

1. Bedeutung der Anamnesenerhebung für Diagnose und Indikation – eine Übersicht

Anamnese ist vom griechischen "anamnesis" hergeleitet, was Erinnerung, Wiedererinnerung bedeutet. In der Platonischen Philosophie ein Grundbegriff, bezeichnet Anamnesis die "Wiedererinnerung der Seele an ... geschaute Wahrheiten" (dtv-Lexikon, 1997). Nach Platon ist alles Erkennen und Lernen eine Wiedererinnerung. Im bekannten Höhlengleichnis beschreibt er, dass die Menschen in Höhlen geketteten Wesen gleichen, die von der wirklichen Welt nichts sehen können. Sie halten Schatten von künstlichen Gegenständen, die eine künstliche Lichtquelle an die Höhlenwand wirft, für die Wirklichkeit. Die Anamnesis gleicht nun dem Vorgang, dass einer dieser Unglücklichen ans Tageslicht geführt wird und dort die natürlichen Gegenstände und die Sonne sieht, wie sie wirklich sind. Dieser Weg der Rückerinnerung ist in Platons Verständnis nur im Dialog möglich¹ (Kunzmann et al. 1991, Platon, 1986).

Die Anamnese in der Organmedizin

In der Medizin hat der Begriff Anamnese eine einschränkende Bedeutungsver-schiebung erfahren, in dem die Vorgeschichte einer Krankheit, nach Angaben des Patienten, als Anamnese bezeichnet wird (Duden Fremdwörterbuch 1990). Immer wenn ein Patient einen Arzt aufsucht, wird der Mediziner versuchen, eine möglichst sorgfältige Anamnese zu erheben, um diese mit anderen Befunden zusammenzubringen und daraus Diagnose, Indikation und gegebenenfalls die Prognose abzuleiten. Die medizinische Ausbildung besteht zu einem wesentlichen Teil darin, den Arzt zu befähigen, aus Beschwerden, Symptomen und körperlichen Befunden (einschließlich der durch Laboruntersuchungen und bildgebende Verfahren gewonnenen Erkenntnisse) ein zusammenhängendes Bild zu formen, um so eine Diagnose vornehmen zu können. Die Erkrankung muß nicht nur erkannt, sondern auch nach ihrem Schweregrad und ihrem Stadium beurteilt werden, weil sich daraus die Entscheidungen für das Behandlungsverfahren, die Indikation und die Heilungsaussichten, die Prognose ableiten lassen. In der Ausbildung wird der zukünftige Arzt an-

¹ Der Antrieb, der den Menschen immer wieder in die Region des wahren Seins, also aus der Höhle heraus, führt, nennt Platon "Eros".

gehalten, seine Gefühle quasi auszuschalten und wie ein unbestechliches Instrument Beschwerdebilder seinem Wissen zuzuordnen. So soll ein zuverlässiges Bild vom Allgemeinzustand des Patienten gewonnen und die Untersuchung mit einem Minimum an Peinlichkeit und Schmerz für den Patienten durchgeführt werden. (vgl. Balint, 1962, S. 206)

Ziel einer ärztlichen Konsultation diesen Typs (in der Organmedizin, Anmerkung d. Verfasserin) ist es, ein möglichst vollständiges Bild des organischen Zustandes des Patienten und dessen Störungen zu erhalten. Die Fragen des Arztes richten sich vor allem auf die Beschwerden, die Vorgeschichte des Leidens, Behandlungen, Teile der Familien- und Sozialgeschichte, sofern sie für die Symptomentstehung relevant sind. Da meist nur wenig Zeit vorhanden ist, sind kurze präzise, "wahre" Antworten der Patienten, die sich auf die sachliche Rekonstruktion von Tatbeständen beziehen, besonders erwünscht. (Wilke 1992, S. 16).

Dahingegen ist das Bestreben in Erstgesprächen mit Patienten, die an psychischen Beeinträchtigungen jeglicher Art leiden, neben der Erhebung des Befundes, sie anzuregen, sich mit innerpsychischen Wahrheiten, die auf unterschiedlichen Wegen vom Bewußtsein ferngehalten werden oder, die der Verdrängung anheim gefallen sind, auseinanderzusetzen bzw. "einen Verständnisprozeß in Gang zu setzen" (Argelander, 1976).

Psychiatrische Anamnesen

In der Psychiatrie ist das Erstinterview das wichtigste diagnostische Instrument². Aus der medizinischen Tradition erwachsen, war das psychiatrische Erstinterview lange Jahre auch daran orientiert, so dass es üblich war, zuerst die Krankengeschichte und dann den psychischen Befund zu erheben. Diese beiden Aspekte sind jedoch nicht wirklich zu trennen, da der Patient bei der Darstellung seiner (Kranken-) Geschichte auch immer seine Pathologie enthüllt. Besonders durch den Einfluß der Psychoanalyse wuchs die Erkenntnis in welchem großem Ausmaß die Arzt-Patient-Beziehung in der Interviewsituation die Darbietung des Patienten prägt. Der Akzent

² Psychologische Tests werden zur Ergänzung der psychiatrischen Exploration durchgeführt, jedoch nicht im Regelfall. Zu unterscheiden sind Leistungs- und Persönlichkeitstests. Zu den Vor- und Nachteilen sei hier nur bemerkt, dass testpsychologische Untersuchungen den klinischen Befund nie ersetzen wohl aber ergänzen können. Körperliche Untersuchungen dienen der Abklärung neurologischer und internistischer Erkrankungen. Bildgebende Verfahren werden zur Diagnose hirnerkranklicher Veränderungen nach der Erhebung des psychopathologischen Befunds durchgeführt.

verschob sich vom Faktensammeln und Einordnen in bestimmte Kategorien hin zu einem umfassenden Verständnis und der diagnostischen Bewertung der entstehenden zwischenmenschlichen Besonderheiten. Mit dem anwachsenden Wissen über Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene verlor die rigide Befragung des Patienten an Berechtigung. Der therapeutische Aspekt, - einen "Verständnisprozeß" in Gang zu bringen (Argelander, 1976, S. 695) - sowie die emotionale Erfahrung für beide Beteiligten des ersten Gesprächs zwischen Patient und Psychiater, gewann an Bedeutung (vgl. Gill et al. 1954).

Auch heute noch, obwohl der Einfluß der Psychoanalyse auf die Psychiatrie zurückgegangen ist, wird am unsystematischen Erstgespräch trotz des vermeintlich größeren Aufwands festgehalten, da die so gewonnenen zusätzlichen Einblicke diesen Mehraufwand deutlich aufwiegen, (vgl. Tölle, 1985, S. 26) obwohl die Beziehung zum Patient weniger zentral gesehen wird. Vielmehr erfolgt eine Konzentration auf die psychopathologische oder ätiologische Datenerhebung mit der Zielrichtung einer nosologischen oder klassifikatorischen Diagnosestellung (vgl. Osten, 1995).

Gill et al. (1954, S. 23) vermuten unbewusste Motive, die dazu beitragen, dass die ursprüngliche psychiatrische Exploration, die durch eine rigide und, wie die Autoren meinen, grausame Befragung des Patienten gekennzeichnet war, so lange unbeeinflusst durchgeführt wurde. Zum einen wurde die Technik zumeist an sozial schwachen Patienten erlernt und zum anderen mußten sich die Psychiater gegen die bedrohlichen Anteile im Kontakt mit den Kranken schützen. Diese unbewußten Gründe spielen vermutlich auch heute eine Rolle für die wieder zunehmende strukturierte Befragungstendenz in der Psychiatrie.

Fähndrich, der einen Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befunds vorlegte (Fähndrich & Stieglitz, 1997), beschreibt die gegenwärtige Interviewpraxis in der Psychiatrie als wenig strukturiert. Es handle sich um eine von inneren Hypothesen geleitete Exploration, bei der alle wesentlichen Beurteilungskategorien, z.B. des AMDP Systems (AMDP, 1997), abgehandelt sein müssen, mit der Zielvorstellung nach 45 Minuten eine Diagnose oder zumindest eine diesbezügliche Hypothese erarbeitet zu haben. Nach einer kurzen "Warming-up-Phase" solle dem Patienten fünf bis zehn Minuten Zeit gegeben werden, so zu sprechen wie er wolle (vgl. auch Sullivan, 1953). Der Fokus im gesamten Interview ruhe auf der Symptomatologie, wie sie sich im affektiven Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehen darstelle. Mit der klinischen Erfahrung nehme das Gewicht der erlebten Kontaktaufnahme mit

dem Patienten in der Befunderstellung zu. Der Bericht über das Erstinterview müsse in Umgangssprache abgefaßt sein, so dass ein anderer andere Schlüsse aus den erhobenen Daten ziehen könne. Erst die Beurteilung des Befundes und die Diskussion der Differentialdiagnose solle in Fachterminologie abgefaßt werden. (E. Fähndrich, persönliche Mitteilung am 30. Juni 2000).

Die Bedeutung der Psychoanalyse für die Erstinterviewtechnik

In den Anfängen der Psychoanalyse entwickelte Freud keine eigene Technik zur Erstuntersuchung, weil er annahm, dass im Erstgespräch der Keim für die Übertragungsentwicklung lag. Er empfahl eine 20-stündige Probebehandlung, um die Eignung des Patienten festzustellen. Die Erhebung der Lebensgeschichte sollte in der ersten Behandlungsphase erfolgen (Freud 1909).

Zur Erhebung der Krankengeschichte schreibt Freud 1905 in "Bruchstück einer Hysterie-Analyse" das Folgende, das m.E. nicht nur für hysterische Patienten zutrifft:

Ich beginne dann zwar die Behandlung mit der Aufforderung, mir die ganze Lebens- und Krankheitsgeschichte zu erzählen, aber was ich darauf zu hören bekomme, ist zur Orientierung noch immer nicht genügend. In Wirklichkeit sind die Kranken unfähig, derartige Berichte über sich zu geben. Die Unfähigkeit der Kranken zur geordneten Darstellung ihrer Lebensgeschichte, soweit sie mit der Krankheitsgeschichte zusammenfällt, ist nicht nur charakteristisch für die Neurose, sie entbehrt auch nicht einer großen theoretischen Bedeutsamkeit (Freud, 1905, S. 95).

Hier deutet Freud bereits an, wie sich die psychische Erkrankung im Gespräch darstellt. Freud nahm schwerkranke Patienten in Behandlung, einzig körperliche Erkrankungen und Psychosen wurden in den Erstgesprächen ausgeschlossen. In der Berliner Poliklinik der 20er Jahre sahen sich die Psychoanalytiker einer stetig steigenden Nachfrage gegenüber, so dass Auswahlprozesse zur Feststellung der Eignung des Patienten für ein psychoanalytisches Verfahren dringlicher wurden. "Das Mißverhältnis zwischen Zahl der Konsultationen und der möglichen Analysen machte eine unangenehme Siebarbeit notwendig" (Fenichel, 1930, S. 13). In der Tradition Freuds wurde eine 30-stündige Probebehandlung durchgeführt. Thomä und Kächele (1989) beschreiben, dass hiervon letztendlich Abstand genommen wurde, da eine Ablehnung des Patienten am Ende einer solchen Probebehandlung zu starke Kränkungen und Erschütterungen auslösen könne. Daraufhin verlagerte sich die Frage von Diagnose, Indikation und Prognose auf das Erstinterview.

