

RODERICH HOHAGE, LISBETH KLÖSS UND HORST KÄCHELE, ULM

Über die diagnostisch-therapeutische Funktion von Erstgesprächen in einer psychotherapeutischen Ambulanz*

Übersicht: Unter dem Aspekt des Versorgungsauftrags einer psychotherapeutischen Ambulanz gibt es keine »ergiebigen« oder »unergiebig« Patienten, sondern nur geeignete oder ungeeignete Gesprächstechniken im Erstinterview. Die Autoren erörtern eine Reihe technischer Gesichtspunkte, die für Diagnostik, Konsultation und Abschluß des Erstgesprächs von Bedeutung sind, wobei die Probleme des Gesprächsauftrags, des situationsgerechten Einsatzes diagnostischer Mittel und der Fokussierung der Konsultation im Mittelpunkt stehen.

Seit den systematischen Arbeiten von Gill, Newman und Redlich (1954) gibt es bei psychoanalytischen Therapeuten einen gewissen Konsens über die Handhabung von Erstgesprächen innerhalb der psychotherapeutischen Praxis. In Abgrenzung von der klassischen psychiatrischen Exploration wird das Erstinterview begriffen als diagnostisches und therapeutisches Gespräch zwischen zwei gleichberechtigten Partnern, wobei der Interaktion dieser Partner besondere Aufmerksamkeit gilt. Die Beachtung verschiedener analytischer Konzepte wie Abwehr, Übertragung oder Gegenübertragung könnte allerdings den Schluß nahelegen, man könne zu »der« Technik von Erstgesprächen kommen, wenn nur die psychoanalytische Theorie konsequent genug angewendet wird. Wir möchten dagegen unterstreichen, daß es eine einheitliche Technik von Erstgesprächen nicht gibt und nicht geben kann, da die Gesprächsführung abhängig ist von verschiedenartigen Faktoren, z. B. der Art und Zusammensetzung des Patienten-Klientels, den besonderen Interessen und Zielen des Therapeuten oder von den unterschiedlichen Rahmenbedingungen des Erstgesprächs.

So nimmt auch in den Gesprächsansätzen amerikanischer Autoren (Group for the Advancement of Psychiatry, 1967; Wolberg, 1954) die diagnostische Klärung gegenüber der psychotherapeutischen Arbeit da einen größeren Raum ein, wo psychiatrische Erkrankungen eingreifende Maßnahmen wie z. B. Einweisungen mit sich bringen. Im übrigen wird viel Wert gelegt auf eine umfassende, gesunde wie kranke Anteile umfassende

* Aus der Abteilung für Psychotherapie der Universität Ulm (Leiter: Prof. H. Thomä). Bei der Redaktion eingegangen am 15. 7. 1980.

Persönlichkeitsdiagnostik sowie auf eine Klärung des Umfeldes der Erkrankung.

Dagegen ist bei M. Balint, der in den sechziger Jahren seine eigenen Vorstellungen entwickelte, viel von der langjährigen Kooperation und Auseinandersetzung mit praktischen Ärzten zu spüren. Bei ihm ordnet sich das Erstgespräch stärker in den weiten Rahmen des »ärztlichen Gesprächs« ein — allerdings mit der ganz speziellen Betonung einer Zwei-Personen-Psychologie. Die diagnostischen Anteile werden durch therapeutische Ansätze, die sich aus dem Gesprächsverlauf ergeben, ergänzt.

Unter dem Einfluß der Arbeiten von H. Argelander wurde eine Variante dieser Gesprächsführung weiterentwickelt, die dem Erkenntnisinteresse des Analytikers in besonderer Weise Rechnung trägt. Dem unbewußten Angebot des Patienten, das im szenisch-situativen Verstehen erschlossen wird, gilt die besondere Aufmerksamkeit. Vom Therapeuten wird dabei eine spezielle Technik verlangt, die Strukturierungen möglichst vermeidet. In günstigen Fällen kann sich das Interview in einem Raum bewegen, der ganz von der psychologischen Realität unter Vernachlässigung der äußeren Realität bestimmt wird. Auch die soziale Realität wird in diesem Fall ganz überwiegend auf ihre unbewußten Bedeutungsinhalte befragt.

Argelanders Arbeiten haben den wissenschaftlichen und didaktischen Wert verdeutlichen können, der in entsprechend geführten Erstinterviews enthalten ist. Während bei allen anderen Formen therapeutischer Begegnungen beide Partner auf zurückliegende Erfahrungen miteinander zurückgreifen, ist im Erstinterview die therapeutische Situation in statu nascendi zu beobachten. Es gibt eindrucksvolle Hinweise dafür, wie früh sich in einer therapeutischen Beziehung spezifische Übertragungs- und Gegenübertragungspänomene einstellen können (Argelander, 1970).

