

*Aus der Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg
(Direktor: Prof. Dr. Alexander Mitscherlich)*

ERHARD KÜNZLER UND INGEBORG ZIMMERMANN, HEIDELBERG

ZUR ERÖFFNUNG DES ERSTINTERVIEWS *

Zu den Zeichen, die besonders deutlich den grundsätzlichen Unterschied zwischen der traditionellen medizinischen Untersuchung — in der Psychiatrie: der Exploration — und dem psychodynamisch verstandenen Erstinterview hervorheben, gehört die ernsthafte Beschäftigung gerade mit dem *Anfang*, den ersten Zügen eines Interviews. Die traditionelle medizinische Untersuchung, eines der wichtigsten Instrumente der naturwissenschaftlichen, der „eipersonalen Biologie bzw. Psychologie“ (*John Rickman*) fokussiert das kranke Organ, die pathologische Organfunktion an; der Arzt ist ausschließlich Beobachter, je affektfreier desto besser, ja auch der Patient wird häufig dazu gebracht, seine Symptome, seine Krankheit als etwas Persönlichkeitsfernes zu betrachten und zu erleben, zumindest in allen Fällen, in denen der status quo ante wieder erreicht werden kann, also keine Adaptation an eine bleibende Funktionsbeeinträchtigung notwendig ist. Das traditionelle — vom Untersuchungsobjekt geforderte — Ritual läuft am besten in streng geregelter Reihenfolge ab: Eruierung der Anamnese, Erhebung des Befundes, Diagnosestellung und Therapievorschlagn. Man weiß aus der Erfahrung, welchen Anteil am Gesamterfolg jeder dieser vier Schritte hat. Wichtig sind immer — und im Grunde sogar ausschließlich — inhaltliche Aussagen. Es ist wichtig zu erfahren, ob eine Temperatursteigerung langsam zunehmend oder plötzlich einsetzte, ob ein lokalisierter oder diffuser Druckschmerz im Oberbauch besteht, ob ein Aorten- oder ein Mitralvitium vorliegt. Gleichgültig ist, ob die Temperatursteigerung spontan mitgeteilt wird oder erfragt werden muß, ob sich der Patient zur Untersuchung nur zögernd oder sehr bereitwillig entkleidet, ob die Diagnose eines Vitiums gefaßt oder bestürzt aufgenommen wird. Diese formalen Zeichen werden nur als entbehrliche, oft lästige Randerscheinungen empfunden. Ganz anders konstelliert sich das psychodynamisch orientierte Erstinterview. Hier werden Störungen diagnostiziert und therapiert, die aus mißglückten zwischenmenschlichen Beziehungen resultierten. Der modus procedendi erfordert, daß die Untersuchungs- und Behandlungssituationen gerade im Bereich einer *bipersonalen Psychologie* (und häufig, wie z. B. im Falle psycho-

* Beitrag zum Symposium „Übertragung und Gegenübertragung“ anlässlich des I. Frankfurter Psychoanalytischen Kongresses, Oktober 1964.

somatischer Erkrankungen, einer bipersonalen Biologie, *John Rickman*) etabliert werden. Und da beides, Diagnostik und Therapie, im Bewußtwerden und Bewußtmachen besteht, darf die Aufmerksamkeit ihren Untersuchungsgegenstand von Anfang an nicht aus dem Auge lassen. Das psychodynamische Erstinterview verträgt keine Vorbereitung, keine „Einstimmung“ des Patienten (*Gill, Newman* und *Redlich*). Täte der Interviewer dergleichen, so wäre das Untersuchungsfeld in einer Weise strukturiert, die allzuleicht die Klarheit weiterer Beobachtungen trübte. Wechselbeziehungen sind vom ersten Augenblick eines Zusammentreffens an gegeben, und Wechselbeziehungen bedeuten stets auch Wechselwirkungen. In einer Begegnung wird jeder Partner beeinflusst. „Indem die Begegnung voranschreitet, wird jeder Teilnehmer eine etwas andere Person, mit wenigstens leicht veränderten Verhaltensgewohnheiten, Fähigkeiten, Bedürfnissen, Wünschen und Erwartungen“ (*Pittenger* u. a., vgl. auch *Khan* und *Cannell*).