In den USA war der Einfluß der psychoanalytischen Haltung auf die psychiatrische Exploration sicher auch durch die Vielzahl der jüdischen Psychoanalytiker, die aufgrund der nationalsozialistischen Verfolgung in die USA ausgewandert waren, besonders groß. Hierzu nennt Dührssen Franz Alexander, Sandor Rado, Karen Horney und Michael Balint, der nach London ging (Dührssen, 1981, S. 9). Aber auch die amerikanischen Psychiater Brill, Putnam und andere, die am Burghölzli ausgebildet wurden, trugen zur Verbreitung der erlernten psychoanalytischen Untersuchungstechnik bei (Buchheim et al., 1994, S. 114). Schon in den 30er Jahren können Gill et al. (1954) retrospektiv psychodynamische Einflüsse auf das psychiatrische Interview ausmachen. Mit "The Initial Interview" unternahmen Gill, Newman und Redlich 1954 den ersten systematischen Versuch aufgezeichnete (auf Schallplatten) und transkribierte Erstinterviews in Verbindung mit deren Kommentierung für didaktische und wissenschaftliche Zwecke herauszugeben. Ein praktischer Leitfaden, der das Beziehungsgeschehen zwischen Interviewer und Patient im Mittelpunkt sieht, wird dem vorausgeschickt und als Bezugsgröße verwendet.

Kernbergs strukturelles Interview (Kernberg 1981) wird von Thomä & Kächele als Beispiel für die "zweite Generation" der psychiatrischen Erstgespräche beschrieben. Deutlich der psychiatrischen Nomenklatur verbunden ist dieser Ansatz doch psychoanalytischer Prägung. Es wird mit einer stärkeren Strukturierung der Gesprächssituation zugunsten einer besseren differentialdiagnostischen Abklärung vorliebgenommen. Mertens bewertet Kernbergs Beitrag als "eine raffinierte Mischung aus objektivierender Befragung und interaktionellem Interviewkonzept" (Mertens 1992, S. 237). Laut Buchheim et al. (1987) ist Kernbergs strukturelles Interview ein Ansatz, der die häufig polarisierend diskutierten Vorgehensweisen der psychopathologischen Exploration und der psychodynamischen Erstinterviewtechnik integriert.

In London boten Psychoanalytiker der Tavistock-Klinik seit 1949 Medizinern aus anderen Fachrichtungen Kurse zum Thema "Seelische Probleme in der Praxis des Arztes" an (Balint, 1962, S. 7). Daraus erwuchs eine vielschichtige Forschungsarbeit, die sich auch mit einer systematisierten Darstellung der psychoanalytischen Technik des Erstinterviews befasste. Diese wurde von Balint & Balint 1961 vorgestellt, 1962 in Deutschland im Band "Psychotherapeutische Techniken in der Medizin". Ausgehend von der Objektbeziehungstheorie wird hier die aktuell sich entwickelnde Beziehung zwischen Arzt und Patient aus der Perspektive des Übertragungsgeschehens gesehen.

In Deutschland wurde das von Balint stark beeinflusste Tavistock-Schema (Balint et al., 1973, S. 26f.) von Mitscherlich in den späten 50er Jahren in der psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg eingeführt (Thomä & Kächele, 1989). Es betont das Übertragungs- Gegenübertragungsgeschehen.

Sehr verdichtet könnte man sagen, daß die psychoanalytische Einstellung und das psychoanalytische Denken in die psychodynamischen Interviewtechniken eingingen und diese wiederum die psychoanalytische Praxis beeinflussten. Im Rahmen dieser wechselseitigen Beeinflussungen gibt es bestimmte Knotenpunkte, die die Hauptaufgaben des Erstinterviews kennzeichnen. (Thomä & Kächele, 1989, S. 179).

Diese Knotenpunkte sind nach Thomä & Kächele die biographische Anamnese mit der auslösenden Situation im Sinne einer Versuchungs- und Versagungssituation, der relevanten Kindheitsgeschichte, sowie die Persönlichkeits- und Strukturdiagnostik.

Nach Buchheim et al. (1994) hat sich in den letzten Jahrzehnten eine "dritte Generation" von formalisierten Interviewmethoden entwickelt, bei denen narratives Material nach zentralen Beziehungsmustern untersucht wird. "Die Beziehungswelt eines Individuums wird in einer Art überdauerndem lebensgeschichtlichem <Motto>, <Chiffre> oder auch <Schema> abgebildet." (ebd. S. 121). Als Beispiel formalisierter psychodynamischer Diagnostik wird bei Buchheim et al. die ZBKT-(Zentrale Beziehungskonflikt-Thema)-Methode von Luborsky (1990) dargestellt und diskutiert.

Psychoanalytische Anamnesen

Psychoanalytische Anamnesen unterscheiden sich von medizinischen Anamnesen in vielerlei Hinsicht. Der ursprünglichen Bedeutung bei Platon, im Dialog durch eine Rückbesinnung zur Erkenntnis zu gelangen, kommt der Begriff der Anamnese in der Psychotherapie und Psychoanalyse wieder näher. Während die medizinische Anamnese auf objektivierbare Fakten zielt, hängt die psychoanalytische Anamneseerhebung in einem erheblichen Maß von der sich entwickelnden Beziehung zwischen Patient und Interviewer ab.

Zum besseren Verständnis sei an den zentralen Behandlungsfokus in den psychoanalytischen Verfahren, das Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehen erinnert. Unter Übertragung wird die "Rekonstellation der infantilen Beziehungspathologie" verstanden (vgl. Schumacher, 1994, S. 68). Es geht also nicht um eine kognitiv-rationale Auseinandersetzung mit Kindheitserinnerungen, sondern um die Beschäftigung mit verbliebenen kindlichen auf aktuelle Beziehungspartner übertragene Beziehungsmustern (vgl. Bach, 1993, S. 139).

Soll in einem Gespräch die emotionale Befindlichkeit untersucht werden, kann dies nur im Rahmen des sich Aufeinanderbeziehens geschehen. Thomä und Kächele (1989) weisen darauf hin, dass sich erst spät eine eigene psychoanalytische Interviewtechnik entwickelt hat, da im Erstgespräch das psychoanalytische Handwerkszeug nur sehr eingeschränkt anzuwenden sei. Dahingegen habe sich der psychoanalytische Einfluß auf die psychiatrische Interviewtechnik in den USA und die psychosomatische Anamnesenerhebung in Deutschland wie oben beschrieben sehr viel früher bemerkbar gemacht.

Am Sigmund-Freud-Institut in Frankfurt am Main, dessen Direktor Mitscherlich von 1960-76 war, wurden Sprechstundeninterviews, als Anlaufstelle für Patienten in Situationen krisenhafter Zuspitzung, eingeführt.

Argelander formulierte in mehreren Veröffentlichungen zum Sprechstundeninterview als erster eine umfangreiche Darstellung einer genuin psychoanalytischen Erstinterviewtechnik (Argelander, 1966, 1967, 1970). "Die Einbeziehung der Subjektivität und des Szenischen und die Erfassung dieses Geschehens mittels affektiver Resonanzprozesse, die tief im Körperlichen wurzeln, aber auch mit Hilfe psychoanalytisch geschulter kognitiver Kompetenz, stellen eine ganz andere Erkenntnisgewinnung dar als positivistisch organisierte Explorationen im herkömmlichen medizinischen und psychologisch diagnostischen Diskurs" (Mertens, 1992, S. 249). Der Analytiker wird nun zunehmend zum menschlichen "Instrument" für die Diagnostik, das zwar "sehr sensibel, aber auch sehr anfällig" ist (Ermann, 1980, S. 509). Heigl-Evers et al. (1987) empfehlen bei der klinischen Urteilsbildung das "evocative listening", das anregende oder ermunternde Zuhören des Therapeuten" (ebd., S. 226). Mit einer Einstellung von besonderer Empfänglichkeit ließen sich so alle verbalen und non-verbalen Informationen, die der Patient vermittelt, aufnehmen und für den diagnostischen Prozeß nutzen. Einige Autoren bedienen sich einer dem Theater entlehnten Sprache, um die "Dramatik" (Friedrich, 1984) und die bildhafte Szenenfolge (Benz, 1988) von Kontaktaufnahme und Erstinterview zu beschreiben. Aus heutiger

Sicht ist das psychoanalytische Erstinterview "keine objektivierende lebensgeschichtliche Geneseforschung, die nomothetisch erfaßbare Verursachungsdimensionen seelischer Erkrankungen herausfinden möchte. Im Erstinterview sind hingegen die subjektive Bedeutung und vor allem die szenische Bedeutung von Informationen von hauptsächlichem Interesse" (Mertens 1992, S. 236).

Die biographische Anamnese

Neben den Ansätzen, die das szenische Geschehen im Vordergrund des Erstinterviews sehen, existierte seit den 50er Jahren, erwachsen aus der Tradition der Neo-Psychoanalyse, die tiefenpsychologische oder biographische Anamnese. Diese zielt vor allem auf die diagnostische Funktion des Gesprächs und weniger auf das Verstehen unbewußter Beziehungsphantasien. Die bekannteste Vertreterin, dieser Richtung ist Dührssen (1981), die einen strukturierten, schematischen Leitfaden zur Befragung der Patienten vorlegte.

Entwicklungen der letzten zehn Jahre

In ihrem Beitrag zehn Jahre später grenzt Eckstaedt (1991) die Entwicklung der Psychodynamik aus dem szenischen Geschehen deutlich von der psychiatrischen Exploration und der biographischen Anamnesenerhebung ab.

Eine 30 Personen umfassende Arbeitsgemeinschaft deutscher Psychotherapeuten und Psychosomatiker entwickelte in den neunziger Jahren das diagnostische Verfahren der "Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik". Ziel war, ein über die ausschließlich phänomenale Klassifikation der gängigen Diagnoseleitlinien "Diagnostic and statistical manual of mental disorders" DSM-III-R (APA, 1987) bzw. DSM-IV (APA, 1994) und des "International Classification of Diseases" ICD-10 (WHO 1993) hinausgehendes, psychoanalytische Diagnostik einschließendes, Instrument herzustellen (Arbeitskreis OPD, 1996).

1.1 Theoretische Positionen zum psychoanalytischen Erstinterview

Zum Ausmaß der Nutzung des Beziehungsgeschehens gibt es äußerst unterschiedliche Vorstellungen, die bereits anklingen und im Folgenden breiter dargestellt werden. Aufgrund der vielfältigen Publikationen zu diesem Thema, soll die folgende Auswahl eine Darstellung der wesentlichen Positionen sein. Die Reihenfolge der Beiträge orientiert sich an den Publikationsdaten, da diese die beschriebene Entwicklung markieren.

Gemeinsam ist allen Vertretern das Anliegen, dass das Erstgespräch in einer einfühlbaren, aber professionellen Atmosphäre durchgeführt wird, da im ersten Kontakt die Weichen für anzuschließende Behandlungen gestellt werden. "Wir betrachten das Erstinterview als die erste Möglichkeit für eine flexible Anwendung der psychoanalytischen Methode auf die Gegebenheiten des jeweiligen Kranken" (Thomä & Kächele, 1989, S. 173). Die nur geringen Differenzen (ein bis zwei Stunden) bezüglich des zeitlichen Rahmens sind jeweils aufgeführt, ebenso die Empfehlungen zur Dokumentation.

1.1.1 Freud

In den Studien über Hysterie beschreibt Freud unter den Krankengeschichten das Gespräch mit einer jungen Frau, er nennt sie "Katharina", die ihn in seinem Urlaub anspricht, weil sie im Gästebuch gelesen habe, dass er Arzt sei. Der Rahmen garantierte, dass es bei diesem einen Gespräch bleiben würde. Argelander hat dieses Gespräch mit Katharina als psychoanalytisches Erstgespräch bezeichnet und das Beziehungsgeschehen ausführlich kommentiert und gedeutet (Argelander, 1976, 1978, ebenso bei Stroczan, 1993). Hier soll dargestellt werden, wie Freud die Gesprächssituation handhabt, was in ihm vorgeht und welche Daten er erfragt.