Wissenschaftliche Argumentation und didaktische Vermittlung stützen sich zu Recht auf besonders klare und eindrucksvolle Beispiele, sie sind allerdings zugeschnitten auf einen Patiententypus, der bereit ist, die ihm hier zuge dachte Rolle des analytischen Gesprächspartners zu übernehmen, was bekanntlich besondere Fähigkeiten und Einstellungen auf seiten des Patienten voraussetzt. Kürzlich hat Haesler (1979) versucht, mit Hilfe seiner Erfahrungen an einer psychosomatischen Ambulanz den Typ des »unergiebigem Patienten« zu beschreiben, der einer konfliktaufdeckenden, wenig strukturierenden Gesprächstechnik ablehnend gegenübersteht. Es wird empfohlen, sich bei diesen Patienten technisch mehr auf die vorbewußten Inhalte einzustellen, um zunächst einmal Kommunikationsbe-

reitschaft herzustellen. Wenn Haesler allerdings — in Ausführungszeichen — von unergiebigem Patienten spricht, dann hält auch er implizit an einem Gesprächsideal fest, das vom Erkenntnisinteresse des Analytikers geleitet ist. Seine Vorschläge zur Gesprächstechnik sind dagegen eher von anderen Aspekten bestimmt, insbesondere vom Gesichtspunkt der adäquaten Versorgung des Patienten.

Im Rahmen einer psychotherapeutischen Ambulanz, also eines fest institutionalisierten Angebots von Psychotherapie, spielt dieser Gesichtspunkt eine besondere Rolle. Nimmt man den Versorgungsauftrag des Patienten ernst, dann kann es keine »ergiebigem« oder »unergiebigem« Patienten geben, sondern nur geeignete oder ungeeignete Gesprächstechniken. Wir möchten deshalb einige technische Gesichtspunkte in den Vordergrund rücken, die sich als besonders wichtig für die Handhabung von Erstgesprächen im Rahmen einer psychotherapeutischen Ambulanz erwiesen haben, die aber u. W. in der deutschsprachigen Literatur nur unzureichend gewürdigt wurden.

Beachtung des Gesprächsauftrags

Die Erstgespräche entwickeln sich auf der Grundlage einer stillschweigenden Vereinbarung zwischen Therapeut und Patient. Während solche Vereinbarungen im Rahmen psychoanalytischer Behandlungen ausführlich betrachtet und gewürdigt wurden (Menninger und Holzman, 1958; Greenson, 1967), wurde dieser Aspekt bei Erstgesprächen eher vernachlässigt. Dabei ist nicht zu übersehen, daß ein Erstgespräch einen diagnostischen Eingriff darstellt, vergleichbar diagnostischen Eingriffen in der somatischen Medizin. In diesen Bereichen der Medizin ist der Arzt verpflichtet, im Vorhinein Auskunft über Art und mögliche Folgen eines diagnostischen oder therapeutischen Eingriffs zu geben. Diese Forderung können Psychoanalytiker aus guten Gründen in dieser Form nicht erfüllen. Aber berechtigt das dazu, den Aspekt der Einwilligung des Patienten zu Form und Inhalt des Erstgesprächs gänzlich aus den Augen zu lassen? Wir treffen in unserer Ambulanz häufig Patienten, die ohne Berührung ihrer grundlegenden Konflikte ein Symptom zu verlieren hoffen oder ein aktuelles Problem lösen möchten. Diesen Patienten wird man nicht gerecht, wenn man sie als »unaufgeklärt«, »in der Kommunikation eingeschränkt«, »von rigider Abwehrstruktur« oder als »nicht motiviert« klassifiziert. Balint mag solche Patienten im Auge gehabt haben, als er zur Gesprächstechnik im Erstinterview kritisch fragte: »Hat er — implizit — zugestimmt, wenn er um ein Interview gebeten

hat, daß er beeinflußt, bewegt, oder möglicherweise beträchtlich dadurch verändert wird? Sollte diese Frage nicht positiv beantwortet werden können, müssen wir weiterfragen: An welchem Punkt beginnt die unerbetene Verletzung der Integrität des Patienten?« (1961, S. 195).

Mit anderen Worten: Die diagnostische Klärung der Konfliktdynamik kann nur fruchtbar werden auf der Basis eines entsprechenden »Gesprächsauftrags« des Patienten, der vom Therapeuten respektiert wird. Die Nichtbeachtung dieses Auftrags kann zu abenteuerlichen Verwirrungen führen, wie Cremerius et al. (1979) in ihrer Kritik der französischen psychoanalytischen Schule dokumentiert haben.

Wie aber klärt man einen solchen Gesprächsauftrag des Patienten angesichts der Tatsache, daß er nur implizit gegeben wird und daß seine Inhalte sich im Laufe des Gesprächs ändern können? Klauber (1972) hat dazu besonders die Notwendigkeit betont, mit den gesunden Anteilen des Ichs zu arbeiten. Zwar müsse der Patient, um z. B. einer Analyse zustimmen zu können, eine gewisse Erfahrung von Analyse bekommen, aber dies ganz im Rahmen einer Konsultation. Eine erfolgreiche Konsultation gibt nach Klauber dem Patienten so viel versuchsweise Erklärung und Interpretation an die Hand, daß er einen Eindruck von den emotionalen und intellektuellen Prozessen erhält, ohne daß er unfreiwillig verführt wird. Gerade die kognitive Seite sei im Rahmen einer Konsultation wichtig. Dieses Vorgehen scheint uns auch dort sinnvoll, wo Erstgespräche nicht speziell zur Einleitung einer Analyse geführt werden. Natürlich werden die Grenzen der Mitarbeit des Patienten von Abwehr und Widerstand bestimmt. Das Konzept »Widerstand« wurde aber für Therapien mit bereits bestehendem Arbeitsbündnis entwickelt. Wird es unbedenklich auf die Interviewsituation übertragen, kann es zu Mißverständnissen und zu ungünstigen Gesprächsverläufen erheblich beitragen.