Was bedeuten diese Erkenntnisse für die Interviewsituation? *Gill, Newman* und *Redlich* stellen fest, „daß die Therapie in dem Augenblick beginnt, in dem der Patient auf den Arzt trifft, vielleicht sogar schon früher, und vom allerersten Anfang an muß ihr Kontakt im Rahmen dessen gesehen werden, was er für die Therapie impliziert“ (S. 85). Jede Begegnung folgt dynamischen Kräften. „Alles, was sich dort ereignet“, führen *Michael* und *Enid Balint* im Hinblick auf das Interview¹ aus, „stellt eine Wechselwirkung zwischen zwei Menschen dar, wobei jeder auf die Bedürfnisse und Forderungen des anderen auf seine individuelle Weise reagiert.“

Es ist der Sinn eines jeden Interviews — wie jeder therapeutischen Sitzung —, daß die „Bedürfnisse und Forderungen“ des Patienten, seine Motivationen herausgearbeitet werden. Mithin muß ihm Gelegenheit zur Entfaltung gegeben werden, und das kann nur geschehen, indem der Analytiker mit seinen eigenen Forderungen und Bedürfnissen ganz zurücktritt, die „Rolle“ des Analytikers möglichst rein übernimmt. Wenn überhaupt, so muß er hier zum „flecklosen Spiegel“ werden oder — vorausgesetzt, daß das Bild nicht überstrapaziert und seine Einseitigkeit zugegeben wird — zum „Resonanzkörper ohne Eigenschwingungen“. Die Idealforderungen sind bekannt; daß ihnen nicht immer — oft auch nicht von Erfahrenen — nachgekommen wird, zeigten die Untersuchungen von *Gill, Newman* und *Redlich*, auch die von *Kahn* und *Cannell*. Was die psychoanalytische Be-

¹ In den anglo-amerikanischen Ländern werden weitgehend die Bezeichnungen „psychiatrisches Interview“, „Erstinterview“ und „psychodynamisches Interview“ synonym gebraucht. Da die psychodynamische Betrachtungsweise bis heute in der deutschen Psychiatrie praktisch noch keine Aufnahme gefunden hat, sollte um der begrifflichen Klarheit willen im deutschen Schrifttum weiterhin zwischen „psychiatrischer Exploration“ (faktenorientiert) und „psychodynamischem Interview“ (verhaltens- und motivationsorientiert) klar unterschieden werden.

handlung ermöglicht, ist das Faktum, daß der Patient in jedes Gespräch mit seiner ganzen Vergangenheit und damit auch mit allen seinen Erwartungen und Möglichkeiten eintritt (*Pittenger* u. a.). Was eine Therapie stören kann, ist der Umstand, daß ein Untersucher seine eigene Vergangenheit, seine eigenen Erwartungen und Möglichkeiten nicht als therapeutisches Instrument benutzt, sondern in mehr oder minder hohem Grade durch sie zum Agieren veranlaßt wird. Daneben übersehen wir nicht, daß Patient und Analytiker in einem Interview auch Träger kulturell gegebener Rollen sind; gerade deshalb haben wir betont, daß der Analytiker seine Rolle als Diagnostiker und Therapeut möglichst rein übernehmen sollte, möglichst ungetrübt von seinen eigenen persönlichen Erwartungen, Bedürfnissen und Forderungen.

Mit anderen Worten: Dem Patienten muß von Anfang an Gelegenheit gegeben werden, seine persönliche Geschichte — und da beim Kranken die infantilen Wurzeln so bestimmend sind —, seine Übertragung zu entfalten. Jeder Untersucher würde diesen Prozeß stören, der seinerseits persönliche Gefühle und Wünsche auf den Patienten überträgt. Wir haben uns deshalb vorgenommen, unter diesen Gesichtspunkten die ersten Schritte der sich entfaltenden Arzt-Patient-Beziehung eines Interviews zu betrachten, den Beginn dieses „Zwei-Personen-Spiels“. Darüber hinaus möchten wir später der Frage nachgehen, ob der Verlauf des „Spieles“ und möglicherweise auch sein Ausgang von den ersten Schritten bestimmt wird².

Unserer Untersuchung liegen die nachträglich aufgezeichneten Protokolle einer Reihe von Erstinterviews mit Patienten unserer Klinikambulanz zugrunde, die vom Herbst 1963 bis zum Frühjahr 1964 geführt wurden. Alle Kollegen der Klinik waren gebeten, folgende Schritte festzuhalten:

Erste Frage des Arztes — Reaktion bzw. Antwort des Patienten; zweite Frage des Arztes — zweite Reaktion bzw. Antwort des Patienten. Da die Fragen der Ärzte meist kurz zu sein pflegen, konnten sie wörtlich protokolliert werden, die — mitunter sehr ausführlichen — Antworten der Patienten wurden jedoch nur dem Sinne nach wiedergegeben. Insgesamt werteten wir 80 Protokolle aus. Sie stellen eine Auswahl aus der Gesamtheit aller Ambulanzuntersuchungen dar, die dadurch gegeben war, daß nicht jedesmal der Aufforderung gemäß protokolliert worden war. Es wäre interessant, der Frage nachzugehen, von welchen Interviews die Aufzeichnungen niedergelegt wurden und von welchen nicht. Nach den Erfahrungen von *Gill*, *Newman* und *Redlich* dürften Widerstände der Untersucher eine ausschlaggebende Rolle spielen.