Freud läßt sich durch Katharina und seine Neugier "verführen", in der Urlaubssituation ihren Schwierigkeiten auf die Spur kommen zu wollen. Als erstes erfragt er die *Symptomatik*, läßt sie sich sehr ausführlich schildern, eruiert die *begleitenden Phantasien*. Verwoben mit der Schilderung des Gesprächs läßt er den Leser an seinen Überlegungen und *Hypothesen* teilhaben, die ihn zu weiteren Fragen führen. Er fragt die Patientin nach einer *eigenen Theorie* und als er hier keine Antwort erhält, erforscht er die *auslösende Situation* mit den *damals aufgetauchten Affekten* und

Gedanken. Er bietet der Patientin eine *Probedeutung* an, die sie abweist. In dem nun folgenden Bericht über die Verwirrungen in der Familie nach der auslösenden Situation schwenkt sie plötzlich um und berichtet von weiter zurückliegendem Material. Freud stellt *Zwischenfragen zu bereits vorher aufgetauchter Symptomatik* und schildert *die affektive Gestimmtheit Katharinas* in Reaktion auf diese Fragen und nach der Erzählung der Erinnerungen. Diese *unterschiedlichen Informationen bündelt Freud in einem inneren Monolog* und formuliert wieder eine *Deutung*, die Katharina prüfend annehmen kann. Es entsteht eine sexuell getönte Gestimmtheit zwischen beiden, in der Freud ein verständnisinniges Einvernehmen, ob dem beidseitigen Wissen um sexuelle Dinge beschreibt. Dann fällt ihm jedoch ein *unaufgeklärtes Detail* im Zusammenhang mit der Symptomatik ein, das sich nun auch *mit Katharinas Mithilfe* verstehen und einordnen läßt. (Freud, 1895)

Das Beziehungsgeschehen beschreibt Freud zwar, kann es zu diesem Zeitpunkt, der noch in den Anfängen befindlichen Psychoanalyse, noch nicht zum Verständnis der inneren Psychodynamik der Patientin nutzen.

1.1.2 Gill et al.: The Initial Interview (1954)

Die dargestellten Prinzipien für ein Erstgespräch beziehen sich sowohl auf psychotische wie auch neurotische Patienten. Angesprochen werden vor allem Psychiater. Besonderen Wert legen die Autoren auf die Unterscheidung "initial" versus "diagnostic" Interview, in Abkehr der diagnostischen Gespräche, die den Erstkontakt mit Patienten in anderen medizinischen Fachrichtungen prägen und der traditionellen psychiatrischen Exploration. Ausgehend von einem *psychoanalytischen Hintergrund* wird die zwischenmenschliche Beziehung und Situation im Erstgespräch in den Mittelpunkt gestellt. Als bestimmende Faktoren für den Austausch in der Gesprächssituation werden

1. die Persönlichkeitsstrukturen beider Beteiligten,
2. die Art des jeweiligen Rollenverständnisses,
3. die bewußten und unbewußten Absichten, sowie
4. die Technik des Interviewers diskutiert.

Zum Vorgehen im dynamischen Interview werden drei Ziele angegeben. Das erste Ziel ist die Herstellung eines "*Rapport*", eines unmittelbaren emotionalen Kontak-

tes, das zweite Ziel ist "*Appraisal*", die psychologische Einschätzung des Patienten, und das dritte Ziel ist die *Verstärkung der Therapiemotivation* des Patienten.

Ein guter Rapport, Kontakt zwischen Patient und Behandler, hänge maßgeblich von der Persönlichkeit des letzteren ab und könne durch die eigene psychotherapeutische Erfahrung in aller Regel verbessert werden. Zum Appraisal wird die strikte Abkehr von der medizinischen Tradition gefordert. Die Einschätzung des Patienten solle in vier Bereichen erfolgen: bzgl. der Art der Störung, der Therapiemotivation, der Fähigkeit oder Begabung (*capacity*) für Psychotherapie, sowie bzgl. externer Faktoren, die für oder gegen eine psychotherapeutische Behandlung sprechen.

Die Art der Störung solle nach Gesichtspunkten wie Abwehrmechanismen, Neurose versus Psychose versus Charakterpathologie, Art der Symptomatik, Schwere der auslösenden Konfliktsituation, Ich-Dystonie, etc. eingeschätzt werden. Die Therapiemotivation solle ohne direkte Nachfrage nach bewußten und unbewußten Anteilen erforscht werden. Unter "*capacity for psychotherapy*" verstehen die Autoren die Introspektionsfähigkeit, die Ich-Stärke das eigene Verhalten und die eigenen Motive zu verstehen und zu hinterfragen, sowie vorhergehende Therapien oder Therapieversuche. Im Prozeß der Einschätzung des Patienten müsse der Interviewer *innere Hypothesen* bilden und diese durch direkte Fragen an den Patienten *überprüfen*. Diese sollten sich in den Gesprächsfluß einfügen, und trotz möglicherweise konfrontativer Natur den Patienten nicht brüskieren. Dies könne auch Proberotherapie genannt werden, so dass der Patient eine Art Probeerfahrung mache. Zu den externen Faktoren, die zu beachten seien, zählen Finanzierbarkeit und Verfügbarkeit von Psychotherapie, sowie Faktoren im persönlichen Umfeld des Patienten. Der letzte Punkt, die Bestärkung der bestehenden Therapiemotivation, erklärt sich ohne weitere Ausführung.

Zur Interviewtechnik werden minimale Ratschläge gegeben, die sich dem Bemühen unterordnen, die *Strukturierung der Gesprächssituation auf ein Minimum zu beschränken* und nur im Falle zu großer Angst beim Patienten auszuweiten. Die bevorzugte Flexibilität des Interviewers, sich auf den Patienten einzustellen, habe ihre Grenzen in der Persönlichkeitsstruktur des Interviewers, derer er sich möglichst bewußt sein solle. Auch in Bezug auf das Ausmaß seiner Aktivität solle eine flexible Haltung angestrebt werden. Fragen des Patienten seien unter Berücksichtigung möglicher Reaktionen zu beantworten. Die Atmosphäre solle durch Sympathie und Empathie getragen sein und der analytischen Haltung aus Wohlwollen und Abstinenz sehr ähnlich sein.

Zur Niederschrift sollen die genannten Unterteilungen übernommen werden. Aufzeichnungen seien in der Interviewsituation zu vermeiden.

Zum Erlernen der Interviewtechnik nach Gill et al. empfehlen die Autoren, Interviews aufzuzeichnen und diese Aufzeichnungen mit anderen abzuhören. Dies sei das beste Training.

1.1.3 Balint: Das Diagnostische Interview (1961)

Balint stellt das diagnostische Interview, das ein Arzt in der Organmedizin durchführt, dem psychiatrischen Interview gegenüber, da der Arzt im letzteren immer eine persönliche Beziehung zum Patienten eingehen muß. Das Untersuchungsergebnis hänge immer in einem hohen Grade davon ab, wie er sich subjektiv in dieser Beziehung verhalte und was er daraus entnehme. Da die Untersuchung ihrem Wesen nach eine Untersuchung zwischenmenschlicher Beziehungen ist, spricht Balint von einer bipersonalen also einer Zwei-Personen-Psychologie. Im Falle der Psychoanalytiker konnte Balint noch 1961 ein nur zögerliches Interesse an einer kritischen Studie der psychoanalytischen Interviewtechnik erkennen und führt hierfür historische Gründe an. In der klassischen Ausbildung wurden Patienten den Ausbildungskandidaten zur Behandlung und nicht zur Diagnostik überwiesen und selbst in den der Ausbildung folgenden Jahren überwog die therapeutische Praxis bei weitem die konsultative. Dies habe zur Überbewertung der Behandlungstechnik geführt bei gleichzeitiger geringer Beachtung der diagnostischen Methoden. Man habe sich in der Praxis von daher meist damit begnügt die Zeitfolge und Art der Traumata festzustellen, die der Patient erlitten habe, sowie der entsprechenden Fixierungen und Reaktionsbildungen, die er zur Bewältigung habe errichten müssen. Dem nun Abhilfe schaffend, entwickelte Balint einen Leitfaden, um zu einer Diagnose der Psychopathologie und Psychodynamik des betreffenden Patienten zu kommen, sowie zu einer Einschätzung seiner potentiellen Fähigkeit, eine mitmenschliche Beziehung aufzunehmen und aufrechtzuerhalten, da diese potentielle Fähigkeit am besten über die Aussichten einer Psychotherapie Auskunft gebe.

Unter den folgenden Überschriften werden die Probleme des psychiatrischen und psychoanalytischen Interviews diskutiert:

1. Vorbereitung des Patienten
2. Schaffung einer Atmosphäre

3. Auswahl und Darbietung von Reizen
4. *Plan des Interviews*
5. Dauer
6. *Wechselwirkung zwischen der Übertragung des Patienten und der Gegenübertragung des Arztes*
7. *Interventionen und Deutungen*
8. *Aufzeichnung der Befunde und Fallbericht*
9. *Kriterien für die Vollständigkeit des Interviews*
10. Integration der körperlichen und psychiatrischen Untersuchungen
11. Beendigung des Interviews

(Seite 234, Hervorhebung, der im folgenden diskutierten Punkte, durch die Verfasserin)

Als *Interview-Plan* (4.) versteht Balint eine Herangehensweise, die dem Wissen Rechnung trägt, ob der Patient beim Interviewer in Behandlung genommen werden kann oder nicht. Im ersten Falle könne man jeglicher Form von Affekten Raum gewähren, da sie früher oder später eine Behandlung erfahren würden. Sollte der Patient jedoch an einen Kollegen überwiesen werden, so sei die Entwicklung einer intensiven Patient-Arzt-Beziehung möglichst zu vermeiden. Der Patient solle nicht zu sehr gebunden werden, um noch für andere Kollegen behandelbar zu bleiben. Der Kontakt müsse aber so gut sein, dass der Arzt ein zuverlässiges Bild von der Persönlichkeit und den Konflikten des Patienten erhalte.

Zur *Wechselwirkung zwischen Übertragung und Gegenübertragung* (6.) bemerkt Balint, dass aufgrund der fehlenden Standardisierung und der Abhängigkeit der Interviewtechnik von der Persönlichkeit des Arztes, wie auch der Persönlichkeit des Patienten, die Ergebnisse eines diagnostischen Gesprächs in einem streng testdiagnostischen Sinne natürlich nicht nachprüfbar seien. Dennoch sei die Untersuchung der Wechselbeziehung äußerst fruchtbar für die diagnostische Erkenntnis unter der Voraussetzung, dass der Arzt elastisch mit seiner Technik umgehen könne, so dass er das weite Spektrum der Reaktionsweisen des Patienten innerhalb der Grenzen des Interviews aktiviere.

Interventionen und Deutungen (7.) sollten auf ein möglichst optimales Minimum beschränkt werden und dienen der Bewußtmachung von etwas, was der Patient bisher, auf welchem Wege der Abwehr auch immer, von sich fern hielte. Wie er nun darauf reagiere, ob er die Anmerkungen des Arztes für sich nutzen könne, erlaube Schlußfolgerungen über den Patienten.

