

Buchheim P, Cierpka M, Kächele H, Jiménez JP (1987) Das "Strukturelle Interview". Ein Beitrag zur Integration von Psychopathologie und Psychodynamik im psychiatrischen Erstgespräch. *Fundamenta Psychiatrica* 1: 154-161

P. Buchheim, M. Cierpka, H. Kächele und J. P. Jiménez

Das 'Strukturelle Interview' - ein Beitrag zur Integration von Psychopathologie und Psychodynamik im psychiatrischen Erstgespräch?*

Zusammenfassung

Die psychopathologische Exploration und die psychodynamische Erstinterviewtechnik sind jene zwei Stilrichtungen, die im psychiatrischen Erstgespräch zur Anwendung kommen. Die Diskussion über diese unterschiedlichen Techniken wird meistens polarisierend geführt. Es gibt nur wenige Versuche, beide Ansätze zu integrieren. Das 'Strukturelle Interview' von Kernberg (1981) erscheint den Autoren deshalb als interessanter neuer Ansatz in dieser Richtung. Nach der Beschreibung der Konzeption und der Durchführung dieses Interviews werden die Vor- und Nachteile des 'Strukturellen Interviews' diskutiert. Um das breite Spektrum der psychiatrischen Krankheiten flexibel und adäquat erfassen zu können, schlagen die Autoren schwerpunktmäßig der Krankheit des Patienten angepaßte Interviewformen vor.

Einleitung

Es besteht sicherlich weitgehend Einigkeit darüber, daß die Kunst, ein gutes psychiatrisches Erstgespräch zu führen, viel Erfahrung benötigt und erlernt sein will. Das psychiatrische Erstgespräch bildet zusammen mit der Erhebung der psychiatrischen Krankengeschichte und der Beschreibung des psychischen Befundes den wichtigsten Bestandteil einer psychiatrischen Untersuchung und die Grundlage für die Einleitung einer jeden Behandlung psychischer Erkrankungen.

Die Technik der Führung eines Erstgesprächs lernt der Psychiater in Ansätzen im Studium kennen, im Verlauf seiner Weiterbildung erwirbt er eigene Erfahrungen entsprechend der klinischen oder wissenschaftlichen Ausrichtung seiner Weiterbildungsstätte und schließlich findet er in seiner

späteren Tätigkeit seinen persönlichen Stil. Die Anleitungen zum Erlernen des Erstgesprächs, die in idealtypischer Form erarbeitet wurden, bleiben für den Psychiater nicht unbedingt verbindlich, sie sind eher anregend und nur gelegentlich prägend für seine Praxis .

Während die psychiatrische Anamnesen- und Befunderhebung seit jeher von dem jeweiligen Erkenntnisstand der psychiatrischen Krankheitslehre bestimmt waren, spiegelt das psychiatrische Erstgespräch bzw. Erstinterview die Entwicklung der wechselseitigen Beziehung zwischen Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychoanalyse wieder.

Die Entwicklung der Methodik und Technik des Erstinterviews ist in der Psychiatrie ein relativ junger Bereich - nicht nur bezüglich der Anwendung in der alltäglichen Routine von Klinik und Praxis, sondern auch in ihrer wissenschaftlichen Erforschung. Hinzu kommt, daß dieses Gebiet, wie H. KIND (1978) bereits betont hat, überwiegend im angloamerikanischen Schrifttum bearbeitet worden ist, obwohl ursprünglich durch die Aufnahme psychoanalytischen Gedankenguts durch BLEULER (1911) und durch das Wirken von C. G. JUNG am Burghölzli schon früh in der Schweiz die psychiatrische Diagnostik von der Psychoanalyse beeinflusst wurde.

Allerdings besteht auch heute noch in der Psychiatrie, im Gegensatz z. B. zur internistischen Untersuchung, wenig Einigkeit darüber, wie die Technik der Erstgesprächsführung aussehen soll. Obwohl immer wieder darauf hingewiesen wurde, z. B. daß sich "in der Psychiatrie "diagnosenzentrierte" und "patientenzentrierte" Einstellungen verbinden" (HUBER, 1981), werden das psychodynamisch orientierte Erstinterview und die psychopathologische Explorationstechnik alternativ und polarisierend diskutiert.

Trotz zunehmender interdisziplinärer Zusammenarbeit von Psychiatrie und Psychotherapie findet man vor allem in der deutschsprachigen Literatur die folgenden beiden Techniken der Erstgesprächsführung, die sich hinsichtlich ihres Vorgehens deutlich unterscheiden: die psychopathologische Exploration und die psychodynamische Erstinterviewtechnik. Oftmals wird dabei ein Gegensatz zwischen der psychodynamischen Sichtweise und der deskriptiv psychopathologischen Orientierung festgeschrieben. Sein Verhältnis zur Psychiatrie erläuternd, stellte FREUD (1923, S. 22) fest, daß die Psychoanalyse nicht im Gegensatz zur Psychiatrie stehe, "wie man nach dem nahezu einmütigen Verhalten der Psychiater glauben sollte. Sie ist vielmehr als

Tiefenpsychologie, Psychologie der dem Bewußtsein entzogenen Vorgänge im Seelenleben, dazu berufen, ihr den unerläßlichen Unterbau zu liefern und ihren heutigen Einschränkungen abzuhelpfen". Diese programmatische Erklärung Freuds konnte jedoch die Gegensätze nicht überbrücken, da ihr Inhalt von führenden psychiatrischen Theoretikern (z. B. Jaspers) nicht akzeptiert werden konnte.