² Herrn Professor *Otto von Mering*, Pittsburgh, möchten wir für die freundliche Anregung der vorliegenden Untersuchungen danken.

Am Ausgangspunkt unserer Untersuchung steht die Frage, wie und wodurch ein Interview im Anfang strukturiert wird. Die verbalen Äußerungen sind dabei selbstverständlich nur eine Bedingung von vielen anderen, aber sicher keine unwesentliche. Die Aufnahme im Sekretariat, das Auftreten, Aussehen, Verhalten von Patient und Arzt, die Atmosphäre der Klinik, des Warte- und des Untersuchungszimmers usw. sind ebenfalls wichtige Komponenten. Wir glauben jedoch, daß der Punkt, mit dessen näherer Beleuchtung wir hier den Anfang machen, geeignet ist, wichtige Informationen zu liefern. Aus diesem Grunde wird es auch nicht von Nachteil sein, daß die verwendeten Protokolle bereits eine Auslese hinter sich haben; denn wir können zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur erste Informationen und Hinweise in einem Feld sammeln, in dem endgültige Antworten erst zu einem viel späteren Zeitpunkt, nach sehr viel aufwendigerer Arbeit, zu erwarten sind.

Die untersuchte Patientengruppe ist durch folgende Daten charakterisiert:

Gesamtheit der Patienten		Anzahl 80	in % 100
Geschlecht:	männlich	45	56,2
	weiblich	35	43,8
Alter:	bis zu 19 Jahren	6	7,5
	20 bis 29 Jahre	38	47,5
	30 bis 39 Jahre	19	23,8
	40 bis 49 Jahre	13	16,2
	50 Jahre und älter	4	5
Beruf:	Arbeiter	16	20
	Angestellte	28	35
	Beamte	5	6,2
	höhere Angestellte bzw. Beamte	2	2,5
	freie Berufe	2	2,5
	ohne Beruf	27	33,8
Überweisung:	von selbst gekommen	13	16,2
	von praktizierenden Ärzten	39	48,8
	von Klinik oder Krankenhaus	28	35

Von den 80 Patienten waren 45 Männer (56,2 %) und 35 Frauen (43,8 %). Fast die Hälfte aller Patienten (47,5 %) war zwischen 20 und 29 Jahren alt, relativ wenige waren jünger als 20 (7,5 %) bzw. älter als 50 Jahre (5 %). Besonders zahlreich waren Arbeiter (20 %), Angestellte (35 %) und Patienten ohne Beruf (Hausfrauen, Studenten usw., 33,8 %) vertreten. 16,2 % hatten die Klinik aus eigenem Antrieb aufgesucht, die übrigen wur-

den der Klinik überwiesen, zum Teil von praktizierenden Ärzten (48,8 %), zum Teil von Kliniken und Krankenhäusern (35 %).

Von den 80 Patienten eröffneten insgesamt drei das Interview von sich aus, die übrigen 77 Patienten ließen den Arzt das Gespräch mit einer Frage einleiten. Hier stoßen wir zweifellos schon auf ein Problem. Ein Patient, der selbst das Interview beginnt, deckt damit einige wichtige Persönlichkeitszüge auf. Leitet aber der Arzt mit einer Frage ein, so gibt er auch bei vorsichtiger Formulierung und relativ indifferenter Betonung für die Ausbildung der Struktur des Interviews einen Kristallisationspunkt. Wir stimmen hierin mit *Gill*, *Newman* und *Redlich* überein, die hervorheben: „Einige Patienten beginnen sofort zu sprechen, wenn — wie wir es mit Nachdruck hervorheben — der Interviewer ihnen die Möglichkeit dazu gibt. Jedoch die Mehrheit der Patienten erwartet, daß der Interviewer das Gespräch beginnt“ (S. 101).

Zwei der Patienten, die von sich aus das Interview eröffneten, standen unter dem Druck schwerer bewußter bzw. sehr bewußtseinsnaher Schuldgefühle. Der eine hatte drei Jahre zuvor einen Unfall mit Todesfolge verursacht und war deshalb vorzeitig pensioniert worden; der andere war seinen beruflichen und familiären Verpflichtungen nicht mehr gewachsen. Beide zeigten eine „manische“ Abwehr, sie ließen dem Interviewer während der gesamten zur Verfügung stehenden Zeit kaum eine Gelegenheit zu einer Intervention. Der dritte Patient bot ausgesprochen masochistische Persönlichkeitszüge. Er hatte 18 Kopfoperationen hinter sich. Das Interview begann er spontan mit der Bemerkung: „Von meinen Krankheiten zu erzählen, wächst mir zum Halse heraus!“ Im Gegensatz zu den beiden anderen Patienten war er zu keiner weiteren spontanen Mitteilung mehr bereit.