Zur *Aufzeichnung der Befunde und den Fallbericht* (8.) rät Balint, eine knappe aber genaue Niederschrift der wesentlichen Fakten aus der Lebensgeschichte des Patienten zu erstellen, sowie einen Bericht über die wesentlichen Wechselwirkungen zwischen Arzt und Patient. Nur kurz wird angemerkt, dass jeder Bericht auch im Hinblick auf einen etwaigen Leser geschrieben werde, wobei hierzu keine Ausführungen erfolgen.

Zur Frage der *relevanten Fakten* (9.) für eine richtige Diagnose solle der Diagnostiker erstens auf die innere Evidenz, also den sinnhaften Zusammenhang des Materials achten; zweitens auf die Übereinstimmung des Krankheitsbildes von Arzt und Patient; und drittens ob der Patient etwas Neues gelernt habe; so dass der Patient viertens zu einer richtigeren Einschätzung seiner Lage kommen könne.

Ein von Balint und Kollegen entwickeltes Berichtsformular das "Tavistock-Schema" enthält neben der Forderung: "Negative Befunde ausdrücklich vermerken!" die folgenden Fragen:

- A. Ereignisse, die der Beratung vorausgingen.
 - B. 1. Erscheinung und Auftreten der Patientin.
2. Beschwerden.
3. Aktueller Anlaß.
 - C. Tatsachenmaterial.
 - D. 1. Wie sieht sich die Patientin selbst.
2. Wie sieht die Patientin andere Beziehungspersonen?
 - E. Wie entwickelt sich die Arzt-Patient-Beziehung?
1. Wie behandelt die Patientin den Arzt?
2. Wie behandelt der Arzt die Patientin?
 - F. Wichtige Augenblicke im Interview.
 - G. Zusammenfassung.
Wie wirkt sich die Störung im Leben der Patientin aus?
- (ebd. S. 100)

Balint hatte sich mit seinen Empfehlungen an Ärzte im Allgemeinen gewendet. Das psychoanalytische Erstinterview wurde aber durch Balint ebenfalls beeinflusst. Hierzu Thomä & Kächele:

Die Rezeption des Balintschen Gedankengutes ermöglichte es, das Erstinterview als psychoanalytische Situation in vielfältiger Weise zu gestalten und in vielen beruflichen Feldern zu konkretisieren. Die jeweils notwendige Reflexion der Rahmenbedingungen eines Interviews erlaubte auch eine innovative Entwicklung, die dazu beitrug, daß das Erstgespräch sich in verschiedenen Typen und Gestalten (Visitengespräch,

Hausarztgespräch, psychoanalytisches Beratungsgespräch etc.) entwickeln konnte (ebd. S. 182).

1.1.4 Argelander: Das Erstinterview (1970)

Argelander ist es zu verdanken, dass er als erster im deutschen Sprachraum eine systematische Darstellung der psychoanalytischen Erstinterviewtechnik unternahm. Er unterteilt die in einem Erstinterview gewonnenen Daten *in objektive, subjektive und szenische bzw. situative Informationen*. Aus den objektiven Daten, den nachprüfbareren Fakten des Lebenslaufs des Patienten, lasse sich durch Fachwissen und Erfahrung unter Zuhilfenahme der logischen Evidenz ein Bild von der Persönlichkeit des Patienten gewinnen. Bei den subjektiven Daten werde der Bedeutungsgehalt, den der Patient einer Information verleiht, aus der gemeinsamen Arbeit mit dem Patienten erfahrbar. Als Kriterium für ihre Verlässlichkeit sei die situative Evidenz zu beachten, "das Gefühl einer prägnanten Übereinstimmung zwischen der Information und dem Geschehen in der Situation" (S. 14). Zwar sei dieses Evidenzgefühl auch für die szenischen Daten das Kriterium der Verlässlichkeit - dabei handele es sich aber um eine durch Akzentverschiebung deutlich anders gewichtete Datenquelle, als bei den subjektiven Informationen: "Bei der szenischen Information dominiert das Erlebnis der Situation mit all seinen Gefühlsregungen und Vorstellungsabläufen - auch, wenn der Patient schweigt" (ebd.). Aus Argelanders Ausführungen wird deutlich, dass diese Informationen nicht wiederholbar sind, auch wenn sie sich möglicherweise bei anderen Behandlern oder in anderen Stunden mit demselben Diagnostiker als Variationen dieses Themas wiederholen. Argelander hält die Tendenz des Menschen zur Inszenierung seiner inneren Dynamik für eine besondere Fähigkeit, die es im situativen Ansatz zu nutzen gelte.

Die Zuverlässigkeit der Diagnostik hänge von der erfolgreichen Integration aller drei Datenquellen ab, wobei Interviewer, die Schwierigkeiten haben in der Gesprächssituation zu arbeiten, zu einer Überbewertung der objektiven Daten neigen würden. Wichtig sei es, Voraussetzungen zu schaffen, dass sich der Patient in der Gesprächssituation mit seiner Gesamtpersönlichkeit, also auch den Persönlichkeitsstörungen, preisgebe. So könne neben der Anamnesenerhebung gleichzeitig der Befund erhoben werden. Dies geschehe unter Beachtung der persönlichen Form der Darstellung. Diese Darstellung bezieht sich bereits auf das Vorfeld der Gesprächssituation, also bereits auf die Kontaktaufnahme und die Verabredung des Interviewtermins. Argelander fordert, man möge dem Patienten einen größtmöglichen Spiel-

raum zur Gestaltung des Vorfalles einräumen, so dass er sich darin "tummeln" könne. Neben der Bedeutung des Zeitrahmens und der Räumlichkeit sei die analytische Gesprächshaltung des Anamnestikers von entscheidender Bedeutung, da sie den Patienten ermutige, die alltäglichen Gesprächserfahrungen abzulegen und sich der Ungewöhnlichkeit der Situation zu überlassen. Diese Haltung könnte m.E. als analytische Abstinenz und Wohlwollen bei gleichschwebender Aufmerksamkeit bezeichnet werden.

Während des Interviews reflektiere der Analytiker den Sinn der momentanen Gesprächsphase und erarbeite das Informationsmaterial gemeinsam mit dem Patienten. Mit Deutungen, die sich mit der aktuellen Situation beschäftigen, hole er sich vom Patienten die erforderliche, unbewusste Bestätigung ein. Die hier geforderte "Psycho-Logik" komme also erst im szenischen Verstehen zum Tragen, so dass der Interviewer für sich eine schrittweise Umformulierung des äußeren Konflikts in einen inneren vornehmen könne.

"Psycho-Logik" als eine ungewöhnliche Form der Wahrnehmung und des Denkens kommt also dadurch zustande, dass über einen dialektischen Prozeß mit dem Patienten hinaus Datenzusammenhänge in der Situation selbst lebendig werden und über eine Sprach- und Verhaltenskommunikation eine Szene gestalten, deren Verständnis über ein regressives Teilnehmen erst eine Datenverarbeitung ermöglicht, die der wahren Dimension der Krankheit gerecht wird (ebd., S. 61).

Diese Situation nennt Argelander die *Grenzsituation*. In der Grenzsituation verdichten sich die objektiven, subjektiven und szenischen Daten. Durch diese Datenverdichtung würde die Suche nach diagnostischer Klarheit bei gleichzeitiger Teilnahme des Patienten am Erkenntnisprozeß erleichtert, auch im Sinne einer Probeerfahrung für eine anzuschließende analytische Behandlung.

Bezüglich der Niederschrift der Erkenntnisse empfiehlt Argelander ein Gespräch *mit Kollegen, um die vorbewussten Eindrücke zu strukturieren*. Denn der Interviewer wisse immer mehr als er zu Protokoll geben könne, und so könnten die vorbewussten Eindrücke für das Verständnis der Krankheit zugänglich werden. Zur Erhebung objektiver Daten, die in der Gesprächssituation nicht zur Sprache kamen, wird ein Fragenkatalog angeraten, der von einem anderen als dem Interviewer oder auch schriftlich gegeben werden kann. Abschließend betont Argelander: "Das Geheimnis eines umfassenden Verstehens im Erstinterview ist die Beteiligung der Persönlichkeit des Interviewers am Prozeß der Wahrnehmung" (ebd. S. 111), wobei die Erfahrung einer eigenen Analyse als *conditio sine qua non* vorausgesetzt wird.

1.1.5 Kernberg: Das strukturelle Interview (1981)

Die Diagnose der psychischen Struktur wird durch das von Kernberg vorgeschlagene strukturelle Interview erleichtert, wobei der besondere Fokus auf der Verschränkung zwischen der Interaktion von Patient und Interviewer, den sonstigen interpersonellen Erfahrungen des Patienten und der Krankheitsgeschichte gerichtet ist. Hierbei orientiert sich Kernberg an den folgenden drei wesentlichen Charakteristika der psychischen Struktur des Patienten:

1. der Integrität der Identität im Gegensatz zur Identitätsdiffusion,
2. der Konstellation der frühen oder reiferen Abwehrmechanismen, sowie
3. der Fähigkeit die Realität zu überprüfen.

Im strukturellen Interview werden Anteile der *psychiatrischen Exploration*, die *psychoanalytische Interviewtechnik* mit der besonderen Hinwendung auf das Beziehungsgeschehen zwischen Patient und Therapeut, sowie *die Techniken der Klärung, Konfrontation und Deutung* im Hier und Jetzt der Identitätskonflikte, Abwehrformationen und Verzerrungen der Realität kombiniert.

Die Aufgabe des Diagnostikers bestehe darin, gleichzeitig die subjektive innere Welt des Patienten, sein Verhalten in Bezug auf ihn selbst, wie auch seine eigenen Gefühlsreaktionen zu nutzen, um die zugrundeliegenden aktivierten Objektbeziehungen verstehen zu können.

Zu Beginn des Gesprächs bittet der Interviewer den Patienten um eine kurze *Zusammenfassung der Gründe vorstellig geworden zu sein*, die Erwartungen an eine Behandlung, sowie die Art der vorherrschenden Symptome, Probleme und Schwierigkeiten.

Kernberg beschreibt sehr anschaulich, wie er aus der Art, wie diese erste Frage behandelt wird, sein weiteres Vorgehen ableitet. Er betont die zirkuläre Vorgehensweise der Interviewtechnik, die an Kardinalsymptomen entlang Pathologien erkennen oder ausschließen kann und um dann, zu späteren Zeiten, während des Interviews wieder auf dieselben Symptome zurückzukommen, jeweils unter einem veränderten Blickwinkel. Es wird jedoch deutlich, dass diese Interviewtechnik in besonderem Maße der frühzeitigen Diagnose von schweren psychotischen und hirnorganischen Krankheitsbildern dient und sich an vorwiegend psychiatrisch tätige Be-

handler richtet.³ Je eher während des Interviews entsprechende Auffälligkeiten deutlich werden, desto mehr wird das strukturelle Interview wie eine psychiatrische Exploration weitergeführt. Die folgende Darstellung bezieht sich nun auf Kernbergs Überlegungen bezüglich neurotischer oder Borderline Patienten.

Wenn die Art und Weise, wie ein Patient mit der Eröffnungsfrage umgeht keine Anhaltspunkte für eine organische oder psychotische Erkrankung bietet, sondern vielmehr seine intakte Wahrnehmung, Gedächtnis und Intelligenz unter Beweis gestellt wurden, wendet sich der Interviewer der Erforschung pathologischer Charakterzüge zu. Der Patient wird nun *direkt nach der eigenen Einschätzung seiner selbst* gefragt. Die Fähigkeit des Patienten auf diese Frage zu antworten und spontan die eigene Persönlichkeit zu erforschen, signalisiert eine intakte Realitätsprüfung und erlaubt dem Behandler eine psychotische Diagnose zu verwerfen. Nach der Klärung der Fähigkeit zur Realitätsprüfung stellt sich die Frage der Integration der Identität, um die Diagnose einer Borderlinestruktur ausschließen zu können.