Andere Ausgangsbedingungen in der nordamerikanischen Psychiatrie führten zu einer früheren Rezeption des psychodynamischen Erfahrungsgutes, während die mitteleuropäische Psychiatrie sich auf die Weiterentwicklung der Psychopathologie konzentrierte. Wie heute in den USA in recht pragmatischer Weise die unterschiedlichen Ebenen und Aspekte der psychiatrischen Untersuchung angegangen werden, können wir aus einem neuen amerikanischen Lehrbuch für Medizinstudenten von WALDINGER (1984) ersehen, in dem einerseits "The Psychiatric Interview" als psychodynamisches Erstgespräch und "Taking a Psychiatric History" sowie "The Mental Status Examination" als klinische Exploration und Befunderhebung sinnvoll nachgeordnet und sich ergänzend dargestellt werden.

Inzwischen stehen die Psychiater durch die Einführung der DSM III-Diagnostik und -Klassifikation psychischer Störungen nicht nur in den USA sondern aller Voraussicht nach auch hierzulande an einem Wendepunkt in der Handhabung der psychiatrischen Untersuchung. Der in dem Manual festgelegte und bereits in fortlaufender klinischer und wissenschaftlicher Überprüfung befindliche umfangreiche Kriterienkatalog für psychische Störungen ist in freier Gesprächsform nicht mehr explorierbar. Er hat zunächst in konsequenter Weise zur Entwicklung spezieller strukturierter klinischer Interviews, z. B. von SPITZER und WILLIAMS (1984), geführt, die in erster Linie die Technik der Erhebung des psychiatrischen Befunds und zum Teil auch der Anamnese betreffen. Als eine Zukunftsperspektive könnte man sich vorstellen, daß, wenn die DSM-III-Diagnostik in der psychiatrischen Klinik und Praxis eingeführt wird, gleichzeitig erarbeitet wird, inwieweit ein "Erstinterview" zur Beziehungsaufnahme mit dem Patienten und ein "strukturiertes Interview" zur klinischen Diagnostik sich sinnvoll ergänzen .

In dieser Situation ist es von großem Interesse, welcher Stellenwert dem psychiatrischen Erstgespräch künftig zukommen wird. Denn Ziel des

psychiatrischen Erstgesprächs ist weniger die endgültige Diagnosestellung, sondern das Herstellen eines gemeinsamen Verständnisses zwischen Arzt und Patient und eine gemeinsame Betrachtung, wie das Leiden des Patienten in seine Persönlichkeit und seine psychosoziale Umwelt eingebettet ist. Auf diese Weise können auch die persönlichen Ressourcen und die Hilfsangebote der Familie und der weiteren Umwelt eingeschätzt werden, die zur Lösung der Probleme beitragen können. Der Psychiater möchte unabhängig von seiner theoretischen Orientierung dem Patienten Beratung und Hilfe anbieten und versuchen, dessen weitere Mitarbeit im diagnostischen und therapeutischen Prozess sicherzustellen. Eine gute Arbeitsbeziehung ist die Grundlage für das Vertrauen des Patienten zum Arzt bzw. zur Klinik. Im ersten Kontakt kann diese Kooperation mit dem Patienten, eventuell unter Einbeziehung der Familie, gefördert werden, wenn das Gespräch mit Einfühlungsvermögen, Klarheit und Kompetenz auf Seiten des Psychiaters geführt wird.

Ein grundlegendes Problem besteht darin, inwieweit eine Erstgesprächstechnik tatsächlich allen Patientengruppen und Situationen gerecht werden kann. Aus pragmatischer Sicht ist es einleuchtend, dass gegenüber einem Patienten mit einer akuten Psychose eine andere Gesprächs- und Verhaltensweise erforderlich ist, als bei einem Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung oder einer Angsterkrankung. Daher hat KIND (1978) in seinem Beitrag, in Anlehnung an SULLIVAN (1954), versucht, verschiedene Phasen des Erstgesprächs auch für Entscheidungen über das weitere Vorgehen im Prozess der Beziehungsaufnahme und Diagnostik zu nutzen. In der "Einleitungsphase" wird über die Kontaktaufnahme der Weg bereitet für ein unterschiedliches Vorgehen in der "mittleren Phase", das je nach Erscheinungsbild des Patienten entweder mehr auf intrapsychische Konflikte ausgerichtet ist, oder mehr eine psychopathologische Exploration von psychotischen Merkmalen zum Ziel hat.

Das 'Strukturelle Interview' von O. KERNBERG (1981) erscheint uns als ein wichtiger und diskussionswürdiger integrativer Ansatz, in dem Psychopathologie und Psychodynamik für das breite Spektrum psychiatrischer Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung von Persönlichkeitsstörungen erfaßt werden.

Wie wir im folgenden darstellen werden, versucht KERNBERG durch ein zirkuläres Vorgehen im diagnostisch-interaktionellen Prozeß das weite

Spektrum und die Vielschichtigkeit psychischen Gestörtseins von Patienten auch auf dem Hintergrund des Strukturniveaus der Persönlichkeit zu erfassen.

Zunächst soll jedoch unter historischen Gesichtspunkten und an einigen klassischen Beispielen die Unterschiedlichkeit in der Technik und Zielsetzung der psychiatrischen Exploration und der psychodynamischen Erstinterviewtechnik diskutiert werden. In einem zweiten Schritt wird dann versucht, am Beispiel des 'Strukturellen Interviews' von KERNBERG die Vor- und Nachteile von Integrationsversuchen aufzuzeigen.

Die Technik der Exploration

Die Exploration folgt insofern dem medizinischen Modell, als in der phänomenorientierten Diagnostik alle am Patienten beobachteten Phänomene geordnet und klassifiziert werden. Die phänomenologische Analyse orientiert sich dabei an der Lehre der allgemeinen und speziellen Psychopathologie. Alle am Patienten beobachteten Phänomene sollten vorurteilslos und möglichst vollständig erfaßt und beschrieben werden. Beabsichtigt wird ein möglichst genauer Überblick über die bei einem Patienten vorliegenden Symptombestände. Die Klassifikation führt schließlich zur Diagnose.