Wartet ein Patient die Eröffnungsfrage des Arztes ab, so wird das noch nicht allzuviel über seine Struktur aussagen, zumal wenn er, wie die allermeisten unserer Patienten, mit den Gedanken und Gepflogenheiten einer psychodynamischen Psychologie nicht vertraut ist. Er folgt dem kulturellen, von der organischen Medizin geprägten Rollenstereotyp des Arzt-Patient-Verhältnisses. Zwar sind alle Reaktionen, auch die feinsten, kulturell geprägt — *Pittenger* u. a. erklären: „Die kulturelle Determinierung ist nicht weitmaschig, sondern sehr dichtfaserig. Die einzig brauchbare Arbeitshypothese, die man in dieser Beziehung aufstellen kann, ist die, daß jeder kommunikative Akt kulturell festgelegt ist: Den nicht festgelegten oder ‚zufälligen‘ Rest gibt es nicht“ (S. 233) —, zu Beginn des Interviews haben wir es jedoch sicher in den allermeisten Fällen mit einer sehr generellen, groben Stereotypie zu tun. Allerdings wird man viel Aufschluß über die Ich-Funktionen eines Patienten erhalten, wenn man den Umstellungs- und

Anpassungsprozeß an die grundsätzlich andersartige Konstellation des psychodynamischen Erstinterviews, u. a. auch die Schnelligkeit und Differenziertheit, mit der er voranschreitet, verfolgt.

Die größte Zahl der Interviews (47 = 58,75 %) wurde mit der Frage „Was führt Sie zu uns?“ bzw. „Was führt Sie her?“ eingeleitet; eine Frage, die auch von *Gill*, *Newman* und *Redlich* zur Eröffnung vorgeschlagen wird.

Gerade diese Frage gibt uns Gelegenheit, auf die Unzulänglichkeit dessen, was lediglich schriftlich fixiert ist, hinzuweisen, wenn man sehr detaillierte Untersuchungen und Überlegungen anstellen will. Die Frage „Was führt Sie zu uns?“ scheint zwar sehr allgemein gehalten zu sein, gesprochen bleibt sie es jedoch nur, wenn alle Worte etwa gleich stark betont werden.

Pittenger u. a. haben ihr Augenmerk gerade auf diese Eingangsphrase gerichtet und eindrucklich dargestellt, wie sehr sich die Bedeutung und damit das Klima der Zwei-Personen-Beziehung wandeln kann, je nachdem, welches der Worte besonders betont wird, und je nach der vorherrschenden affektiven Tönung, von der kein Untersucher frei sein wird³. Auf die Frage „Was führt Sie zu uns?“ wird eine andere Antwort kommen als auf die Frage „Was führt Sie zu uns?“ oder „Was führt Sie zu *uns*?“ Und je nach Frage und resultierender Antwort werden das affektive Eröffnungsklima, die geweckten Haltungen, Erwartungen, Befürchtungen oder Ängste grundsätzlich verschieden sein. Hierüber gibt die lediglich schriftliche Fixierung keine Auskunft. Um Wiederholungen zu vermeiden, sei eingeräumt, daß diese Feststellung mutatis mutandi für alle Punkte der Untersuchung zutrifft. Bandaufnahmen mit der Möglichkeit zu fein-nuancierter Wiedergabe würden Unterschiede aufzeigen, die bei der gegenwärtigen Untersuchung nicht zu fassen sind. Wir werden also unsere Ergebnisse im Bereich jenes Feinheitgrades finden müssen, den die schriftliche Fixierung zuläßt. Die Lage wird allerdings durch den Umstand verbessert, daß uns Alternativ-Fragen und -Antworten zum Vergleich zur Verfügung stehen. Die Einleitungsfrage „Was führt Sie zu uns?“ bzw. „Was führt Sie her?“ hat den Vorteil, daß sie die einen Augenblick lang aufgegebenen Aktivität an den Patienten zurückgibt. Wir werden sehen, wie verschieden ein Patient dieses Angebot aufgreifen kann, nämlich, indem er sich der Aktivität bemächtigt, indem er in erneute Passivität zurücksinkt oder indem er sofort eine Abwehr aufrichtet.