Bei neurotischen Patienten, die über eine integrierte Identität, mit vorherrschenden reiferen Abwehrmechanismen, die der Verdrängung entstammen, sowie der Fähigkeit zur Realitätsprüfung verfügen, ähnelt das Interview für einen unbeteiligten Beobachter bis zu diesem Zeitpunkt einer traditionellen psychiatrischen Exploration. Wenn also bizarre, komische und absurde Aspekte im Verhalten, Affekt und den Gedanken und damit eine psychotische Erkrankung ausgeschlossen werden können und der Patient über eine normale Wahrnehmungsfähigkeit, normales Gedächtnis und mindestens normale Intelligenz verfügt, so dass auch hirnorganische Erkrankungen verworfen werden können, müssen nun die Charakterpathologien des Patienten untersucht werden. Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen, Schwierigkeiten, sich an das psychosoziale Umfeld anzupassen und die psychologischen Bedürfnisse werden exploriert. Eingeleitet wird diese Phase des Interviews mit einer Frage nach der Selbstwahrnehmung, wobei erste Anzeichen für Identitätsprobleme auftauchen können. Auftauchende Widersprüche sollten möglichst taktvoll angesprochen werden. Hierbei geht es nicht um eine durch und durch Ich-syntone Selbstdarstellung, aber trotz gewisser Spannungen innerhalb der Persönlich-

³ Am IfP (Institut für Psychotherapie e.V., Berlin) wurde im Zeitraum der untersuchten Anamnesen der Anamnesenerhebung ein ärztliches Vorgespräch durch erfahrene Kollegen vorausgeschickt, um mögliche "Irrläufer" also psychiatrisch auffällige Patienten gar nicht bis zum Vermittlungsverfahren gelangen zu lassen, sondern sie bereits vorher einer der Erkrankung gemäßen Behandlung zuzuführen.

keit ist bei einem Neurotiker das Selbstkonzept in seinen zentralen Aspekten im subjektiven Erleben des Patienten integriert.

Nach der *Erforschung des Selbstbildes* wird die Fähigkeit zur *Wahrnehmung wichtiger Bindungsfiguren* und die *Art der Objektbeziehungen*, die der Patient unterhält untersucht. Wo auch immer Widersprüchlichkeiten auftauchen wird der Interviewer zuerst versuchen diese zu klären. Als nächsten Schritt wird er eine taktvolle Konfrontation versuchen, um die emotionale Introspektionsfähigkeit des Patienten einschätzen zu können. Bei eindeutig konflikthafter Themen empfiehlt Kernberg eine vorsichtige Deutung im Hier und Jetzt. Währenddessen beobachtet der Diagnostiker die Auswirkungen der Exploration auf die aktuelle Interaktion. Sowohl Angst wie auch Abwehrmechanismen können mobilisiert werden. Bei neurotischen Patienten kann die Abwehr, laut Kernberg, selten im Erstinterview beobachtet werden, sie kann vielmehr aus dem auftauchenden Material erschlossen werden. Bei Borderline Persönlichkeitsstörungen dagegen erfolgt auf die Exploration der Identitätsstörung häufig die Mobilisierung primitiver Abwehrmechanismen, so dass der Gesprächsverlauf deutlich beeinträchtigt wird und die Interaktion zwischen Patient und Interviewer verändert und verzerrt wird. Die Verzerrung ist ein wichtiges strukturelles Kriterium, um die Diagnose der Borderline Persönlichkeitsstörung zu stellen. Bei der Untergruppe der narzißtischen Persönlichkeiten wird, anstelle des fehlenden Selbstkonzepts, ein pathologisch grandioses Selbstkonzept deutlich. Die Störungen sind vor allem in den Objektbeziehungen zu finden, die sich durch mangelnde Tiefe und die Schwierigkeit, andere zu verstehen und zu beschreiben, auszeichnen. Die Gesprächssituation mit narzißtischen Persönlichkeiten ist durch die herablassende und entwertende Art sich dem Interviewer gegenüber zu verhalten geprägt.

Zur Frage der Erhebung der Krankengeschichte empfiehlt Kernberg bei Neurotikern *eine kurze Anamnese* zu erheben, wobei es jedoch zwangsläufig bei einer sorgfältigen Untersuchung der vorherrschenden Symptomatik, der Gesamtpersönlichkeit und den Interaktionen in der Gesprächssituation hierzu komme. Im Falle der Borderline Pathologien seien die Informationen über die Vergangenheit durch die aktuellen Schwierigkeiten "kontaminiert" (a.a.O.), was bei psychotischen Erkrankungen noch potenziert sei. Deshalb sei die ausführliche Exploration des gegenwärtigen Lebens mit besonderer Betonung der Identitätsproblematik eine ausreichende Datenquelle zur Diagnose, die durch die genaue Erhebung manifester neurotischer Symptomatik erweitert werden solle. Berichte über die vergangenen Erfahrungen

des Patienten sollten nicht genauer untersucht werden, sondern so aufgenommen werden, wie sie dargeboten werden. Besonders bei der Untergruppe der narzißtischen Persönlichkeitsstörungen rät Kernberg zu einer Erhebung von antisozialen Tendenzen, da diese ein wesentliches Moment zur Einschätzung der Prognose für die psychotherapeutische Behandlung von Borderline Patienten darstellen.

Zusammenfassend werden also neurotische Symptome, pathologische Charakterzüge, die vorherrschenden Abwehrformationen, die Frage der Identitätsdiffusion, die Fähigkeit zur Realitätsprüfung, sowie die wichtigsten psychotischen und hirnrnorganischen Kardinalsymptome exploriert und gleichzeitig die Krankengeschichte erhoben.

Zur Beendigung des strukturellen Interviews solle dem Patienten Gelegenheit gegeben werden, offen gebliebene Fragen, Anliegen oder von Seiten des Patienten ausstehende Informationen zur Sprache zu bringen. Je nach dem Stand der Entscheidungsfindung bezüglich Indikation und/oder weiterem Interviewbedarf solle der Diagnostiker den Patienten in seine Überlegungen mit einbeziehen. Als zeitlichen Rahmen empfiehlt Kernberg eineinhalb Stunden, die gegebenenfalls mit einer Pause unterbrochen werden können.

Kernberg weiß um die komplexen Anforderungen, die sein strukturelles Interview vom Praktiker erwartet. Wissen und Erfahrung mit psychiatrischer Exploration, psychotherapeutischer Arbeit im Sinne von Deutungen in Übertragungsbeziehungen und breite klinische Praxis werden vorausgesetzt. Er geht aber davon aus, dass begabte psychiatrische Assistenzärzte im dritten Jahr ihrer Facharztausbildung dazu in der Lage sein können.

Die besondere Bedeutung von Kernbergs Beitrag für die psychoanalytische Erstinterviewtechnik liegt m.E. vor allem in der gekonnten Vermischung von szenischem Geschehen im Sinne der Interpretation der Übertragungs-Gegenübertragungsentwicklung in Verbindung mit dem Erfragen objektiver und subjektiver Daten, im Hinblick auf die, in erster Linie, diagnostische Einschätzung des Patienten.

1.1.6 Dührssen: Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt (1981)

Dührssen wendet sich 1981 an praktizierende Allgemeinärzte, wie auch an angehende Psychoanalytiker. Sie bietet eine sehr schematische und praxisnahe Orientierungshilfe, die dem Behandler ermöglichen soll, den Gegenwartskonflikt des Patienten, seine neurotische Charakterbildung und seine bisherige Lebensgeschichte in einer übersichtlichen Kurzformel zusammenzufassen. Dührssen versteht sich in der Tradition Schultz-Henckes, der 1927 neun Fragen⁴ formulierte, die im Sinne der Versuchungs- und Versagungssituation (Freud, 1916-17, S. 338-41) beim Ausbruch einer psychoneurotischen Erkrankung eine wesentliche Rolle spielen. Die dort anklingenden Lebensereignisse stellt Dührssen in Beziehung zur psychiatrischen Life-event-Forschung von Holmes und Rahe (1967), die die Belastung von 43 Lebensereignissen beurteilen ließen, und die regelhaft von Psychoanalytikern berücksichtigt werden zum Verständnis des Ausbruchs oder der Verschlimmerung einer psychoneurotischen Erkrankung. Zwar betont Dührssen die Wichtigkeit der Situation, in der die Anamnesenerhebung stattfindet und *die Fähigkeit der Einfühlung des Arztes in das Leiden des Patienten*, die möglichst *genaue Befragung des Patienten* wird dennoch angeraten. In der Tradition Schultz-Henckes (1951) wird der Beziehungs- und Übertragungsaspekt des Erstinterviews vernachlässigt.

Konfliktkonstellationen werden in den folgenden Lebensbereichen dargestellt und diskutiert:

- I. Persönliche Bindungen, Liebesbeziehungen und Familienleben
- II. Die Herkunftsfamilie: Die ödipale Konstellation und das Drei- Generationen-Konzept
- III. Berufsprobleme, Arbeitsstörungen und Lernschwierigkeiten

⁴ Diese Fragen hinsichtlich des Patienten sind:

1. Hat er Erwerb, Geld, Existenz verloren (z.B. durch eigene Schuld)?
2. Hat er einer Frau/einen Mann verloren?
3. Hat er ein Kind verloren?
4. Hat er eine Person verloren, die in seinem Lebensrahmen das Gleichgewicht herstellte?
5. Hat ein anderer ihn übertroffen? Geld bekommen? Frau oder Mann bekommen? Kind bekommen?
6. Droht ein anderer, ihn zu übertreffen? Geld - Frau - Mann - Kind zu bekommen?
7. Steht er vor der Entscheidung hart oder weich zu sein? Nachzugeben oder nicht?
8. Steht er vor der Entscheidung sich zu rächen oder nicht?
9. Hat er Gelegenheit, auf - seinen moralischen Anschauungen widersprechende - Weise zu lieben? (zitiert nach Dührssen, 1981)

IV. Besitzerleben und –verhalten

V. Der umgebende sozio-kulturelle Raum

Besonders I. ist sehr ausführlich in den unterschiedlichen Ausformungen dargestellt, klar strukturiert und schematisiert, sowie anschaulich mit Fallbeispielen illustriert.

Bezüglich der Anordnung und Interpretation der Befunde gibt Dührssen praxisnahe Anregungen und schlägt die folgende Gliederung für den schriftlichen Bericht vor:

- Angaben über den allgemeinen Eindruck des Patienten
- Die Symptomatik
- Die auslösende Situation
- Die aktuellen Lebensumstände
- Die Kindheitsgeschichte
- Die Schul- und Berufsentwicklung
- Persönliche Bindungen, Liebesbeziehungen, Sexualentwicklung
- Die gegenwärtigen Familienbeziehungen
- Zusammenfassung

In der Zusammenfassung sollen die Daten mit den Überlegungen zur Psychodynamik zusammengeführt werden, so dass sie für die Einschätzung der Prognose, der Indikation und des Therapieplans verwertet werden können. Diese Gliederung verdeutlicht, dass der Patient sehr gründlich befragt werden soll. Am ehesten verweist der erste Punkt - Angaben über den allgemeinen Eindruck des Patienten - auf die szenische Situation, die sich zwischen Patient und Anamnestiker abspielt. Wie der Titel "Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt" zeigt, versteht sich Dührssen als Tiefenpsychologin und weniger als Psychoanalytikerin. Dieser Eindruck wird durch ihre wiederholte Kritik an der klassischen Psychoanalyse unterstrichen.