Das diagnostische Vorgehen in der Exploration ist relativ aktiv. Die beim Patienten beobachteten Phänomene werden möglichst vorurteilslos und genau erfasst und vom Untersucher beschrieben. Genauso werden die einzelnen Symptome festgehalten und entsprechend der vorgegebenen Klassifikation eingeordnet. Diese Klassifikation ist dann mit der Diagnosestellung identisch.

Prinzipiell kann die Exploration nicht weit genug getrieben werden. Dabei ist es unwesentlich, in welcher Ordnung die Exploration erfolgt, wesentlich ist lediglich, daß nichts ausgelassen wird. In gewisser Hinsicht ähnelt die Exploration einem Puzzle, bei dem es ebenfalls gilt, alle Steine zusammenzutragen, um ein möglichst genaues Bild zu erhalten (WEITBRECHT und GLATZEL, 1979). Alle systematisch erhobenen Beobachtungen und Beschreibungen der Phänomene gehen in den psychischen Status ein. Dieser recht formal gehaltene Untersuchungsbefund zwingt den Psychiater, alle psychischen Funktionen

des Patienten noch einmal durchzugehen und sie entsprechend einzustufen.

Die Technik des Erstinterviews

In der psychodynamischen Diagnostik figuriert die Beziehung zwischen Arzt und Patient nicht nur als Hintergrund, auf dem die Figur des Befundes abgelesen werden kann, sondern wird selbst in wechselnden Verhältnissen zur Figur. Im Gegensatz zum Vorgehen bei der Exploration ist der Interviewer eher zurückhaltend und variiert seine Strategien zur Informationsgewinnung laufend. Dem Patienten wird genügend Raum gegeben, sodaß er das Gespräch strukturieren kann, indem er die ihm subjektiv wesentlichen Inhalte vorbringen kann. Die relevante Information als Ziel dieser Technik ist die Erfassung von Qualität und Verlauf der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Mit der Technik der teilnehmenden Beobachtung von Übertragung und Widerstand beim Patienten, der Technik der Introspektion, und der Wahrnehmung eigener *affektiver Reaktionen auf den Patienten*, - in der *psychoanalytischen Behandlungstheorie* als Gegenübertragung konzipiert - , versucht der Arzt die bewußten und unbewußten Anteile der vom Patienten angebotenen Beziehungsmuster zu erfassen. In der Verarbeitung dieser sehr heterogenen Informationen hat er die für die Symptombildung relevanten Konfliktmuster herauszuarbeiten (THOMÄ und KÄCHELE, 1985). Radikalisierend läßt sich der Unterschied zwischen Exploration und Erstinterview so zuspitzen, dass der Patient für die psychiatrische Diagnostik 'Objekt der Beobachtung' ist, und im psychodynamisch vorgehenden Setting als handelndes 'Subjekt' im wechselhaften Geschehen des sich aufbauenden, wesentlich von ihm organisierten Beziehungsfeldes gesehen werden kann (s. d. SCHUMACHER, 1985,S.54). Während es bei der Exploration um einen querschnittsmäßigen Befund zu einem bestimmten Zeitpunkt geht, wodurch die Diagnose einen statischen Charakter erhält, wird bei der psychodynamischen Diagnose diese deskriptive *Merkmalsanalyse* zugunsten der Erfassung von aktuellen, im Hier und Jetzt entstandenen,

Beziehungsmustern zwischen Arzt und Patient relativ vernachlässigt.
Psychodynamische Diagnosen versuchen den Anspruch auf ein Verständnis der aktuellen Situation als Niederschlag vergangener konflikthafter Beziehungen einzulösen.

Versuche der Integration

Die Unvereinbarkeit des analytischen Interviews mit der psychopathologischen Exploration wird theoretisch durch die dahinterstehenden unterschiedlichen Paradigmen, nämlich der Beziehungspathologie einerseits und dem medizinisch- naturwissenschaftlichen Krankheitsmodell andererseits, bedingt. Allerdings gibt es zahlreiche Versuche, beide Sichtweisen zu integrieren. Schon früh in der Rezeptionsgeschichte hat sich die psychiatrische Diagnostik durch die Aufnahme psychoanalytischen Gedankenguts durch BLEULER (1911) verändert, wie THOMÄ und KÄCHELE (1985, S.177) ausführen:

" Über die Schule Bleulers am Burghölzli lernten zum Beispiel Brill, Putnam und andere die psychoanalytische Untersuchungstechnik kennen und trugen zu deren Verbreitung in der dafür bereits durch die sozialhygienischen und psychotherapeutischen Ideen A. Meyers vorbereiteten Psychiatrie der USA bei (s.dazu BURNHAM, 1967, S.18). Schon in den dreißiger Jahren lassen sich dort diese Einflüsse auf das psychiatrische Erstgespräch erkennen; die einzelnen Schritte haben GILL, NEWMAN und REDLICH (1954) aufgezeichnet. Ihr wesentlicher Beitrag besteht in der Präzisierung der psychodynamischen Interviewtechnik. Der traditionellen psychiatrischen Exploration stellen sie erstmals das "Dynamische Interview" gegenüber, das durch 3 Ziele gekennzeichnet werden kann:

"Das erste Ziel ist es, eine Beziehung zwischen zwei Fremden herzustellen, von denen der eine eine professionelle Person ist und der andere ein menschliches Wesen ist, welches seelisch leidet und oft andere leiden macht...

Das zweite Ziel ist eine Bewertung der psychosozialen Situation des Patienten...

Das dritte Ziel ist es, den Patienten darin zu bestärken, falls angezeigt, eine Behandlung aufzugreifen und mit ihm weitere Schritte zu planen (GILL et al, 1954, S.87/88)."