Zu dem gleichen Fragenbereich gehören andere Formulierungen wie „Was gibt's?“, „Worum geht es Ihnen?“, „Was erwarten Sie von uns?“, „Ich möchte es Ihnen überlassen, womit Sie beginnen wollen.“ Allerdings wird

³ Gemeint sind affektive Tönungen, die sich von einer neutralen, indifferenten Haltung des Untersuchers merkbar unterscheiden. Im Grunde gibt es keine Beziehung, die frei ist von Affektivität. Auch Neutralität und Indifferenz haben einen ihnen eigenen affektiven Ton.

in diesen Formulierungen schon im Inhaltlichen die affektive Gestimmtheit des Arztes spürbar, die die Wahrscheinlichkeit erhöht, daß die Atmosphäre des Interviews zu einem größeren Teil als wünschenswert vom Untersucher festgelegt wird.

Von einer relativen Indifferenz, von Neutralität läßt sich bei der zweiten — allerdings auch sehr viel seltener zu verzeichnenden — Fragegruppe nicht mehr sprechen.

Die Eröffnung „Womit kann ich Ihnen dienen?“ (12mal = 15 %) beinhaltet ein massives Angebot des Arztes, nicht selten geradezu eine Unterwerfung, die auch häufig als solche vom Patienten empfunden und entsprechend beantwortet wird. Abgeschwächte Formen desselben affektiven Gehaltes dürften in der Formulierung zu finden sein „Was kann ich für Sie tun?“

An weiteren Eröffnungsmöglichkeiten wurden verzeichnet: eine sehr vage Haltung des Arztes, der begann mit: „Fräulein N., ... was ...“; die Situation, daß der Untersucher sich zuerst dem mitgebrachten Überweisungsbrief widmet; daß der Patient sofort auf bestimmte Schwierigkeiten angesprochen wird; daß ein gemeinsames Gespräch mit den Eltern und einer Patientin dem Zwei-Personen-Interview vorausging.

Überblicken wir die geschilderten Möglichkeiten, so wird unsere Aufmerksamkeit auf einen sonst wenig beachteten Punkt gelenkt. Wir sind gewohnt, die Übertragung des Patienten herauszuarbeiten. Wir haben es gelernt, auf die Gegenübertragung des Therapeuten zu achten. Wir erhalten aber hier Hinweise, wie sehr die Rolle des Arztes die Voraussetzung und die Möglichkeit schafft, daß sich — dem analytischen Interview widersprechende — Übertragungshaltungen des Arztes manifestieren, gerade weil häufig die Notwendigkeit besteht, daß der Arzt das Interview eröffnet. Trotz dieser Verführungssituation nimmt der Untersucher in der Mehrzahl aller Fälle die gebotene Zurückhaltung ein, die sich bemüht, nicht mehr als nötig zu strukturieren. Die Ausnahmen lassen erkennen, wie sehr auch im Anfang eines Interviews eine wache Selbstbeobachtung und -kritik notwendig sind.

Die Antworten der Patienten (die „erste Reaktion der Patienten“) auf die Einleitungsfrage des Arztes sind bei grober Klassifizierung ohne Schwierigkeiten auf einige wenige Kategorien aufzuteilen, d. h. sie sind noch relativ wenig differenziert. Bei näherem Zusehen jedoch und vor allem retrospektiv lassen sie häufig schon viel von der Struktur, den besonderen Konflikten und den Übertragungsmöglichkeiten und -weisen des Patienten erkennen. Die Reaktionen füllen eine Skala von einer guten Kooperation mit Darstellung der bewußten Konflikte und einiger lebensgeschichtlicher Zu-

sammenhänge bis hin zu völliger Abwehr und Negation in aggressiv getönten Schweigen.

Beim ersten Überblick über die Reaktionen kann man folgende Einteilung treffen:

1. Entsprechend den vertrauten Gepflogenheiten der Arzt-Patient-Beziehung schildert der Patient seine Symptomatik. Etwa 60 % aller Patienten zeigten dieses Verhalten. Allerdings werden die Schilderungen in sehr unterschiedlicher Form vorgebracht. Während der eine auf die Frage „Was führt Sie zu uns?“ höchst lapidar mit „Kopfschmerzen“ antwortet, setzt ein anderer zu nicht endenwollender Schilderung aller Beschwerden und Behandlungen an. Der erste hat offenbar das Gefühl, daß der Arzt jetzt schon tun wird, was zu tun ist, der zweite erhebt unausgesprochen den Anspruch, daß von nun an der Arzt nur noch für ihn da zu sein hat, daß Zeit, andere Patienten etc. keine Rolle mehr spielen⁴. Nicht selten mischt sich schon in die Symptomschilderung eine Ablehnung der psychologischen Betrachtung: „Ich habe Herzschmerzen. Ich habe schon -zig EKGs hinter mir, nichts wurde bisher gefunden. Mein Hausarzt sagt, es seien die Nerven. Aber für mich gibt es keine Probleme.“

Patienten, die ihre Konflikte empfinden und sie in ihrer ersten Antwort bringen, sind sehr selten. Sie machen keine 10 % der Untersuchten aus. — Dabei ist die Einschätzung dessen, was hier als „Konflikt“ bezeichnet wird, von uns schon sehr großzügig vorgenommen. Unter 100 Patienten, die unsere Ambulanz aufsuchen, dürften vielleicht zwei bis fünf ein echtes Bewußtsein innerer Konflikte haben.