Eine 52jährige, ledige Verwaltungsangestellte wird vom Hausarzt an uns wegen häufiger Magenschmerzen überwiesen, die zusammen mit starker Unruhe und nachfolgender Erschöpfung auftreten. Die Symptomatik ist seit vielen Jahren bekannt, hat sich aber in den letzten zwei Jahren erst zu einem ernsten Leiden entwickelt. Sehr früh im Gespräch erwähnt die Patientin, daß ihre Mutter vor zwei Jahren gestorben sei und daß sie deren Tod nur schwer verkraften könne. Dann wechselt sie das Thema und berichtet von ihren häufigen Auseinandersetzungen mit einem männlichen Vorgesetzten. Dieser scheint die häufige krankheitsbedingte Abwesenheit der Patientin nicht zu tolerieren. Das schlechte Arbeitsklima sei wohl verantwortlich für ihre Beschwerden.

Im Verlauf des Gesprächs klärt der Interviewer die Beziehungen der Patientin zu ihrer Mutter und erfährt, daß sie ihr ganzes Leben mit dieser geteilt habe und deshalb gar nicht dazu gekommen sei, sich für männliche Partner zu interessieren. (Der Vater ist bereits in ihrer Pubertät verstorben.) Mit Tränen in den Augen schildert die Patientin

die Fürsorglichkeit der Mutter, die sie damals gar nicht recht geschätzt habe, so daß es sogar manchmal zum Streit gekommen sei. — Hier wechselt sie wiederum abrupt das Thema und kehrt zu ihrem verständnislosen und unfreundlichen Chef als Ursache ihrer Krankheit zurück.

Der Interviewer glaubt zu verstehen, daß die Patientin im Umgang mit Männern leicht in aggressive Spannung gerät, die vermutlich der Abwehr positiver ödipaler Gefühle dient, die zugleich aber verwendet wird, eine überfürsorgliche und einengende Mutter nach ihrem Tod in Schutz zu nehmen. Er entscheidet sich, in seiner Arbeit die Schuldgefühle in den Vordergrund zu rücken. Seine deutenden Hinweise auf Schuldgefühle, die mit den Spannungen verbunden sein müßten, werden trotz ihrer entlastenden Formulierung von der Patientin energisch zurückgewiesen: Zwar habe die Mutter sie gelegentlich kontrolliert, aber die Beschwerden hingen viel mehr mit der Situation am Arbeitsplatz zusammen. Die Patientin wird jetzt immer abweisender und beklagt sich schließlich über die »Verständnislosigkeit« des Interviewers. Dieser enthält sich jetzt weiterer Deutungen. Die Patientin beendet das Gespräch abweisend und ohne den Wunsch nach einer Fortsetzung.

Nach etwa einem Jahr meldet sie sich erneut beim gleichen Therapeuten mit unveränderten Symptomen und mit weiteren Beschwerden über ihren Chef. Jetzt kann sie von sich aus auf die Beziehung zur Mutter eingehen und erzählen, wie groß die Einschränkungen, aber auch die Gratifikation dieser Verbindung gewesen sind. Von hier aus wird eine gewisse Bearbeitung der Schuldgefühle möglich.

In diesem Fall liegt durch den erneuten Kontakt nach etwa einem Jahr eine Art Katamnese vor, die belegt, daß der Deutungsansatz des Interviewers sachlich richtig gewesen ist, daß er aber am Gesprächsauftrag der Patientin vorbeiging, die über den Tod der Mutter ausdrücklich nicht reden wollte. Immerhin blieb trotz dieses Fehlers noch so viel an positiver Beziehung übrig, daß die Patienten dann auf das Fortsetzungsangebot des Interviewers eingehen konnte, als sie in der Lage war, sich mit ihren Schuldgefühlen bezüglich des Todes der Mutter zu konfrontieren.

Natürlich könnte man hinterher vermuten, daß die Deutungen nicht der Abwehrlage der Patientin entsprochen haben und deshalb scheitern mußten. Es ist aber zu bezweifeln, ob die Abwehrstruktur der Patientin durch eine andere Deutung entscheidend hätte beeinflußt werden können. Die Beachtung des Gesprächsauftrags kann aber dazu beitragen, nicht nur die unbewußten, sondern auch die bewußten Angebote der Patienten aufzugreifen und in der therapeutischen Arbeit zu verwenden.

Ein 24-jähriger, unverheirateter Bürokaufmann kommt auf eigenen Wunsch in die Ambulanz. Er schilderte bereits schriftlich, daß sein Hauptproblem zu häufiges Onanieren sei, daß er deshalb um körperliche Schädigung und um seine Potenz besorgt sei. Im Gespräch selbst meidet er den Blickkontakt und ist an einer Entlastung seiner Ängste und Zweifel auffallend wenig interessiert. Statt dessen hält er den Interviewer durch umständliches Vor-sich-hin-Reden auf Distanz.