Die psychiatrische Diagnose wird in die Einschätzung der Gesamtsituation eingebettet und entspricht Balints Begriff der Gesamtdiagnose. Einen wesentlichen Schritt auf dem Wege von dem nur diagnostischen Interview zum therapeutischen Handeln sehen wir

darin, daß GILL et al in den Verantwortungsbereich des Erstinterviews auch die Entwicklung der Unterstützung des Patienten auf dem Wege in eine Behandlung einschließen".

Allerdings kritisierten REDLICH und FREEDMAN (1966, S.304) in ihrem Lehrbuch an dieser Erstinterviewtechnik, daß die Autoren "radikaler als andere Forscher auf diesem Gebiet den diagnostischen Gesichtspunkt in den Hintergrund gestellt" haben. Sie sehen zwar darin eine Stärke, aber eben auch die Schwäche des Ansatzes. Die einzige Therapieform, die GILL et al im Anschluß an das Erstinterview in Betracht ziehen, sei die aufdeckende Psychotherapie. Das Erstgespräch entspreche dadurch zu sehr den Anforderungen der analytischen psychotherapeutischen Praxis und berücksichtige zu wenig die Erfordernisse der klinisch psychiatrischen Praxis.

Im Vergleich zu der Interviewtechnik von GILL et al. erscheint die Interviewtechnik SULLIVANS (1954) strukturierter. Nach einer Warming-up Phase, die Reconnaissance, konzentriert sich der Psychiater in der zweiten Phase auf die Lebensumstände des Patienten und wie er diese erlebt. Nach einer detaillierten Befragung der Beschwerden werden die Symptome und die Ängste in Zusammenhang mit der Lebensgeschichte und der inneren Welt des Patienten gebracht. Das abschließende 'Final Statement' informiert den Patienten über die Überlegungen des Psychiaters und seine weiteren Zielvorstellungen.

Es ist nicht nötig an dieser Stelle näher auf die Interviewtechnik von SULLIVAN einzugehen, weil KIND (1973, 1978) ihren Leitfaden für die psychiatrische Untersuchungstechnik an SULLIVANS Konzeption anlehnte und diese Untersuchungstechnik im deutschsprachigen Raum bekannt geworden ist. Ein weiteres Beispiel für die Ausarbeitung psychodynamisch orientierter, jedoch im psychiatrisch-psychosomatischen Feld operierendes Interviewverfahren wurde von DEUTSCH und MURPHY (1955) mit der sog. assoziativen Anamnese gegeben (s.a. CANTOR 1957). Die genannten Beispiele mögen ausreichend sein, um auf die Möglichkeit einer Integration von Psychiatrie und Psychoanalyse unter behandlungstechnischen Gesichtspunkten hinzuweisen, wie sie von REDLICH und FREEDMAN (1966), von KIND (1973) oder von MONROE (1978) konkretisiert wurden.

Das 'Strukturelle Interview'

Der Psychiater und Psychoanalytiker Otto Kernberg, der seine psychiatrische Fachausbildung in Santiago de Chile und Baltimore erhielt, entwickelte seine im Folgenden näher zu beschreibende Interviewtechnik im Rahmen der langjährigen Erfahrungen in der Menninger Psychotherapie-Studie mit Borderline-Patienten (s. KERNBERG 1972), die er nach seinem Wechsel an die Cornell Medical School, New York (Westchester Division) vertiefte. Im Rahmen dieses psychiatrischen Hospitals entstanden die vorliegenden Beschreibungen (1977, 1981, 1984). Das 'Strukturelle Interview' ist ein gutes Beispiel für die 'zweite Generation' psychoanalytisch orientierter psychiatrischer Erstgesprächsformen in der Nachfolge des 'Dynamischen Interviews'. Im Mittelpunkt steht der Versuch, die Geschichte der persönlichen Erkrankung des Patienten und sein allgemeines psychisches Funktionieren in direkte Beziehung zur Interaktion des Patienten mit dem Diagnostiker zu bringen.

Es geht dabei nicht - wie die Bezeichnung nahe legen könnte - um ein strukturiertes oder semistrukturiertes Interview (wie das von SPITZER und WILLIAMS, 1984), sondern um ein relativ frei geführtes Interview entlang einem Interviewleitfaden, der das Wechselspiel zwischen Exploration und psychodynamisch geführtem Interview erlaubt. Mit dem Adjektiv 'strukturell' ist gemeint, daß die Struktur des Patienten erforscht werden soll. Der psychoanalytische Struktur- begriff bezeichnet dabei die stabilisierte und die stabilisierende Funktion jener inneren Organisationsformen, die zwischen den ätiologisch-genetischen Faktoren und den Äußerungsformen bestimmter Krankheiten angesiedelt sind. Die Struktur bestimmt also das psychologische Funktionieren und bildet die zugrunde liegende Matrix für jedes Individuum, aus der sich die symptomatischen Verhaltensweisen entwickeln. Diese individuelle, auf der intrapsychischen Ebene angesiedelte, Struktur geht in die Interaktion ein.

KERNBERG geht von drei übergeordneten strukturellen Charakteristika aus:

1. Die Identitätsintegration versus der Identitätsdiffusion. Dieses Charakteristikum ist auf dem Hintergrund der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie formuliert.
2. das Verhältnis von reifen und unreifen Abwehrmechanismen
3. die An- oder Abwesenheit der Realitätsprüfung.

Diese Charakteristika differenzieren, im strukturellen Sinne, die neurotische, die Borderline- und die psychotische Struktur (Abb. 1). Unter

'strukturell' versteht KERNBERG dementsprechend innere Objektbeziehungsmuster und innere Abwehrmuster, die soziale Interaktionen mitgestalten und vom Arzt im Interview diagnostiziert werden können. Die Organisationsformen für die Interaktion sind also die inneren Objektbeziehungsmuster und das Abwehrverhalten. Um dies in Interaktionen sichtbar zu machen, muß die Erstinterviewtechnik sehr aktiv und direkt, fast provozierend, sein.