1.1.7 Eckstaedt: Die Kunst des Anfangs (1991)

Der Schwerpunkt liegt bei Eckstaedt auf dem *szenischen Verstehen* des Erstgesprächs, wobei *Überlegungen zur Diagnose* nicht unbeachtet bleiben. Eckstaedt

betont die Komplexität dieser Situation, die einer Vielzahl von Anforderungen gerecht werden müsse. Das Gespräch solle für den Patienten immer auch therapeutisch sein. *Die Aufgabe des Analytikers bestehe darin, die Beziehung zum Patienten zu initiieren und zu erproben, gleichzeitig solle zur Situationsdiagnostik eine Strukturdiagnostik erfolgen.* Der anvisierte Leser, oder vielleicht besser Nutzer, ihrer Vorschläge ist bei Eckstaedt zumindest der psychoanalytische Ausbildungskandidat, der bereits "über ein Grundwissen der psychoanalytischen Theorie verfügt [sowie], dass er eigene Erfahrungen in einem persönlichen psychoanalytischen Prozeß machte oder macht" (ebd., S. 26).

Nach einigen Vorüberlegungen zum Setting⁵, das den Rahmen für den Kontakt mit dem Patienten darstellt, sowie konkreten Empfehlungen zur Einleitung des Gesprächs, werden ausführlich 12 Erstgespräche mit den jeweiligen psychoanalytischen Überlegungen und Theorieverweisen dargestellt. Eindrücklich zeigt Eckstaedt unter Einbeziehung des Erstkontakts, der zumeist per Telefon erfolgt, wie sich eine Beziehung zwischen ihr und dem Patienten entspinnt, die als Beziehungsangebot auf dem Hintergrund alter Beziehungsmuster verstanden werden kann.

Durch die Reflexion dieser Beziehungsangebote und der sich in Szene setzenden Situation formuliert sie Deutungen, die dem Patienten angeboten werden. Besonders die Reaktion des Patienten auf Eckstaedts Interventionen werden beobachtet und eingeschätzt.

Sie können mimischen oder gestischen Gehalt besitzen, möglicherweise sind es vegetative Reaktionen wie Erröten, Schwitzen oder psychomotorische wie beispielsweise Stottern. Sie können von der affektiv getragenen Äußerung des Bejahens, der Betroffenheit, bis hin zur möglichen Ablehnung reichen. Die Äußerungen, die zur Vertiefung des meinerseits Gedeuteten führen, geschehen durch weitere Erzählung jetzt auftauchender Erinnerungen. Das ist nur dann möglich, wenn beim Patienten eine zum Konflikt gehörige Empfindung, ein Gefühl, berührt wurde, über das weiteres, damit verbundenes Material in Erinnerung tritt - die optimale Arbeitssituation, in der der Patient weiterführt (S. 45).

Auf diesem Wege wird die "Eignung" (Freud 1895, 1905) des Patienten für eine Psychoanalyse ermittelt. Bei Eckstaedt ist deutlich, dass dies das zentrale Anliegen

⁵ Unter "Setting" (engl.: Umgebung, Ausstattung, Umrahmung) werden in der Psychotherapie die räumlichen, zeitlichen (Frequenz) und modalen (Sitzen vs. Liegen) Rahmenbedingungen der Behandlung genannt. Eckstaedt diskutiert hier aber auch das Arrangement der Möbel und die Frage dem Anlaß angemessener Kleidung.

des Erstgesprächs ist, das gleichzeitig als Einleitung einer Psychoanalyse verstanden werden kann, wie ja bereits im Titel "Die Kunst des Anfangs" anklingt.

Sollte der Patient nicht geeignet sein, müsse im Erstgespräch die Konfliktthematik, Struktur und Abwehr des Patienten diagnostiziert und erfasst werden, so dass seine Weitervermittlung gewährleistet sei. Der Balanceakt des Sich-verwickellassens, und dennoch nicht zu weit in einen analytischen Prozeß einzusteigen, ist in den Fallbeschreibungen spürbar, besonders in den Fällen, bei denen schnell deutlich wird, dass eine psychoanalytische Behandlung nicht indiziert ist.

Zur Niederschrift des Erstgesprächs betont Eckstaedt *den distanzierenden Erkenntnisakt*, der, abhängig von der zeitlichen Distanz zum Gespräch, sehr unterschiedlich ausfällt, da mit zunehmendem Abstand eine größere Distanzierung auch in einem emotionalen Sinne, hin zu einem psychologischen Abstraktionsniveau erfolgt.

Eckstaedt hat den von Argelander formulierten szenischen Ansatz anhand von ausführlichen Fallbeispielen ausgearbeitet und so eine wichtige Lernvorlage für psychoanalytische Ausbildungskandidaten beigetragen.

1.1.8 Arbeitskreis OPD: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (1996)

Eine Arbeitsgemeinschaft deutscher Psychotherapeuten und Psychosomatiker entwickelte in den neunziger Jahren, im Bemühen für die psychodynamische Diagnostik eine empirisch wissenschaftlich fundierte Basis zu entwickeln, die "Operationalisierte psychodynamische Diagnostik". Ziel war, ein über die ausschließlich phänomenale Klassifikation der gängigen Diagnoseleitlinien DSM-III-R (APA, 1987) bzw. DSM-IV (APA, 1994) und des ICD-10⁶ (WHO 1993) hinausgehendes, psychoanalytische Diagnostik einschließendes, Instrument herzustellen (Arbeitskreis OPD, 1996).

⁶ In diesen Diagnosesystemen wird das Neurosenkonzept ganz aufgegeben zugunsten einer überwiegend phänomenologischen Beschreibung der Krankheitsbilder, so dass keine Aussagen über intrapsychische Konflikte und das Strukturniveau gemacht werden. Daraus ergeben sich ungenügende Angaben zur Indikationsstellung für Psychotherapie.

Die OPD-1 besteht aus vier psychodynamischen und einer deskriptiven Achse:

- I. Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen
- II. Beziehung
- III. Konflikt
- IV. Struktur
- V. Psychische und Psychosomatische Störungen.

Einsetzbar soll die OPD-1 als klinisch-diagnostische Leitlinie, für die Ausbildung, zur Verbesserung der Kommunikation innerhalb der "scientific community" und als Forschungsinstrument sein.

Im Interview selbst wird der Versuch unternommen durch fünf festgelegte Phasen eine Standardisierung herzustellen, die gleichzeitig den folgenden Interviewmodellen Rechnung trägt:

- der offenen Gesprächsführung
- der mehr strukturierenden und fragenden tiefenpsychologisch-biographischen Anamnese
- der psychiatrischen Exploration zur Ermittlung der syndromalen⁷ ICD-Diagnose.

Jede der fünf Phasen wird durch eine strukturierende Frage eingeleitet. In der Eröffnung wird dem Patienten das Ziel des Gesprächs - "ein Verständnis ihrer Erkrankung zu finden" - und der Zeitrahmen – "eine Stunde" - mitgeteilt.

Bereits in der Eröffnungsphase soll der Interviewer die *szenische Darstellung* besonders beachten, um sie im weiteren Verlauf des Gesprächs *als Orientierungshilfe* nutzen zu können. Die Strukturierung des Gesprächs durch Fragen ist zu Beginn am geringsten und kann gegebenenfalls im Verlauf zunehmen. Um *Beziehungsepisoden* heraus zu arbeiten, soll sowohl das aktuell sich entspinnende Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehen genutzt werden, wie auch aktuelle oder biographische Beziehungserfahrungen. Es soll besonders auf neurotische Wiederholungen, Über-

⁷ Psychische und psychosomatische Störungen nach Kapitel V der ICD-10.

generalisierungen, Brüche und Widersprüche in Beziehungen, sowie auf die Differenziertheit der Beziehungspersonen im Erleben des Patienten geachtet werden.

In der dritten Phase des Interviews liegt das besondere Interesse des Interviewers auf dem *Selbsterleben des Patienten*, unter Einbeziehung seiner Herkunft, seiner Familie, des erreichten Sozialstatus und den konkreten Lebenszielen. Detaillierte Fragen sollen Aufschluß über die Zufriedenheit des Patienten in den genannten Bereichen geben.

Eng verschränkt mit der vorgenannten Phase ist die vierte Phase, die das Selbsterleben in Bezug zur Wahrnehmung und dem *Erleben der bedeutsamen Beziehungspersonen* bringt.

Zum Abschluß des Interviews soll unter *Nutzung der Gegenübertragung auf Übertragungaspekte* eingegangen werden. Die Psychotherapiemotivation des Patienten wird durch das probeweise Heranführen an seine Problematik überprüft, um so die Einsichtsfähigkeit und damit die vom Patienten mitgebrachten Behandlungsvoraussetzungen einschätzen zu können.

Zur Durchführung eines OPD Interviews wird die ausführliche Schulung in eigens eingerichteten Trainingszentren vorausgesetzt, die auch die Auswertung des Gesprächs mittels eines standardisierten Erhebungsbogens und eines ausführlichen Manuals mit einbezieht.

1.2 Ausbildungsanamnesen: Funktion und Inhalt

In der psychoanalytischen Ausbildung sieht das Curriculum, nachdem die ersten beiden Semester vor allem dem Literaturstudium dienen, ab dem dritten Semester den Ausbildungsabschnitt der Anamnesenerhebung vor. Neben dem vorausgehenden Vertrautwerden mit psychoanalytischem Grundlagenwissen, werden Pflichtseminare zur Methodik psychoanalytischer Erstinterviews, zur psychoanalytischen Diagnostik und zur differentiellen Indikationsstellung angeboten. Parallel zur Anamnesenerhebung werden die Erfahrungen der Ausbildungskandidaten in den Erstinterviews unter Anleitung erfahrener Psychoanalytiker in den vorgenannten Seminaren zur Diskussion gestellt. Alle Anamnesen werden, einem institutseigenen Schema folgend, schriftlich ausgearbeitet und einem "Zweitsichter" - drei bis sieben Anamnesen pro Zweitsichter, die im Rahmen einer Supervisionsstunde reflektiert

werden - vorgelegt. Die Tätigkeit, Anamnesen der Kandidaten zu kontrollieren, ist am Institut für Psychotherapie e.V., Berlin (IfP) mit dem Status des Lehranalytikers verknüpft. Nun soll nach einem persönlichen Gespräch des Zweitsichters mit dem Patienten, zuweilen im Beisein des Erstsichters, dessen nach zwei Terminen mit dem Patienten erstellte Anamnese diskutiert, beurteilt und gegebenenfalls kritisiert werden. Der Kandidat benötigt eine Anzahl anerkannter Anamnesen als Voraussetzung für die Behandlungserlaubnis. Diese Zahl schwankt je nach Institut zwischen 15 und 30 Fällen. Am IfP (Institut für Psychotherapie e.V., Berlin) sind es zwanzig Fälle. Die Kriterien für die Anerkennung einer Anamnese sind nicht festgelegt, sondern richten sich nach den Vorstellungen des jeweiligen Zweitsichters.