Zur Biographie ist zu erfahren, daß der Patient seinen Vater mit 7 Jahren verlor. Seitdem lebt er mit seiner Mutter eng zusammen, die aber in seiner Kindheit beruflich

häufig abwesend war. Er hat erst eine einzige intensive heterosexuelle Beziehung anknüpfen können, in der er seiner Schilderung nach die Beziehung zu einer strafenden, ihn unselbständig haltenden Mutter wiederholte. Als ein weiterer Mann in dieser Beziehung auftauchte, brach er sie ab.

Der Interviewer vermutet im Vordergrund einen ödipalen Konflikt, der durch Schuldgefühle dem verstorbenen Vater gegenüber sowie durch eine hochambivalente ödipale Bindung an die Mutter gekennzeichnet ist. Ambivalenz prägt auch die Einstellung des Patienten zum Interviewer. Keine dieser Überlegungen wird jedoch zu Deutungen umformuliert, da der Patient energisch betont, daß er lediglich »Aufklärung« über die Gefahren der Onanie wünscht. Der Interviewer akzeptiert statt dessen, daß der Patient seine Schwierigkeiten mit Mädchen im Augenblick so sehr als »Schwäche« empfindet, daß er sie im Gespräch verborgen halten will. Er interpretiert deshalb den Entschluß des Patienten, von sich aus die Partnerschaft zu beenden, als einen wichtigen Versuch, zu neuen und befriedigenderen Beziehungen zu gelangen, die dann das Onanieproblem überflüssig machen würden.

Mit dieser Intervention ist erstmals eine gewisse Entspannung im Verhalten des Patienten zu beobachten: Er lächelt kurz und blickt den Interviewer an. Dessen Angebot, sich wieder zu melden, sollten sich bei der Suche nach besseren Beziehungen noch einmal Schwierigkeiten ergeben, wird dankbar akzeptiert, ein weiterer Termin nicht ausgemacht.

An diesem Beispiel wird besonders deutlich, daß die Beachtung des Gesprächsauftrags eine supportive Intervention induziert, die zur Überwindung der Schamgefühle des Patienten hinsichtlich einer Niederlage beigetragen haben könnte. Eine direkte Deutung der Ambivalenz dem Interviewer gegenüber, etwa in Verbindung mit der Ambivalenz zur Mutter, hätte eine Autonomieverletzung bedeutet und wäre vom Patienten vielleicht als homosexuelle Vergewaltigung erlebt worden. Statt dessen wurde durch das Gespräch die Tür für spätere therapeutische Kontakte offengehalten.

Der situationsgerechte Einsatz diagnostischer Mittel

Nur in günstigen Fällen ist die Art und der Umfang der schließlich angebotenen Hilfe überwiegend durch den Verlauf des Erstgesprächs bestimmt. Oft bestimmen äußere Faktoren, besonders die therapeutische Auslastung des Interviews, die Art der Hilfe schon vor dem ersten gesprochenen Satz: Der Interviewer wird zwangsläufig eine Vorstellung davon haben, was er dem Patienten günstigenfalls anbieten kann. Balint vertritt die Meinung, daß der Interviewplan darauf abgestimmt sein muß, ob der Therapeut den Patienten selbst übernehmen kann oder ob er ihn warten lassen bzw. ihn an einen anderen Therapeuten überweisen muß. (Die letzte, heute leider häufige Alternative, den Patienten mit einer unverbindlichen, deshalb oft chancenlosen Therapieempfehlung zu entlassen, hat Balint gar nicht erst in Rechnung gezogen.) Diese Überle-

gungen gelten jedoch erst recht in Fällen, bei denen abzusehen ist, daß der Patient keinen Platz für eine längere Therapie erhalten wird. Wird hier »Diagnostik«, sei es interaktionelle oder anamnestische Diagnostik, ohne Berücksichtigung therapeutischer Konsequenzen vorangetrieben, so wird die Verhältnismäßigkeit der Mittel nicht beachtet. Im Bereich der Psychotherapie gilt diese Forderung noch stärker als in manchen Bereichen der somatischen Medizin, weil jede Intervention, und sei sie noch so sehr diagnostisch-klärend gemeint, eine therapeutische Komponente haben kann (Greenson, 1967). Im harmlosen Fall werden durch eine allzu umfangreiche Diagnostik Erwartungen gleich welcher Art geweckt, die später nicht erfüllt werden. Im ungünstigen Fall kann übergroßes Interesse am unbewußten Angebot des Patienten zu all jenen Schwierigkeiten führen, die wir bei voreiligen Deutungen in Analysen kennen. Die Verantwortung des Interviewers ist dabei noch größer, weil mancher technische Fehler in einer längeren Therapie wieder ausgeglichen werden kann, während der Interviewer häufig nicht einmal erfährt, was er mit seinen Interventionen angerichtet hat. Erinnerung sei an Klaubers Warnung, der Interviewer solle das infantile »Doktorspiel« (Simmel, 1926) im Erstgespräch nicht mitspielen. Seine Warnung ist um so mehr zu beherzigen, als ein erfolgreiches Doktorspiel zu überraschenden und eindrucksvollen (Schein-)Resultaten führen kann, und das in einer an spektakulären Erfolgen so armen Berufssparte.