Die differentialdiagnostische strukturelle Abklärung folgt dem nosologischen System der Psychiatrie mit den drei Hauptgruppen, den 'endogenen' Psychosen (bei KERNBERG den 'funktionellen' Psychosen), den exogenen Psychosen, und den Neurosen. Darüber hinaus behandelt KERNBERG die Borderline-Störungen als eigenständige vierte Kategorie.

hier Abb. 1 einfügen

Auch der Interviewleitfaden, den er durch bestimmte Fragen in der Anfangs-, Mittel-, und Schlußphase des Interviews konkretisiert, folgt, trotz des zyklischen Gesprächstils, dem psychiatrisch - phänomenologischen Konzept, zuerst auf organische Psychosen, dann auf 'funktionelle' Psychosen und erst danach auf Borderline-Störungen und Neurosen zu achten. Dies wird von ihm u.a. nicht nur damit begründet, daß die klassische Anamnesetechnik für die Psychiater, die sich noch in Ausbildung befinden, eine Erleichterung darstellt und die Diagnose von offensichtlichen 'funktionell' psychotischen und hirnnorganisch bedingten psychopathologischen Phänomenen erleichtert, sondern auch weil der Patient in seinen Erwartungen zunächst hinsichtlich eines bestimmten Arzt-Patienten- Verhältnisses bestätigt wird.

Durch das ständige Zurückkehren auf Problem- und Symptombereiche des Patienten wird einerseits der psychopathologische Status präzisiert und andererseits wird mit Hilfe der psychoanalytischen Methodik auf die Arzt-Patienten-Interaktion geachtet. Dies ermöglicht dem Diagnostiker bereits, dem Patienten vereinzelt Interpretationen und manchmal sogar Übertragungsdeutungen anzubieten. KERNBERG beschreibt als den Hauptzweck dieses zirkulären Vorgehens für die Diagnostik die Abklärung

bestimmter Leitsymptome, die in Abb.2 im äußeren Kreis notiert sind. Es geht dabei um die Klärung der Identitätsherstellung (pathologisch wäre die Identitätsdiffusion), der Qualität der Abwehrmechanismen und der An-oder Abwesenheit der Realitätsprüfung.

hier Abb. 2 einfügen

Hierdurch ergibt sich die in Abb.1 dargestellte Differenzierung von Neurosen, Borderline- Störungen, 'funktionelle' Psychosen und hirn-organisch bedingten Syndromen. In Abb.2 sind die Diagnosegruppen im inneren Kreis den Leitsymptomen gegenübergestellt.

Abb.3 gibt eine Vorstellung über das integrative Modell des Vorgehens im 'Strukturellen Interview'. Die zirkuläre Fragetechnik entlang den Kardinalsymptomen (Schritt 1-7) erfordert vom Interviewer immer wieder die technische Handhabung der Klarifikation. Der innere Interaktionszirkel schreitet dann von der Klarifikation zur Konfrontation fort, wenn der Interviewer den Eindruck hat, daß durch das Bewußtmachen des dem Patienten unewußt gebliebenen Verhaltens neues Material

hier Abb.3 einfügen

gewonnen werden kann. KERNBERG empfiehlt, mit der Deutung von unbewussten Konflikten im Erstinterview zurückhaltend umzugehen. Bei neurotischen Persönlichkeitsstrukturen ist jedoch eine Probedeutung

unerlässlich, um die psychodynamischen Hypothesen, das spontane Verständnis und die Introspektionsfähigkeit des Patienten zu überprüfen. Im Einzelfall können deshalb dem neurotischen Patienten aktuell wirksame unbewusste Zusammenhänge gedeutet oder der Borderline-Patient wird mit Aufspaltungen in seinen Selbst- bzw. Objektrepräsentanzen konfrontiert.

Wenn es bei einem Borderline-Patienten gelingt, eine solche Deutung zu formulieren, die verschiedene Selbstaspekte miteinander verbindet, wird der Patient mit einer Reduktion seiner Angstgefühle reagieren. Ein Psychotiker dürfte bei einer ähnlichen Deutung in panische Angst geraten. Aus den Reaktionen des Patienten lassen sich dann Schlußfolgerungen für weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen treffen.

Der Interviewer wechselt gedanklich zwischen den Kreisen ständig hin und her. Durch die Beobachtung der Interaktion und mit den stilistischen Mitteln der Klärung, der Konfrontation und der Deutung im inneren Zirkel ergibt sich Material für die Diagnosestellung und -überprüfung auf dem äußeren Kreis. Diese Schritte wirken sich wiederum auf die neuen Fragestellungen im inneren Zirkel aus und so fort.

Der Interviewer beginnt z.B. das Gespräch mit dem folgenden Satz: "Könnten Sie mir sagen, was Sie hierhergebracht hat, welcher Art Ihre Probleme sind, was Sie von der Behandlung erwarten und wieweit Sie mit Ihren eigenen Möglichkeiten gekommen sind." Mit dieser sehr komplexen Frage belastet der Interviewer den Patienten und leitet aus dessen Reaktionen erste Hypothesen ab. Ein Patient mit einem hirnorganischen Syndrom wird z.B. aufgrund seiner mnestischen Störungen verwirrt reagieren, weil er sich auf so viele Fragen gar nicht konzentrieren kann. Bereits mit dieser Einleitungsfrage und deren Auswirkungen auf die Arzt-Patient-Interaktion tritt der Interviewer in den diagnostischen Zirkel ein. Nach der Darstellung der Beschwerden und Symptome des Patienten sollte der in Abb.2 beschriebene Zyklus einmal abgeschlossen sein, damit differentialdiagnostisch die 'funktionellen' Psychosen und die hirnorganisch bedingten Psychosen diagnostiziert oder ausgeschlossen werden können.