2. Die Patienten der zweiten Gruppe (knapp 30 %) verweisen auf den Einweisungsbefehl oder erklären, sie seien geschickt. Etwa die Hälfte dieser Patienten schließt dem Hinweis auf die Einweisung eine Beschwerdeschilderung an. Die andere Hälfte gibt deutlich ihre fehlende Bereitwilligkeit zur Mitarbeit und ihren Wunsch, ohne Gegenleistung versorgt zu werden, durch den Verweis auf die Überweisung zu erkennen („Auf dem Zettel steht alles, Sie wissen ja Bescheid“).

An dieser Stelle wäre zu überlegen, wie sich der Untersucher am besten verhält, wenn ein Überweisungsschreiben vorliegt. Nimmt er in seiner ersten Frage auf die Überweisung keinen Bezug — und fragt etwa „Was führt Sie zu uns?“ —, so konfrontiert er den Patienten bereits mit einem Problem — statt den Patienten die Thematik selbst bestimmen zu lassen — nämlich mit dem Problem: Warum hat der Arzt mein Überweisungsschreiben nicht gelesen? Was hält er von meinem einweisenden Arzt? Für was hält er sich selbst? Hat er das nicht nötig? etc. Eine störende, ungünstige und vermeidbare Strukturierung des Interviews. Allerdings ist es sehr die Frage, ob der Arzt die Einweisung erst im Beisein

⁴ Wir haben hier nur eine der möglichen Determinanten des geschilderten Verhaltens aufgezeigt. Es wird sicher durch weitere Komponenten mitkonstituiert.

des Patienten lesen soll, sofern er schon früher dazu Gelegenheit hatte. In dem einen Fall, in dem das nach den vorliegenden Aufzeichnungen geschah, machte der Patient — als erste Reaktion — mit einem lauten Rülpsen und der Bemerkung, er habe noch einen zweiten Brief in der Tasche, auf sich aufmerksam. Kurzum, es scheint wichtig zu sein, daß das Verhalten des Arztes stets realitätsgerecht ist, um möglichst wenig den weiteren Gang der Dinge festzulegen. Zu diesem realitätsgerechten Verhalten gehört es sicher, daß er dem Patienten zu erkennen gibt, daß er eine Einweisung zur Kenntnis genommen hat. In diesen Fällen ist es also ungünstig, mit der neutralen Frage „Was führt Sie zu uns?“ zu beginnen.

3. Die kleinste Gruppe bietet als erste Reaktion eine offene, unverhüllte Ablehnung der Kooperation mit dem Arzt, z. B. im Schweigen, an.

Eine Korrelation der Eingangsfrage des Arztes mit der ersten Reaktion der Patienten zeigt nun, daß bei der relativ unbestimmten Frage „Was führt Sie zu uns?“ die Äußerungen des Patienten sich am ungestörtesten entfalten. Wenn auch auf die Frage „Womit kann ich Ihnen dienen?“ ebenso häufig Beschwerdeschilderungen folgen, ist der Tenor der Antworten doch merklich anders. Die erste Reaktion ist häufig eine — anscheinend spontane — Aggression: „Das weiß ich auch nicht“, „Die Frage möchte ich zurückgeben“, „Auf dem Zettel steht alles, Sie wissen ja besser Bescheid“, „Ich habe keine Ahnung“, „Ich weiß nicht, ob ich hier richtig bin“ usw. Aber nach dieser Reaktion nimmt sich mancher Patient zurück und fügt weitere Auskünfte spontan hinzu. Es zeigt sich überhaupt: Je spezifischer die erste Frage des Arztes, desto spezifischer die Reaktion und Antwort des Patienten, desto mehr sind die weiteren Schritte des Interviews festgelegt — und in einem solchen Falle zweifellos vom Arzt.

Wann und auf welche Weise greift nun der Arzt zum zweiten Mal verbal in das Interview ein? Zwei Punkte dürfen bei der Beantwortung dieser Frage nicht unbeachtet bleiben. Einmal bildet sich durch die Haltung des Arztes, seine Bewegungen, Mimik, Ausdrucks-laute (wie hm! ah! so! usw. — und seien sie noch so beiläufig —) ein bestimmtes Klima aus, zu dem natürlich der Patient in gleicher Weise beiträgt. Zum anderen ist ein abwartendes Schweigen des Interviewers auch ein „Eingriff“ in den Ablauf des Geschehens, der wichtige Impulse geben, aber ebenso entscheidende Hemmungen setzen kann.