Eine 27jährige ledige Auslandskorrespondentin kommt zu uns wegen depressiver Verstimmungen und einer sehr bunten Körpersymptomatik. Das Gespräch mit der recht unattraktiv gekleideten Patientin ist zunächst bestimmt von einer sehr weitschweifigen Schilderung der Symptomatik, die sie, wie ihren ganzen schlechten seelischen Zustand, vor anderen verbergen möchte, zugleich aber ständig demonstriert. Außerdem erzählt die Patientin in wegwerfender Art von ihrer unbefriedigenden, von verschiedenen gescheiterten Partnerbeziehungen gekennzeichneten Vergangenheit. Mit dieser Form der Schilderung macht sie den Interviewer zunehmend hilflos und ärgerlich — bis sie selbst plötzlich die Angst formuliert, der Interviewer könne denken, sie sei an Hilfe nicht interessiert. Es läßt sich dann im Gespräch klären, daß die Patientin den Interviewer unbewußt vor den Kopf stößt, um sich selbst vor allzugroßen Erwartungen zu schützen — so wie sie das seit ihrer Kindheit gemacht hat. Mit dieser Erkenntnis wird die Patientin wesentlich zugänglicher und berichtet in großer Eindringlichkeit über die verfahrene häusliche Situation, die durch das Zusammenleben mit sehr schwierigen Eltern gekennzeichnet ist. Dem Interviewer gelingt es, ein sehr umfassendes Bild über die abgewehrten Anlehnungswünsche der Patientin sowie über archaische aggressive Impulse zu gewinnen. Da er selbst die Patientin nicht in Therapie nehmen kann, vermittelt er sie an einen anderen, durchaus erfahrenen Therapeuten. Zu seinem Erstaunen hört er wenig später von der Patientin, sie sei dort nicht recht »angekommen«, eine Therapie sei abgelehnt worden, und sie wisse jetzt nicht weiter.

In diesem Beispiel wird deutlich, wie sich der Interviewer durch eine gelungene Interaktionsdeutung verführen ließ, die »Diagnostik« tiefer

unbewußter Schichten weiterzutreiben, wie er damit bei einer ichschwachen, früh übertragungsbereiten Patientin Anlehnungswünsche verstärkte, die er dann nicht mehr erfüllen konnte. Das Gespräch beim zweiten Therapeuten wurde prompt so konstellierte, daß es scheiterte, weil die Patientin dem unbewußten Wunsch folgte, zum ersten Therapeuten zurückzukehren. Hier wäre »weniger« und zurückhaltendere Diagnostik sicherlich »mehr« gewesen.

Die Fokussierung der Konsultation

Wenn man sich im Erstgespräch den Grundsatz zu eigen macht, daß Diagnostik ohne entsprechenden therapeutischen Ansatz für den Patienten eine Belastung darstellt, wird jedes Gespräch explizit oder implizit ein Stück Therapie enthalten.* Wir finden Klaubers Begriff der »Konsultation« für diesen Aspekt des Erstgesprächs besonders günstig, da er sich seinerseits von der bloßen Diagnostik und zugleich von Therapien oder Beratungen abhebt, die eine ausdrückliche Abmachung voraussetzen. Der Fokus einer Konsultation im Erstgespräch muß allerdings inhaltlich weiter gefaßt werden als ein Fokus innerhalb einer Therapie. Dort bezeichnet er einen abgrenzbaren neurotischen Konflikt, der nicht notwendig dem Kernkonflikt der Persönlichkeit entspricht, sondern eher ein Derivat des Kernkonflikts darstellt. Im Rahmen einer Konsultation kann der Fokus dagegen sehr verschiedene Formen haben. Er ist nicht zu lösen vom Gesprächsauftrag des Patienten — denn sonst reden Arzt und Patient aneinander vorbei. Er bezeichnet aber auch nicht genau, was der Patient mit seinem Gesprächsauftrag meint — denn dann erfährt er nicht mehr als das, was er schon weiß. Die Einigung auf einen Fokus ist deshalb ein schwieriger, vom Scheitern bedrohter Prozeß, wobei die Schwierigkeiten häufig in der Ungeduld des Therapeuten liegen, der auf den »eigentlichen« Konflikt zu sprechen kommen möchte, ohne die Abwehrstruktur des Patienten zu berücksichtigen. Nach unseren Erfahrungen ist es sinnvoll, verschiedene Arbeitsbereiche der Konsultation voneinander abzugrenzen, die wir als Vorfeld, Hauptfeld oder als Umfeld der Konsultation bezeichnet haben.

Die Konsultation im *Vorfeld* klärt in oft mühsamer Weise das Krankheitsverständnis, die Motivation zur und die Erwartungen an eine bestimmte Behandlung. Klaubers Ausführungen machen deutlich, daß er

* Aus diesem Grunde fanden wir auch, daß die geläufige Bezeichnung »Erstinterview« den Gegebenheiten nicht gerecht wird, weil sie zu stark die »Befragung«, also die diagnostischen Aspekte in den Vordergrund rückt.

bei Patienten, die er selbst in Therapie nimmt, sich möglichst auf solche Vorfeldarbeit beschränkt: Die inhaltliche Bearbeitung der Probleme kann ruhig der späteren Therapie vorbehalten bleiben. Weniger entspannt verläuft die Vorfeldarbeit gewöhnlich dort, wo die Vorstellungen des Patienten über eine Therapie von denen des Interviewers abweichen. Erfolgreich ist Konsultation dann, wenn Arzt und Patient sich auf das weitere Vorgehen einigen können — unabhängig davon, ob dieses Vorgehen nun in Psychotherapie im engeren Sinne besteht oder nicht.