Der Interviewer versucht gleichzeitig mit den Mitteln der Klarifikation, Konfrontation und Deutung Material zu sammeln, um wichtige prognostische und therapeutische Informationen zu erhalten. Durch diese,

in der Mittelphase des Gesprächs angewandte Technik, stellt sich dem Interviewer eine weitere wichtige Aufgabe, die er simultan erfüllen muß:

1. muß die subjektive, innere Welt des Patienten erforscht werden, 2. soll das Verhalten des Patienten in den Interaktionen mit dem Arzt beobachtet werden und 3. sollen die eigenen affektiven Reaktionen im Sinne der Gegenübertragung beim Interviewer analysiert werden, um die Natur der zugrundeliegenden unbewusst-aktivierten Objektbeziehungen des Patienten zu erhellen.

Diese zugrundeliegenden Objektbeziehungen sollten dem Interviewer dann auch erlauben, eine Interpretation oder eventuell auch eine Deutung zu formulieren, die dem Patienten einen Eindruck von seinen Abwehrmechanismen und seinem abgewehrten Konflikt verschaffen. In der Mittelphase des Gesprächs sollte der Diagnostiker einen Eindruck von der Fähigkeit des Patienten zum 'Arbeitsbündnis', aber auch zum 'acting out' erhalten haben. Er sollte die Motivation des Patienten und die Gefahr der psychotischen Dekompensation einigermaßen abschätzen können.

KERNBERG weist daraufhin, daß für die Beendigungsphase des 'strukturellen Interviews' genügend Zeit bleiben sollte. Der Interviewer sollte dem Patienten deutlich machen, daß er mit seiner Aufgabenstellung zu einem vorläufigen Ende gekommen ist. Um dem Patienten Gelegenheit zu geben, eigene zusätzliche Themata einzubringen, könnte z.B. folgende Frage gestellt werden: "Was meinen Sie, was ich noch hätte fragen sollen und bis jetzt nicht gefragt habe?" Dies gibt dem Patienten die Möglichkeit, Ausgelassenes einzufügen und seine Eindrücke über das bislang erörterte Material zu übermitteln. Die Terminationsphase ist auch wichtig, um die Motivation des Patienten für weitere diagnostische Schritte und vorgeschlagene therapeutische Maßnahmen kennenzulernen.

KERNBERG setzt für sein 'Strukturelles Interview' 1 1/2 Stunden an. Für manche Patienten scheint es günstiger zu sein, diese Zeit in zwei 45 minütige Perioden aufzuteilen und eine Pause von 10 Minuten zu machen. Die Pause gibt auch dem Psychiater Gelegenheit, darüber nachzudenken, welche psychopathologisch orientierten Standardfragen er bislang ausgelassen hat. Allerdings scheint es nur selten notwendig zu sein, zusätzliche Termine anzuberaumen, um den psychopathologischen Status zu vervollständigen.

Mit THOMÄ und KÄCHELE (1985,S.179) meinen wir, dass das 'Strukturelle Interview' ein ausgewogenes Mischungsverhältnis zwischen deskriptiver Phänomänologie und psychodynamischer Beziehungsanalyse aufweist. Es wird den diagnostischen, therapeutischen und prognostischen Aufgaben eines psychiatrisch- psychotherapeutisch orientierten Erstgesprächs gerecht. Es ermöglicht, ein breites Spektrum von psychiatrischen Erkrankungen differentialdiagnostisch in Erwägung zu ziehen, die auf den Psychiater in der Klinik wie in der Praxis zukommen. Dieser hat es ja nicht nur wie ein Psychoanalytiker ausschließlich mit Neurosen oder wie ein Neurologe nur mit organisch bedingten psychiatrischen Krankheiten zu tun.

Um den notwendigen Informationsgewinn für die differentialdiagnostische Abklärung zu erhalten, wird eine gewisse Einschränkung der sich frei gestaltenden Beziehungsaufnahme zwischen Patient und Diagnostiker in Kauf genommen. Die strukturierende Aktivität geht dabei natürlich in die Interaktion ein. Trotzdem bleibt offenbar genügend Raum, damit sich die Arzt-Patienten-Interaktion gestalten kann und der Psychiater die für die psychodynamischen Hypothesen notwendigen Informationen gewinnen kann.

Schluß

Das psychoanalytische Denken kann die psychiatrische Explorationstechnik fruchtbar ergänzen und die psychiatrische Praxis günstig beeinflussen. Andererseits kann diese Technik auch der psychoanalytischen Praxis neue Impulse geben. Schließlich ist der Vorwurf nicht ganz von der Hand zu weisen, die psychodynamische Betrachtungsweise vernachlässige die beobachtungsnahe deskriptive Seite im Gespräch.

Wir sehen uns bei einer solchen integrierenden Interviewform vielen Forderungen ausgesetzt. Nicht nur, daß man stets zwischen dem Denken im naturwissenschaftlich-medizinischen Paradigma und der hermeneutischen Betrachtungsweise oszillieren muß. Darüberhinaus sollte man immer die wechselseitige Interaktion zwischen dem Verhalten des Patienten und sich selbst überdenken. Dazu kommt die Reflexion der spezifischen Situation, in der sich Psychiater und Patient, z.B. in einem psychiatrischen Krankenhaus, befinden.

Das psychopathologische Wissen und die psychodynamische Technik muß bei einem solchen Erstgespräch zugrundegelegt werden können. Deshalb ist das Erlernen des 'Strukturellen Interviews' eher für die in der Ausbildung und Praxis weiter Fortgeschrittenen empfehlenswert.