Die zweite verbale Reaktion des Arztes setzt bei den ausgewerteten Interviews nach verschiedenen langen Intervallen ein, mitunter sehr bald, mitunter erst nach langen Äußerungen des Patienten.

Aus den vorliegenden Protokollen geht hervor, daß der Arzt in der überwiegenden Mehrzahl aller Interviews zum zweitenmal wiederum mit einer Frage eingreift. Und zwar handelt es sich in über 50 % der Fälle um Fragen, die erkennen lassen, daß der Arzt das Ziel verfolgt, den Patienten auf seine äußeren oder inneren Konflikte hinzulenken. Eine Gruppe dieser

Fragen behält gleichsam die Distanzierung zwischen dem Patienten und seinem Symptom bei; z. B. hat ein Patient als erstes über Schlafstörungen geklagt, und nun fragt der Arzt: „Was läßt Sie nicht einschlafen?“ Eine andere Fragengruppe dieser Kategorie weist den Patienten darauf hin, daß er ein handelnder und erlebender Mensch ist, z. B. „Was meinen Sie selbst zu Ihren Beschwerden?“

Eine kleine Gruppe von Fragen läßt erkennen, daß der Arzt etwas Bestimmtes erfahren möchte: „Was haben Sie sich von uns erwartet?“ Mitunter werden auch klärende Detailfragen gestellt: „In welchem Semester sind Sie?“ Je präziser die Fragen des Arztes sind, desto kürzer werden die Antworten des Patienten, desto mehr ist die spontane Entwicklung des Interviews blockiert und desto dringender wird ein weiteres Eingreifen notwendig, vielleicht eine neue Frage, um die Äußerungen des Patienten wieder in Fluß zu bringen. Manche Protokolle zeigen auch, wie sich die Interviewer nach der ersten abweisenden Reaktion des Patienten bemühen, mit einer Frage einen neuen Anfang zu finden. Ein Beispiel: Erste Frage: „Was führt Sie zu uns?“ — Reaktion des Patienten: „Haben Sie den Brief meines Arztes nicht gelesen? Ich möchte nicht alles noch einmal erzählen!“ — Zweiter Zug des Arztes: „Ich möchte gerne Ihre Beschwerden noch einmal von Ihnen hören.“

Hervorzuheben ist eine letzte Gruppe von ärztlichen Interventionen, die nicht nach ihrer Zahl, wohl aber nach ihrer Bedeutung Anspruch auf Beachtung haben. In einer Reihe von Interviews konfrontierte der Arzt im zweiten Zug den Patienten mit seinem bisherigen Verhalten im Interview bzw. mit bestimmten Verhaltensweisen oder Gefühlsreaktionen seiner Lebensgeschichte — soweit der Patient darüber schon Informationen gegeben hatte. Diese Art des zweiten Zuges des Arztes war besonders wirkungsvoll, denn er gab dem Patienten offensichtlich Gelegenheit zu einem Stückchen Selbsteinsicht und damit einen fruchtbaren Anstoß zum weiteren Verlauf des Interviews. Zu einer solchen Konfrontation schien besonders bei aufgeschlossenen einsichtsfähigen Patienten Gelegenheit, die zu einer Mitarbeit von vornherein bereit waren.

Überblickt man die bisher gewonnenen Befunde, so erkennt man, daß Patient und Arzt in das Erstinterview nicht nur mit ihrer ganzen individuellen Vergangenheit, sondern gerade auch als Träger gesellschaftlich vorgegebener Rollen eintreten. Beides findet bereits in den ersten Zügen des sich entfaltenden „Zwei-Personen-Spiels“ seinen Ausdruck. Auf seiten des Patienten drängt sich leicht neben den persönlicheren Eigenfarben eine passive, anlehrende Haltung in den Vordergrund oder Formen ihrer Abwehr. Für den Arzt aber ist die Versuchung besonders groß, die sozial geförderte

— ja vielleicht sogar geforderte — „diatrophische“ Haltung einzunehmen.

Gerade der zweite Zug des Arztes zeigt, in wieviel Fällen für ihn die vorbewußte Meinung bestimmend ist, er müsse und könne als der Wissende den Patienten zu bestimmten vorgegebenen Punkten hinführen. Deshalb werden des öfteren Fragen auf ein dem Therapeuten — vermeintlich, manchmal auch tatsächlich — bekanntes Ziel hin gestellt: das Ziel des intellektuellen, verstandesmäßigen „Erkennens“, besser Erfassens eines äußeren oder inneren Konfliktes. Und daher wird auch relativ selten Gebrauch von der Möglichkeit gemacht, den Patienten von Anfang an mit seinem Verhalten zu konfrontieren und ihn seine handlungsbestimmenden Motivationen erleben zu lassen. Die erstgenannte Haltung, dieser Versuch der „Hinführung“, läßt sich besonders deutlich in den Fällen erkennen, in denen der Arzt im zweiten Zug versucht, „einen neuen Anfang zu finden“.