Eine 42jährige, zum zweitenmal verheiratete Zeichnerin leidet unter Platzangst und verschiedenen funktionellen Beschwerden. Im Gespräch wird deutlich, daß die Patientin stark mit ihrem neuen Partner rivalisiert, diese Spannungen aber auf die Töchter ihres zweiten Mannes verschiebt. Alle Hinweise auf die Probleme dieser neuen Beziehung werden von der Patientin mit deutlicher Angst aufgenommen und durch rasche Rationalisierung wieder abgeschoben. Dabei ist zu vermuten, daß die Patientin, eine zu raschen und unüberlegten Handlungen neigende Persönlichkeit, Angst vor dem Scheitern dieser zweiten Ehe hat, daß ihr aber schon das Eingeständnis dieser Angst wie ein endgültiges Scheitern vorkommt. Der Interviewer vermutet dahinter ein Problem der Patientin, mit Ambivalenzen in Beziehungen zurechtzukommen. Der nicht ausgesprochene Fokus der Konsultation bestand in der Verfolgung der Frage, ob das Benennen und Bewußtmachen der Partnerproblematik für die Patientin hilfreich sein könnte. Die Patientin verneinte dies — von ihrer wenig gefestigten psychischen Struktur her und in Anbetracht der sozialen Situation kurz nach einer zweiten Eheschließung vielleicht zu Recht. Am Schluß des Gesprächs stand deshalb der Entschluß der Patientin fest, ihre Ängste medikamentös behandeln zu lassen. Arzt und Patientin beendeten das Treffen mit dem Gefühl, ein nützliches Gespräch geführt zu haben.

Konsultation im *Hauptfeld* nähert sich in wesentlichen Zügen der Arbeit in einer umschriebenen Therapie: Arzt und Patient einigen sich auf die Bearbeitung eines abgegrenzten neurotischen Konflikts. Sehr häufig stellt dieser Konflikt den Auslöser dar, der bei schon bestehendem Konflikt den Ausschlag für den aktuellen Wunsch nach einem Gespräch gab. Man kann das Scheitern der therapeutischen Bemühungen im ersten unserer Beispiele auch so beschreiben, daß der auslösende Faktor für den Gesprächswunsch in der Spannung am Arbeitsplatz zu suchen war und daß der Arzt und Patient sich nicht auf einen Fokus der Konsultation einigen konnten. Es muß dabei geprüft werden, ob das Schwergewicht mehr auf eine den unbewußten Konflikt aufdeckende Bearbeitung gelegt werden kann oder ob eine Maßnahme zur Stützung des Ichs bei der Bewältigung des Konflikts angezeigt ist. Beide Vorgehensweisen stellen u. E. Konsultationen im Hauptfeld dar.

In einzelnen Fällen muß sich Konsultation überwiegend auf das *Umfeld* des Konflikts beziehen. Dies ist notwendig dort, wo äußere Faktoren den Konflikt so verschärfen, daß eine Bearbeitung des intrapsychischen Anteils zum gegenwärtigen Zeitpunkt fehl am Platz ist.

Eine 38jährige Spanierin ist mit einem Deutschen verheiratet, der sie in zunehmendem Maße mit abstrusen Eifersuchtsvorstellungen drangsaliert. Die Patientin hat erhebliche Angst vor Mißhandlungen, da der Ehemann drohte, sie umzubringen, wenn sie sich jemals von ihm trennen wollte. Eine Rückkehr nach Spanien schien der Patientin aussichtslos, da sie fürchtete, sich nach deutschem Recht strafbar zu machen. Die Konsultation bestand hier in einer Aufklärung der Patientin über die Natur des Eifersuchtswahns bei ihrem Ehemann sowie in dem Ratschlag, sich zur Klärung der Rechtslage an einen Rechtsanwalt zu wenden, da nach deutschem Recht Trennungen nicht strafbar seien.

Dem Interviewer war bei dieser Konsultation durchaus bewußt, daß auf seiten der Ehefrau *auch* ein Beziehungsproblem existieren müßte, das voraussichtlich sadomasochistische Elemente enthalten würde. Es erschien aber vordringlich, durch ein umfeldorientiertes Vorgehen eine Entlastung des äußeren Konfliktdrucks zu ermöglichen, zumal unter solchen Bedingungen eigene Beziehungsprobleme kaum wahrgenommen werden können. In anderen Fällen ist das Hinzuziehen des Konfliktpartners sinnvoll — weniger aus Gründen einer Interaktionsdiagnostik des Ehepaars als vielmehr deshalb, durch eine reale Konflikentlastung Voraussetzungen für die Arbeit am intrapsychischen Konflikt zu schaffen.