Kernbergs Interviewform versucht alle psychopathologischen Leitsymptome diagnostisch zu beurteilen. Ob der Anspruch dieses Interviewverfahrens, alle Patientengruppen umfassend diagnostisch und auch schon hinsichtlich der therapeutischen Möglichkeiten klassifizieren zu können, soll uns abschließend noch beschäftigen.

Diese Frage berührt nämlich das grundlegendes Problem von den Anforderung her verschieden gearteter Untersuchungssituation in der Psychiatrie. SOLOMON (1969) unterscheidet z.B. vier Untersuchungstypen nach ihrem Zweck: 1. die umfassende, 2. die begrenzte in Krisen oder Notfallsituationen 3. die tiefenpsychologische und 4. die Begutachtungsuntersuchung. Über den Zweck hinaus, der die Untersuchungsmethoden bestimmt, bleibt zu diskutieren, ob nicht besondere Erstgesprächstechniken für bestimmte Patienten am geeignetsten sind. Das 'Strukturelle Interview' versucht, diese verschiedenen Techniken hintereinander zu schalten. Aus praktischen Gesichtspunkten ist jedoch zu überlegen, ob der Psychiater nicht gleich oder zumindest innerhalb der

ersten Minuten abschätzen kann, ob er eine psychiatrische Exploration oder eine psychoanalytisch orientierte Erstinterviewtechnik anwenden kann. Ohnehin werden die meisten Psychiater so verfahren. Wenn dies jedoch so ist, muß man sich fragen, ob die diskutierten Unterschiede in den beiden Gesprächsformen nicht mehr auf der theoretischen als auf der praktischen Ebene liegen. Wir meinen, daß KERNBERG seine große Fähigkeit zur Integration von verschiedenen theoretischen Sichtweisen benützt, um diese Integration zwischen Exploration und Psychodynamik voranzutreiben. Die psychoanalytische Objektbeziehungspsychologie dient ihm dabei als geeignetes Vehikel.

Unserer Meinung nach scheint das 'Strukturelle Interview' besonders für die Borderline-Persönlichkeiten prädestiniert zu sein. Das Wechseln zwischen der eher deskriptiven und der eher psychodynamischen Ebene ermöglicht einerseits die für die Diagnostik erforderliche Strukturierung und andererseits die Diagnose der Objektbeziehungsmuster und der vom Patienten angewandten Abwehrmechanismen. Wenn es für jede Erstgesprächstechnik ideale Bedingungen gibt, müßte man sich für Kernbergs Interviewform einen gut ausgebildeten Psychiater mit psychoanalytischer Zusatzausbildung und als Gegenüber einen Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeit wünschen.

Für die Zukunft zu klären ist, ob das integrierende Kreismodell nicht doch einen allzu idealistischen Anspruch vertritt. Aus praktischen Erwägungen sollten schwerpunktmäßig unterschiedliche Erstgesprächstechniken angewandt werden, die dem Krankheitsbild des Patienten angepaßt sind. Abb.4 veranschaulicht diese Überlegung, indem dem psychopathologischen Kontinuum auf der einen Achse schwerpunktmäßig unterschiedliche Erstgesprächstechniken gegenübergestellt werden. Das psychopathologische Kontinuum beschreibt dabei alle Bereiche zwischen der Lebensunzufriedenheit und der schizophrenen Erkrankung. Die y-Achse umfasst die Spanne zwischen der psychodynamischen Beziehungsdiagnose und der zu beobachtenden Verhaltensdiagnose. Ein Erstgespräch mit einem Neurotiker muß die Psychodynamik akzentuieren. Die intrapsychischen strukturellen Gegebenheiten müssen berücksichtigt werden. Auf die explorative Technik wird man weitgehend verzichten können. Während in einem Gespräch mit einem Psychotiker umgekehrte Schwerpunkte zu setzen sind, wird man sich bei einem Patienten mit einer Borderline-Störung auf die strukturellen Momente konzentrieren.

Entsprechend weist die Graphik überlappende Felder auf, die noch einmal verdeutlichen, daß es nie um eine Interviewform allein gehen kann. Die Exploration erlaubt bis zu einem bestimmten Grad psychodynamische Überlegungen, genauso wie das psychodynamisch geführte Interview phänomenologische Informationen festhält. Natürlich besteht auch dabei die Gefahr, einen allzu idealistischen Anspruch zu vertreten. Schließlich verlangt eine solche Variabilität im Interviewverhalten einen hohen Ausbildungsgrad und eine enorme Flexibilität des Psychiaters. Aber, und das wäre ein entscheidender Vorteil, diese Anpassung an die Problematik des Patienten käme diesem zugute. Die Komplementarität und Integration der deskriptiv-phänomenologischen und der psychodynamischen Seiten ist die Voraussetzung. Dazu kommt, daß alle beschriebenen Interviewformen von einem idealen Patienten unter idealen Bedingungen ausgehen. Meistens diktiert die klinische Situation ein weit pragmatischeres Vorgehen, das es uns nur sporadisch erlaubt, von den diskutierten idealtypischen Gesprächsrichtlinien Gebrauch zu machen.

