschichte – die bewußt symbolisierte Vergangenheit und die unbewußte lebende Vergangenheit – eng miteinander verflochten. Da der inneren Objektwelt des Patienten in der Übertragungs-Gegenübertragung während der Analyse ein intersubjektives Leben eingehaucht wird, haben sowohl Patient als auch Analytiker Gelegenheit, Formen der Bindung, Feindseligkeit, Eifersucht, des Neides etc., die die innere Objektwelt des Patienten bilden, direkt zu erleben. In der Übertragungs-Gegenübertragung werden Vergangenheit und Gegenwart, die sich als „alte“ Inhalte einander annähern, in einem neuen Kontext, nämlich dem der analytischen Beziehung, zum Leben erweckt.

Abschließende Bemerkungen

Die Ideen, die ich in diesem Kapitel erörtert habe, erheben keinen Anspruch darauf, mehr als nur Ideen zu sein. Sie sind weder als Regeln oder Richtlinien gedacht, noch wollen sie beispielhaft für die Führung des Erstgesprächs sein. Zugleich sind die hier erörterten Gedanken spezifischer Natur – es sind

psychoanalytische Gedanken. Dies stellt eine die psychoanalytische Technik ausmachende dialektische Qualität dar: Die analytische Technik wird durch eine Reihe von Ideen bestimmt, von denen man grob gesprochen sagen kann, daß sie eine Methode oder eine Gruppe von Methoden bilden, die über Prinzipien verfügen, die dieser Gruppe von Methoden eine Geschlossenheit verleihen. Vom ersten Treffen an findet die analytische Praxis zwischen den Polen des Vorhersagbaren und des Nichtvorhersagbaren, des Disziplinierten und des Spontanen, des Methodischen und des Intuitiven statt.

Zusammenfassung

Das erste von Angesicht zu Angesicht stattfindende Treffen im Rahmen einer Analyse wird als Beginn des analytischen Prozesses angesehen und nicht nur als dessen Vorbereitung. Schon beim ersten Treffen wird all das, was dem Patienten vertraut ist, nicht mehr als selbstverständlich behandelt. Der Analysand gewinnt für sich eine Bedeutung, die er zuvor niemals hatte. Der Analytiker versucht, dem Patienten etwas davon mitzuteilen, was es bedeutet, in Analyse zu sein. Das geschieht nicht, indem er ihm die Analyse erklärt, sondern indem er sich als Analytiker verhält. Zu diesem Zweck wird psychische Spannung nicht durch Beruhigung oder Bestätigung, Suggestion, Übertragung oder Gegenübertragung, Ausagieren etc. aufgelöst. Alles, was der Patient beim Erstgespräch sagt (und nicht sagt) wird als unbewußte Warnung an den Analytiker (und an den Patienten) verstanden, die etwas darüber aussagt, warum der Patient unbewußt fühlt, daß jeder von ihnen beiden gut beraten wäre, nicht in diese verhängnisvolle und gefährliche Beziehung einzutreten. Der Analytiker versucht die Warnungen des Patienten als Übertragungsängste und Widerstände zu verstehen.