Nach unseren Erfahrungen erscheinen speziell solche Erstgespräche erfolgreich, in denen Arzt und Patient sich ausdrücklich oder stillschweigend auf einen gemeinsamen Fokus einigen konnten, wobei es unerheblich blieb, ob dieser Fokus nun im Vorfeld, im Hauptfeld oder im Umfeld angesiedelt war.

Probleme des Abschlusses

Konsultationsarbeit im Erstgespräch muß abgestimmt sein auf den voraussichtlichen Abschluß der Kontakte, also auf die Einigung über das weitere Vorgehen. Insoweit gelten alle Warnungen vor einer ungebremsten Diagnostik auch für die Konsultation.

Der Gesprächsabschluß enthält dabei mehr als nur die Alternativfrage, ob der Patient Psychotherapie »erhält« oder nicht. Je nach Behandlungsauftrag und Gesprächsverlauf ergeben sich auch dann verschiedene Lösungsmöglichkeiten, wenn keine Psychotherapie im engeren Sinne angestrebt wird. So haben wir von der Möglichkeit zu ausführlicher, unter Umständen mehrere Stunden umfassender Konsultation verstärkt Gebrauch gemacht mit dem Ziel, die Lösung eines enger gefaßten Problemkreises zu erreichen. Hier ergeben sich fließende Übergänge zu Beratungsgesprächen, wie sie analytische Autoren vorgestellt haben (Junker, 1973; Lüders, 1974; Houben, 1975). In manchen Fällen verhilft die Ab-

sprache, sich nach einer längeren Frist erneut zu einem Gespräch zu treffen, dem Patienten dazu, sich im Vertrauen auf eine konstante Objektbeziehung stärker auf seine autonomen Fähigkeiten zu besinnen. Mancher im Gespräch erarbeitete Ansatz, das soziale Umfeld zu ändern, führt zu einer Entschärfung der Konfliktodynamik des Patienten.

Angesichts dieser Erfahrungen sind wir vorsichtiger mit der Annahme geworden, daß Patienten mit psychoneurotischen Symptomen auf jeden Fall eine umfassende Therapie brauchen. Offenbar verwenden Patienten zuweilen ihre Symptome beim Psychotherapeuten so, wie andere Patienten somatische Beschwerden beim Hausarzt verwenden: Sie begründen einen Hilfsappell wegen eines akuten, mit der Symptomatik nur mittelbar zusammenhängenden Problems. Wird dieses Problem erfolgreich angegangen, ist eine Besserung der Symptomatik für den Patienten gar nicht mehr so dringlich.*

In manchen Fällen wird der Interviewer erst durch die überraschende Ablehnung eines Therapieangebots auf diese Problematik aufmerksam.

Angesichts der Trennung von ihrem Freund gerät eine 25jährige Lehrerin unmittelbar nach Abschluß der Referendarzeit in eine akute Krise. Sie fühlt sich unfähig, sich auf den Unterricht vorzubereiten; stundenlang sitzt sie wie gelähmt, aber voller Unruhe und Angst an ihrem Schreibtisch.

Im ersten Gespräch zeigt sich die Patientin stark interessiert, eine langfristige Therapie zu beginnen. Im Rahmen der Konsultation ihrer akuten Krisensituation versteht sie dann, daß sie aus Furcht vor einer Zurückweisung nicht wagt, Erfolge oder befriedigende Partnerschaften zu genießen oder festzuhalten.

Als der Therapeut nach Abklingen der akuten Ängste und Arbeitsstörungen eine Vereinbarung für eine langfristige Therapie treffen will, lehnt die Patientin ab. Sie halte sich für fähig, allein zurechtzukommen, aber sie möchte vom Therapeuten die Versicherung mitnehmen, zurückkommen zu können, wenn sie doch Hilfe brauchen sollte.

Die Biographie der Patientin läßt vermuten, daß die Symptomatik Ausdruck eines Autonomiekonflikts ist. Die Mutter reagierte auf sämtliche Selbständigkeitsbestrebungen der Patientin mit gekränktem Rückzug und zwang die Tochter so zu verstärkter Ablehnung. Die Ablehnung einer langfristigen Therapie zum jetzigen Zeitpunkt mußte vom

* Mit dieser Ansicht unterscheiden wir uns von den Überlegungen anderer Autoren. G. und R. Blanck (1974) gehen davon aus, daß es im wesentlichen dem Wissen des Therapeuten überlassen bleiben muß, den Umfang therapeutischer Hilfe für einen Patienten festzulegen. Fehlende Motivation für langfristige Therapie könne als Ausdruck eines frühen Widerstands gegen therapeutische Maßnahmen aufgefaßt und im Prinzip wie ein Widerstand behandelt werden. Wir glauben, daß diese unterschiedlichen Auffassungen auch unter dem Gesichtspunkt der divergierenden sozioökonomischen Verhältnisse betrachtet werden müssen, in denen therapeutische Arbeit betrieben wird (vgl. auch die Protokolle der DPV-Tagung in Berlin, 1978).

Therapeuten deshalb durchaus als positiver Schritt im Sinne verstärkter Autonomiebestrebungen gewertet und akzeptiert werden, obwohl weder die Partnerproblematik noch die Arbeitsstörungen der Patientin als Symptome bereits endgültig gelöst erschienen.