Auch nach der Erteilung der Behandlungsgenehmigung müssen, abhängig vom Bedarf der Vermittlungsstellen, sogenannte Pflichtanamnesen erhoben werden. Am IfP waren es im Untersuchungszeitraum drei bis fünf Anamnesen jährlich pro Kandidat. Die frühere Vermittlungsstelle für Psychotherapie und jetzige Institutsambulanz des Instituts für Psychotherapie e.V., für deren Patienten das Vermittlungsverfahren durchgeführt wird, muß, neben der *Gewährleistung der Ausbildung durch ausreichend Analyse-geeignete Fälle, auch einem Versorgungsauftrag* gerecht werden. Die Anzahl der Pflichtanamnesen richtet sich entsprechend nach den Anmeldezahlen und Wartezeiten der Patienten, da die letzteren einen zumutbaren Zeitraum nicht überschreiten sollen. Diese Pflichtanamnesen werden nicht mehr beurteilt und dienen ausschließlich diesem Versorgungsauftrag. Hohage et al. (1981) vertreten bezüglich einer vergleichbaren psychotherapeutischen Ambulanz, dass die Gesprächsziele Diagnostik und Konsultation zu Ungunsten der Reflexion der Interaktion zwischen den Gesprächspartnern einen größeren Raum einnehmen müßten, besonders bei sogenannten "unergiebigem" Patienten (ebd., S. 544). Daraus könnte für die Anamnesen abgeleitet werden, dass das szenische Geschehen wenig oder nicht zentral für die psychodynamische Diagnostik herangezogen werden sollte.

In den Weiterbildungsrichtlinien des Institut für Psychotherapie e.V. Berlin vom 17.3.1982, in einer ergänzten Fassung vom 10.10.1984, heißt es unter 4. *Verlauf der Weiterbildung*:

c) Kandidaten: Während der Zeit der Anamnesenerhebung (bis zur Behandlungsgenehmigung) ist der WB[Weiterbildungs]-Teilnehmer Kandidat. Die Anamnesenerhebung dient der praktischen Übung diagnostischer und prognostischer Beurteilung von neurotischen Krankheiten. Jeder Kandidat muß mindestens 20 positiv beurteilte Anamnesen erhoben haben; es müssen Beurteilungen von drei verschiedenen Zweitsichtern vorliegen. Maximal zehn Anamnesen könnten bei einem Zweitsichter kontrolliert werden. Die Beurteilung der Anamnesen erfolgt durch Kontrollanalytiker

nach einer von ihnen durchgeführten Zweitsicht der Patienten. Der Kandidat bespricht seine Anamnesen mit dem Zweitsichter in einem Kontrollgespräch. (IfP, 1984).

Die Ausbildungsanamnesen haben vielfältige Funktionen. Eine Funktion ist das *Einüben von bestimmten Kriterien für eine erfolgreiche psychoanalytische Datensammlung*, die dann in Bezug zu theoretischen Vorstellungen gebracht werden soll, um so zu einer psychodynamischen Diagnostik zu kommen. Ganz explizit wird zu einem lustvollen "Spiel" mit verschiedenen Theorien eingeladen. Hierzu schreibt Petri (1983) im Kommentar zum Anamnesenschema:

Allgemeines: Die Anamnesenerhebung im Rahmen der psychoanalytischen Weiterbildung dient der ersten Anwendung theoretischen Wissens auf die Praxis. Die Bezeichnung "Pflichtanamnesen" verführt die einen zu einer "schnellen Erledigung" und andere zur Erfüllung perfektionistischer Ansprüche. Beide Haltungen sollten durch eine Einstellung ersetzt werden, die in den supervidierten "Übungen" eine Chance sieht, praktisches Erfahrungswissen zu vertiefen und sich dem Verständnis des Patienten mit Phantasie und unter dem Grundsatz von Versuch und Irrtum anzunähern. Anamnesen sind keine "Romane", sondern eine konzentrierte Sammlung von möglichst harten objektivierbaren Faktoren, aus denen sich die Hypothesen zur Interpretation ableiten lassen (maximal sechs Seiten!). Entsprechend sollten die anamnestischen Daten kurz (z.T. stichwortartig) und die Interpretation breiter dargestellt werden (Petri, 1983).

Diesem sogenannten Petri-Schema folgend sollten Anamnesen die folgenden Punkte enthalten:

1. Diagnose
2. Symptomatik (stichwortartig)
3. Eindruck vom Patienten
4. Beginn und Verlauf der Symptomatik
5. Primordialsymptomatik⁸
6. Krankheiten in der Familie
7. vorangegangene Therapien - Beratungen - Untersuchungen
8. auslösende Situation
9. Grund des Kommens, Theorie über Herkunft der Beschwerden, zentrale Problematik

⁸ Unter Primordialsymptomatik ist die psychische Symptomatik in der Kindheit bis zur Pubertät gemeint (vgl. Ermann, 1980).

10. aktuelle Lebenssituation: Beruf, Partnerschaft, evtl. Kinder, soziale Kontakte, Wohnungssituation, Einkommen, Interessen, Hobbys, Einstellung zu eigenen Kindern, Einstellung zum Kinderwunsch
 11. Genese: Mutter, Vater, Geschwister, nähere Beziehungspersonen (Alter, Beruf, Charakteristik, Heiratsdatum der Eltern) Aufenthaltsübersicht, Schulentwicklung, Berufsentwicklung, Partnerschaften, soziale Kontakte
 12. Einstellung zu und Erwartungen an Psychotherapie
 13. Projektive Verfahren: früheste Kindheitserinnerung, Traumbeispiel, Drei-Wunsch-Probe⁹
 14. neurosenpsychologische Interpretation (Zusammenfassung)
 15. Prognose und Indikation
 16. ergänzende Maßnahmen
- (Petri, 1983).

Dieser Gliederung ist in ihrer Nähe zur biographischen Anamnese unverkennbar. Bei der psychodynamischen Anamnesenerhebung werden meist große Datenmengen generiert, die später geordnet und in einer psychoanalytischen Metasprache diskutiert werden müssen. Was hier schriftlich eingeübt wird, sollte vom examinierten Psychoanalytiker als innere "Orientierungshilfe" (vgl. Ermann, 1980, S.506) verfügbar sein, so dass objektive Daten, die im Verlauf der Vorgespräche oder der Behandlung auftauchen innerlich eingeordnet werden können. A. Sandler, eine Vertreterin der Contemporary Freudians, die das Übertragungsgeschehen als wichtigstes therapeutisches Mittel sieht, betont dennoch die Notwendigkeit einer möglichst ausführlichen Anamnesenerhebung zu Beginn der Behandlung, um "die Perspektive des Patienten, aus der er die Welt sieht" verstehen und mitdenken zu können (A. Sandler, 19. September 1998, persönliche Mitteilung während eines kasuistischen Seminars).

Die Anamnesen haben neben den beschriebenen Funktionen auch die einer Vorbereitung auf *die spätere Notwendigkeit Berichte an den Gutachter zum Antrag des Versicherten zu schreiben*, auch wenn sich die Anamnesenerhebung von der Berichterstellung in wesentlichen Punkten und durch den größeren Umfang unterscheidet. Neben der Erhebung des psychodynamischen Befundes besteht im Anamnesengespräch auch das Bestreben, den Patienten anzuregen, sich mit den emotionalen

⁹ Bei der "Drei-Wunsch-Probe" wird der Patient gefragt, wenn er wie im Märchen drei Wünsche frei hätte, welches diese dann seien.

Hintergründen seiner Erkrankung auseinanderzusetzen. Die Indikation soll zwar unter dem entsprechenden Gliederungspunkt diskutiert werden, letztendlich wird die Indikationsentscheidung aber vom Zweitsichter getroffen. Im Anamnesenjahr, in dem die Ausbildungskandidaten noch keine psychoanalytischen Behandlungen durchführen dürfen, ist die Übernahme eines Patienten nach der Anamnesenerhebung nicht vorgesehen.

1.3 Stand der (empirischen) Forschung

1.3.1 Psychoanalytische Erstinterviews

Psychoanalytische Erstinterviews sind unter vielfältigen Gesichtspunkten untersucht worden. Wrobel (1985) untersuchte aus linguistischer Perspektive die "Formen sprachlichen Handelns ... unter dem Aspekt der diskurstypischen Ausprägungen und ihres Informationswertes für den auf die Erhellung unbewusster Gehalte zielenden diagnostisch-therapeutischen Erkenntnisprozeß" (ebd., S.1). Anhand von vier Interviews konnte er nachweisen, dass unbewusstes Material gesprächsstrukturell wirksam ist. Aus konversations- und inhaltsanalytischer Perspektive untersuchte Wilke (1992) die Eröffnungssequenzen von 32 aufgezeichneten Erstinterviews. Sie konnte zeigen, dass bereits die ersten drei Redebeiträge der Eröffnungsphase verdichtet die Beziehungsangebote beider Gesprächsteilnehmer enthalten (ebd., S. 340). Mit dem Fokus auf die Gegenübertragung unterstreichen die Ergebnisse bei Wegner (1988, 1992) die vorgenannte Einschätzung, dass nämlich die Anfangsszene signifikante diagnostische Bedeutung hat. Dabei wird unter Anfangsszene "das Gesamt der vom Analytiker und Patienten hergestellten Interaktion (inhaltlich), von der persönlichen Begrüßung bis zur Eröffnung des Interviews, einschließlich des ersten gesprochenen Satzes (zeitlich), unter den Rahmenbedingungen psychoanalytischer Beratungs- und Behandlungsangebote (räumlich und das Setting betreffend)" verstanden (Wegner, 1992, S. 291). Aus interpersoneller Sicht trug Stroczan (1993) ein Plädoyer für den szenischen Ansatz bei, wobei das Beziehungsgeschehen im Erstinterview in Abgrenzung von Alltagsbeziehungen diskutiert wird. Es handle sich hier um eine "Mikrobeziehung, in der unbewusst alle wesentlichen Phasen einer zwischenmenschlichen Beziehung im rasenden Tempo und in verdichteter Form durchlebt werden" (ebd. S. 86).

1.3.2 Psychodynamische Diagnostik

Im englischen Sprachraum sind mehrere systematische Ansätze zur psychodynamischen Diagnostik unternommen worden. So z.B. die "Core Conflictual Relationship Theme" (CCRT, auf Deutsch ZBKT) von Luborsky (1977), die "Plan Diagnosis" (PD) von Silberschatz et al. (1986) und die "Idiographic Conflict Formulation" (ICF) von Perry und Cooper (1985). In einem Vergleich dieser Methoden bei der Formulierung der Psychodynamik eines aufgezeichneten Falles ergaben sich beträchtliche Übereinstimmungen, besonders bei der Diagnostik der Wünsche und Ziele der Patienten, sowie der dadurch ausgelösten Resonanzmuster beim Gegenüber (Perry et al., 1989). Für weitere Forschungsansätze fordern die Autoren eine Vereinheitlichung im Sinne einer Standardliste von Wünschen bzw. Zielen, die Entwicklung von Forschungsstrategien zum Vergleich verschiedener Methoden, sowie die Untersuchung der Validität verschiedener Methoden für die Vorhersage von Therapieergebnissen.

1.3.3 Psychoanalytische Anamnesen

Anamnesentexte, die auf Erstinterviews mit Kindern und Jugendlichen basieren wurden von Stafski (1992) und Diederichs-Paeschke et al. (1998) untersucht. In der erstgenannten Untersuchung wurden Indikationsstellung und Therapieverlauf gegenübergestellt, ohne dass hier ein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden konnte. Die zweitgenannte Untersuchung, die ausgewählte Anamnesentexte aus zwanzig Jahren zum Gegenstand hatte, fokussierte auf den Wandel der Diagnosen und psychodynamischen Überlegungen im Untersuchungszeitraum. In der zusammenfassenden Betrachtung wird jedoch auch die Form der Anamnesen diskutiert. Diese sind für die Autoren auffallend an der biographischen Anamnese nach Schultz-Hencke orientiert ist, ohne dass der szenische Ansatz über die Jahre einen bedeutenderen Eingang bei der Anamnesenerstellung gefunden hätte (ebd., S. 204).