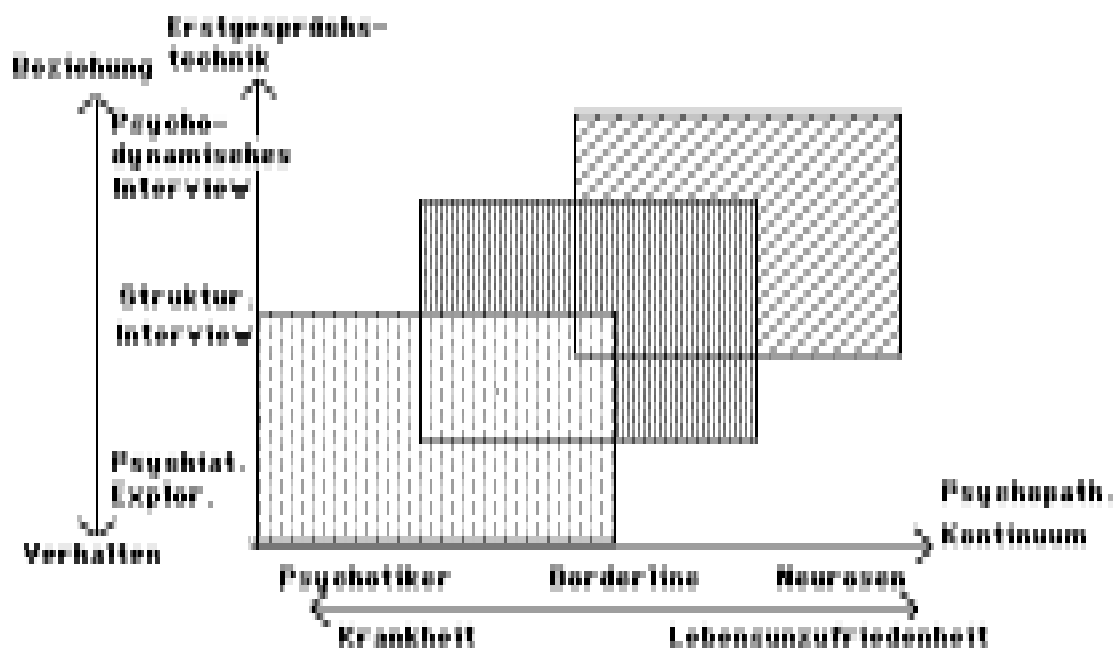


Abb. 4

Literaturverzeichnis

- Burnham J.C. (1967) *Psychoanalysis and American Medicine, 1894-1918. Medicine, Science, and Culture (Psychological issues, vol 5, 4, monograph 20)*. New York. Int. Univ. Press.
- Cantor M.B. (1957) The initial interview. *Am J Psychoanal* 17:39-44;
- Bleuler E. (1911) *Lehrbuch der Psychiatrie*. 15. Aufl. Heidelberg. Springer. 1983.
- Deutsch F., Murphy W.F.(1955) *The Clinical Interview*, 2 vols. New York. Int. Univ. Press, S. 18ff.
- Freud S. (1923) *Psychoanalyse und Libidotheorie*. GW XIII, S. 209-233.
- Gill M.M., Newman R., Redlich F.C. (1954) *The initial interviews in psychiatric practice*. New York. Int. Univ. Press.
- Greenberg J.R., Mitchell S.A. (1983) *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge, Massachusetts. Harvard Univ. Press.
- Huber G. (1981) *Psychiatrie*. Stuttgart. Schattauer.
- Kernberg O.F. (1977) The structural diagnosis of borderline personality organization. In: Hartocollis P (ed) *Borderline Personality Disorders*. New York. Int.Univ. Press, S. 87-121.
- Kernberg O.F. (1981) Structural interviewing. *Psychiatr Clin North Am* 4: S.169-195.
- Kernberg O.F. (1984) *Severe Personality Disorders. Psychotherapeutic Strategies*. New Haven London. Yale Univ. Press.
- Kind H. (1973) *Leitfaden für die psychiatrische Untersuchung*. Heidelberg. Springer.
- Kind H. (1978) Das psychiatrische Erstinterview. *Nervenarzt* 49, S. 255-260.
- Monroe R.R. (1978) Psychiatric interviewing techniques. In: Balis G.U., Wurmser L., McDaniel E., Grenell R.G. (Hrsg): *The Behavioral and Social Sciences and the Practice of Medicine*. Boston, London. Butterworth, S. 573-583.
- Redlich F.C. , Freedman D.X. (1966) *The Theory and Practice of Psychiatry*, 3rd edn. Basic Books, New York. Basic Books. Dt: (1970) *Theorie und Praxis der Psychiatrie*. Frankfurt am Main. Suhrkamp.
- Schumacher W. (1985) *Psychodynamische versus psychiatrische Diagnose. Aspekte der unbewußten Bedeutung und Anwendung der Diagnose für Patienten und Therapeuten*. *Zschr. psychoanal. Theorie und Praxis* Null-Nummer: S.47-63.
- Solomon P. (1969) The psychiatric examination. In: Solomon P. und Patch V.D.(Hrsg): *Handbook of Psychiatry*. Los Altos/Calif. Lange Medical Publ.
- Spitzer R.L. und J.B.W. Williams (1984) *Instruction Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III (SCID)*. New York State Psychiatric Institute. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Sullivan H.S. (1953) *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York. Norton. Dt: (1980) *Die interpersonale Theorie der Psychiatrie*. Fischer, Frankfurt am Main. Fischer.

- Sullivan H.S. (1954) The Psychiatric Interview. New York. Norton.
- Thomä H., Kächele H. (1985) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie
Bd. 1 Grundlagen. Heidelberg. Springer.
- Weitbrecht H.J. , Glatzel J. (1979) Psychiatrie im Grundriss. Heidelberg.
Springer.
- Wachtel P.L. (1982) Vicious circles. The self and the rhetoric of emerging
and unfolding. Contemp Psychoanal 18:259-273.
- Waldinger J. (1984) Psychiatry for Medical Students. Washington.
Am.Psychiatric Press.

Anschrift der Autoren:

Dr med P. Buchheim
Psychiatr. Klinik und Poliklinik der Universität München, Nußbaumstr. 7,
8000 München 2

Dr med M. Cierpka, Prof Dr med H. Kächele, Dr med J.P. Jiménez
Abt. Psychotherapie, Universität Ulm, Am Hochsträß 8, 7900 Ulm

Abb1:

Abb. 2

Abb.3