Schlußbemerkungen

Zu Beginn sagten wir, daß eine adäquate Versorgung der Patienten im Erstgespräch eine variable Technik der Gesprächsführung verlangt. Mißerfolge hängen häufig damit zusammen, daß der Gesprächsauftrag des Patienten nicht genügend beachtet wurde, daß kein gemeinsamer Fokus für die Konsultation gefunden wurde oder daß der Fokus zu sehr vom Symptom abgeleitet wurde und die aktuelle Konfliktsituation nicht genügend berücksichtigte.

Wenn in wissenschaftlichen Veröffentlichungen oder in Seminaren Erstgespräche vorgestellt und diskutiert werden, steht gewöhnlich die Interaktion zwischen den Gesprächspartnern und deren Bedeutung für die Psychodynamik im Vordergrund der Aufmerksamkeit. Vernachlässigt wird dabei zuweilen die Reflexion über die vorgegebenen Ziele der Gesprächsführung im Hinblick auf Diagnostik, Konsultation und Abschluß, obwohl diese Gesprächsziele gewollt oder ungewollt in die Interaktion eingehen. Wir haben bisher noch wenig systematisiertes Wissen darüber, welche äußeren und inneren Bedingungen ausschlaggebend sind für den Umfang diagnostischer Bemühungen, für Art und Ausmaß der Konsultation oder für die Form des Gesprächsabschlusses. Wenn manche Patienten selbst bei ungünstiger Versorgungslage sehr rasch einen Therapieplatz finden, andere dagegen für lange Wartezeiten prädestiniert erscheinen (Göllner, 1977), muß es Unterschiede im Gesprächsablauf geben, die aus äußeren Daten allein oder aus Überlegungen zur Psychodynamik nicht ohne weiteres abzulesen sind. Die vom Patienten unabhängigen Vorentscheidungen, Einstellungen und Möglichkeiten des Therapeuten und seine speziellen Arbeitsbedingungen dürften hier eine wesentliche Rolle spielen (Blaser, 1977). Vielleicht tragen die hier gemachten Anmerkungen dazu bei, den Aspekt der Planung und der Fokussierung therapeutischen Vorgehens auch im Erstgespräch wieder mehr in den Vordergrund der Betrachtung zu rücken.

(Anschrift der Verff.: Dr. Roderich Hohage, Dipl.-Psych. Lisbeth Klöß, Prof. Dr. Horst Kächele, Am Hochsträß 8, 7900 Ulm)

556 Roderich Hohage, Lisbeth Klöß und Horst Kächele

Summary

The diagnostic-therapeutic function of initial interviews in a psychotherapy clinic. — Given the health care task of a psychotherapy clinic, there are no productive or unproductive patients, only effective and ineffective initial interview techniques. The authors discuss a number of technical viewpoints which are significant for diagnosis, consultation, and conclusion of the initial interview. Special consideration is given to the mission of the interview, the utilization of diagnostic means appropriate to the situation, and the proper focusing of the consultation.

BIBLIOGRAPHIE

- Argelander, H. (1970): Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt (Wiss. Buchges.).
- Balint, M. und E. Balint (1961): Psychotherapeutic Techniques in Medicine. London (Tavistock Public.).
- Blanck, G. und R. Blanck (1974): Angewandte Ich-Psychologie. Stuttgart (Klett-Cotta) 1978.
- Blaser, A. (1977): Der Urteilsprozeß bei Indikationsstellung zur Psychotherapie. Bern (Huber).
- Cremerius, J., S. O. Hoffmann, W. Hoffmeister und W. Trimborn (1979): Die manipulierten Objekte. Ein kritischer Beitrag zur Untersuchungsmethode der französischen Schule der Psychosomatik. *Psyche*, 33, 801—828.
- Gill, M., R. Newman und F. Redlich (1954): The Initial Interview in Psychiatric Practice. New York (IUP).
- Göllner, R. (1977): Ambulante und stationäre Psychotherapie: Ein Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgung. *Psychother. med. Psychol.*, 27, 165—176.
- Greenson, R. (1967): Technik und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart (Klett) 1973.
- Group for the Advancement of Psychiatry (1967): Reports in Psychotherapy. Initial Interviews. In: *Clinical Psychiatry*, 1—22. New York (Science House).
- Haesler, L. (1979): Zur Technik des Interviews bei »unergiebigem« Patienten. *Psyche*, 33, 157—182.
- Houben, A. (1975): Klinisch-psychologische Beratung. München (Reinhardt).
- Junker, H. (1973): Das Beratungsgespräch. München (Kosch).
- Klauber, J. (1972): Psychoanalytic Consultation. In: P. L. Giovacchini (Hg.): Tactics and Techniques in Psychotherapy. London (Hogarth).
- Lüders, W. (1974): Psychotherapeutische Beratung. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Menninger, K. und P. S. Holzman (1958): Theory of Psychoanalytic Technique. New York (Basic Books).
- Simmel, E. (1926): The Doctor Game: Illness and the Profession of Medicine. *Int. J. Psychoanal.*, 7, 470—483.
- Wolberg, L. R. (1954): The Technique of Psychotherapy. New York (Grune & Stratton).