1.3.4 Zu Fragen der Indikation

Zwar soll auch im psychodynamischen Erstgespräch die Diagnostik im Hinblick auf die Indikation erfolgen, verschiedene Studien belegen jedoch, dass die Indikation

in der Psychotherapie sich nicht aus der Diagnostik einer bestimmten Störung, sondern vielmehr aus anderen Patientenvariablen¹⁰ und Eigenschaften des Therapeuten (Blaser, 1977, 1989, Mang, 1990), z.B. der Bereitschaft des Analytikers zur "Regression im Dienste der Beziehung" (Dantelgraber 1982) herleiten läßt. In einer niederländischen qualitativen Vergleichsstudie zu Indikationsempfehlungen verschiedener Psychotherapierichtungen konnte Helstone (1998) nachweisen, dass die affektiven interaktiven Prozesse im Erstinterview auch bei Verhaltenstherapeuten ein entscheidendes Indikationskriterium darstellen. Leuzinger (1980, 1981) fand, dass die Indikation auf den Fähigkeiten des Patienten beruhte, Sympathien zu wecken und sich emotional erreichen zu lassen. Besondere Beachtung fand bei Leuzinger die Vielfalt, der in Denkprotokollen untersuchten, kognitiven Prozesse bei der Indikationsstellung, sowie die dabei vorherrschende subjektive Unsicherheit, die jedoch mit zunehmender Information über den Patienten und hochsignifikant mit dem Anwachsen der klinischen Erfahrung abnimmt (ebd., S. 108). In einer retrospektiven Studie fanden Erle & Goldberg (1984), dass die Analysierbarkeit eines Patienten erst nach einer Psychoanalyse sicher festgestellt werden könne, dass aber auch ohne diese Fähigkeit ein therapeutischer Nutzen zu erzielen sei. Heigl (1987) warnt davor, einzelne prognostische Kriterien im konkreten Fall anzuwenden: "Nur ein Mosaik von Kennzeichen ergibt ein Bild und erlaubt ein prognostisches Urteil" (ebd., S.13).

Schneider (1990, 1994) schlägt vor, die Indikationsfrage schulenübergreifend zu formulieren und sich nicht an Diagnosen, sondern an Variablen wie "Therapiemotivation, Behandlungserwartung und prinzipielle Belastbarkeit des Patienten" zu orientieren (1990 S. 50). Bezogen auf die harsche Kritik an den psychoanalytischen Indikationsstellungen besonders von Grawe (1992), kann Schneider "jedoch nicht nachvollziehen, daß sie sich aktuell klinisch - im Sinne des Alltagshandelns – als derart untauglich erwiesen hätten, daß sie sich generell als nicht geeignet oder gar gefährlich für unsere Patienten erwiesen hätten." (1994, S. 231). In verschiedenen Aufsätzen zur Indikationsfrage, die für die Indikationsentscheidungen innerhalb psychoanalytischer Verfahren keinen brauchbaren Beitrag liefern, scheinen begriffliche

¹⁰ Diese anderen Patientenvariablen beziehen sich auf externe Faktoren wie z.B. Alter, Geschlecht und Ausbildungsniveau, sowie interne Faktoren wie Ich-Stärke, Motivation, Belastbarkeit. Blaser fand bei der Untersuchung mehrerer Studien, dass der YAVIS-Patient (young, attractive, verbal, intelligent, succesful) am ehesten eine Indikation für Psychoanalyse erhält. Auf Seite des Therapeuten müssen Interesse an diesem Fall, Sympathie und das Gefühl, helfen zu können gegeben sein.

Ungenauigkeiten oder Mißverständnisse eine latente Kontroverse um den "subjektiven Faktor" eher zu schüren als zu klären (z.B.: Seidenstücker & Roth 1997).

Argelander (1973) argumentiert fast defensiv in Reaktion und Vorwegnahme der Kritik am szenischen Ansatz: "Ohne ... Lernvoraussetzung kann man nicht mehr erwarten als blühende Phantasien und wildes Spekulieren. ... Diese Tatsache kann man nicht oft genug betonen, weil gerade in unserem Fach in dieser Hinsicht viel gesündigt wird. Die mißglückten Versuche werden dann leichtfertig dem bis ins Unerträgliche strapazierten subjektiven Faktor angelastet und schließlich wird die ganze Methode diskreditiert." (Argelander et al., 1973, S. 1010). Baumann (1981) macht die Glaubwürdigkeit des gesamten Psychotherapiebereichs von der Klärung der Frage nach der Indikation abhängig (ebd., S. 36). Gemeinsame Standards bezüglich der zentralen Begriffe der Indikationsfrage sind für Westmeyer (1981) dagegen, in seiner Diskussion aus methodologischer Perspektive, mit der genuinen Existenz unterschiedlicher Therapieansätze wenig vereinbar. Er plädiert vielmehr für die Koexistenz und Rivalität der unterschiedlichen Psychotherapierichtungen.

Bei Buchheim et al. (1988) klingt Skepsis an, ob der scheinbare Gewinn an statistischer Validität und Reliabilität durch eine Standardisierung des Untersuchungsablaufs und eine Operationalisierung der Befunde eine wirklichkeitsgetreue Abbildung psychischer Störungen ermöglichen würde (ebd., S. 66). In einer Studie an der Ambulanz der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Essen anhand der Anamnestischen Übersicht von 236 Patienten konnte Bach (1993) nachweisen, dass die ICD Diagnosen nur einen schwachen Zusammenhang mit den Indikationsentscheidungen aufwiesen. Im Gegensatz dazu war der Zusammenhang mit den psychodynamischen Strukturdiagnosen deutlich enger. Für eine übersichtliche Diskussion der Indikationsfrage und Forschungsbeiträge der letzten Jahre sei auf diese Arbeit (Bach, 1993) verwiesen.

1.4 Exkurs: Diskussionsbeiträge zur kritischen Würdigung psychoanalytischer Fallgeschichten

Falldarstellungen sind seit dem Beginn der psychoanalytischen Behandlungstechnik ein zentrales Medium des wissenschaftlichen Austauschs. Anamnesen sind m.E. eine Sonderform der Falldarstellung. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie vor einer Behandlung erstellt werden und nicht im Nachhinein. Sie sind, wie andere

psychoanalytische Falldarstellungen, bestimmten Gefahren unterworfen. Hierzu einige Beiträge aus Literatur und Empirie:

Marcus (1977) weist exemplarisch an Freuds Fall Dora nach, dass besonders Freuds rhetorischen und literarischen Fähigkeiten seinen Fallgeschichten eine Stimmigkeit verliehen, die einer kritischen Prüfung nur bedingt standhalten. Dass die Krankengeschichten, "wie Novellen zu lesen" seien und des "ernsten Gepräges der Wissenschaftlichkeit" entbehrten, berührte Freud selbst auch "eigentümlich" (Freud, 1895, S.227). Buchheim et al. (1994) erklären das Oszillieren zwischen Fakt und Erzählung mit dem Gegenstand der Beschreibung: "das Bemühen, die Lebensgeschichte eines Patienten verstehbar und verständlich zu präsentieren", mache diese Mischung notwendig (ebd., S. 110). Sie fahren fort: "Falldarstellungen sind eine Unterklasse biographischer Studien, bei denen das Hier und Jetzt mit dem Dort und Damals verknüpft werden soll". Betont wird dabei die Mitteilungsabsicht des Autors. Und "die gegenwärtige Struktur wird als Produkt der Entwicklung betrachtet, weshalb biographisches Verstehen strukturelles Verstehen nach sich zieht." (ebd., S.112).

Schafer (1981) beschreibt die Psychoanalyse als eine interpretative Disziplin. Nach seiner Auffassung liefern Narrative einen falschen Eindruck von Zusammenhang, "eine Illusion der Folgerichtigkeit", wenn sie die Biographie des Patienten in den Mittelpunkt ihrer Betrachtungen stellen. Sinnvoller und dem analytischen Geschehen angemessener, erscheint Schafer, die Beschreibung des Übertragungsgeschehens in der analytischen Situation, da dadurch die Illusion der Trennbarkeit von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft nicht weiter geschürt würde.

Kächele (1981) betont die historische Bedeutung der Krankengeschichten als wichtiges Kommunikationsmedium für die in der Praxis vereinzelt arbeitenden Psychoanalytiker. "Der Gegensatz von intuitivem Verständnis und wissenschaftlicher Erklärung kann als Mittelpunkt der ... intellektuellen Konflikte benannt werden und ist heute noch in Theorie und Praxis nicht gemildert" (ebd., S. 123). Er plädiert für die Transformation der Krankengeschichten zu Einzelfallstudien, wobei besonders die Rolle des Psychoanalytikers zu untersuchen sei.

Spence (1982) plädiert für die Trennung von Fallvignetten und theoretischen Formulierungen, analog zur Rechtsprechung, mit der Begründung, dass die "narrative Wahrheit" eines beschriebenen klinischen Falles nicht automatisch auf die klinische Theorie generalisiert werden könne. Des weiteren kritisiert Spence (1986),

dass Interpretationen, die in der Behandlungssituation ein Evidenzerlebnis bei Patient und Analytiker hervorriefen, einer theoretischen Generalisierung oft nicht standhielten: "what is fitting as a clinical interpretation does not suffice as a public explanation" (ebd., S. 7).

Mutz und Kühnlein (1991) zeigen anhand von drei Fallbeispielen aufgezeichneter offener Interviews, dass bei psychiatrischen Patienten biographische Entwicklungslinien und besonders Brüche, die mit bisherigen Wissensbeständen nicht erklärt werden konnten, mittels psychologischen Wissens "auf einer höheren Reflexionsstufe" normalisiert werden sollen.

Peichel (1996) zieht eine Verbindung von der Pragmatik, der Lehre von der Wirkabsicht der Zeichen, zu der unbewußten Textpragmatik in analytischen Texten, die in der freien Assoziation des Patienten hervorgebracht wurden. Damit sei nichts anderes gemeint als die Übertragung (ebd., S. 27).

Zusammenfassend gilt für Falldarstellungen und damit auch für anamnestische Darstellungen, dass sie in einer möglichst Theorie-fernen Sprache verfaßt sein sollten. Sind sie dies nicht, kann das ein Hinweis auf den Versuch sein, Ungereimtheiten zu glätten. So kann das Phänomen einer sehr Theorie-lastigen und um Darstellung von Literaturkenntnissen bemühten Anamnese wohl als Zeichen von Unsicherheit in der Erstinterviewsituation, bei der Anamnesenerstellung und eines fehlenden tieferen Verständnisses des Patienten gedeutet werden. Die Schilderung von Probedeutungen mit den entsprechenden Reaktionen des Patienten dagegen ist eine gute Möglichkeit, eigene Hypothesen und deren Überprüfung zu illustrieren. Des weiteren ergibt sich aus den vorgenannten Überlegungen, dass der Bericht über das Erstinterview auf das Beziehungsgeschehen und –erleben fokussieren sollte, um einen plastischen Zugang für den anvisierten Leser zur Psychodynamik des Patienten zu ermöglichen.

Anamnesen sind, wie Fallgeschichten, im Spannungsfeld von konkretem Erleben in der Erstinterviewsituation und den theoretischen Hintergrundannahmen des Anamnestikers angesiedelt. Die Schwierigkeit besteht besonders darin durch eine plastische Darstellung des Geschehens im Verbund mit theoretischen Überlegungen, die zum Verständnis des Patienten beitragen sollen, zu validen, dem inneren Geschehen des Patienten, seinem bewußten und unbewußten Anliegen, sowie seinen Schwierigkeiten gerecht werdenden Formulierungen zu kommen.