Ein Beispiel: Arzt: „Womit kann ich Ihnen dienen?“ Patient: „Man hat mich zu Ihnen geschickt.“ Arzt: „Was haben Sie sich selbst gedacht?“ Patient: „Sie müssen ja Bescheid wissen.“ Arzt: „Was haben sie erwartet, was ich tue?“ Patient: „Untersuchen.“ Der Arzt fügte in seinem Protokoll hinzu: „Es gelang erst nach mehreren Ansätzen, den anfänglichen Widerstand des Patienten zu lösen.“

Wir haben dieses Beispiel herausgegriffen, weil sich schon fast von selbst die Frage aufdrängt, ob das Interview nicht freier verlaufen wäre, wenn der Arzt sogleich damit begonnen hätte, den Patienten mit seinem Verhalten zu konfrontieren, d. h., wenn er, statt die Rolle dessen zu übernehmen, der mehr weiß und den Patienten deshalb führen kann, von Anfang an das Verhalten des Patienten und die Art der sich anbahnenden Zweier-Beziehung zum Gegenstand gemeinsamen Untersuchens und Erlebens gemacht hätte. Mutatis mutandi gilt das für viele andere Episoden, in denen der Arzt in der Manier der „eipersonalen Psychologie“ fragt, statt den Patienten und sich mit dem, was hier und jetzt geschieht, zu konfrontieren. Es soll jedoch ausdrücklich vermerkt werden, daß wir nicht in jedem Falle eine Frage für verfehlt oder unnötig halten; nur glauben wir, daß das Verhältnis von Fragen und Konfrontationen noch günstiger verteilt werden könnte.

Zusammenfassung:

Die Untersuchung der ersten Schritte eines Interviews ist nicht nur interessant, sondern auch wichtig. Sie kann uns in besonderem Maße dazu verhelfen, durch die notwendige Kritik uns im Gebrauch unseres therapeutischen Instrumentes zu vervollkommen. Sie zeigt uns, wie sehr uns unsere

Schulung in den Methoden der „einpersonalen Medizin“ während unseres Studiums und unserer voranalytischen, somatologischen ärztlichen Tätigkeit geprägt hat. Es ist ein mühevoller und anstrengender Weg, so gründlich umzulernen, daß auch gerade die Anfänge jeder psychotherapeutischen Tätigkeit, die Stunden des Erstinterviews, davon erfaßt werden. Hier legt uns die soziale Rolle des Arztes weit stärkere Fallstricke als die spätere Rolle des Analytikers. Alle Untersucher des Erstinterviews haben die gleiche Erfahrung machen müssen. Auch *Gill*, *Newman* und *Redlich* haben das in offener Selbstkritik und -erkenntnis konstatiert: „Wir möchten wiederum betonen, wieviel wir gelernt haben, als wir die Aufnahmen der Interviews abhörten; wie schmerzlich wir der Tatsache gewahr wurden, daß unsere Praxis so merklich von unserer Theorie abweicht, wie anders wir uns verhielten, als wir unsere Rolle eigentlich auffaßten — Dinge taten oder sagten, die uns später sehr überraschten“ (S. 414 ff.).

Die zunehmende Kontrolle unseres Vorgehens wird es uns ermöglichen, das diagnostische Interview gleichzeitig auch zu einem therapeutischen Prozeß zu machen. Dadurch kann vom Beginn einer Arzt-Patient-Beziehung an das Ziel jeglicher Psychotherapie angestrebt werden, das *Michael* und *Enid Balint* (S. 169) beschrieben: „Das Ziel der Therapie müßte es dann sein, dem Patienten die Möglichkeiten zu eröffnen, sich selbst zu verstehen, eine bessere Lösung für seine Konflikte zu finden und dadurch die Integration zu erreichen, die sich bei ihm bisher unter dem Druck der gestörten Beziehungen zu seiner Umwelt nicht entwickeln konnte.“

(Anschrift der Verff.: Heidelberg, Voßstr. 2)

BIBLIOGRAPHIE

1. *Balint, Michael* und *Enid Balint*: Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. Bern-Stuttgart (Huber-Klett).
2. *Gill, Merton*; *Richard Newman* und *Fredrick C. Redlich*: The initial interview in psychiatric practice. New York (Intern. Universities Press) 1954.
3. *Kahn, Robert L.* und *Charles F. Cannell*: The Dynamics of Interviewing. New York (John Wiley & Sons) 1957.
4. *Pittenger, Robert E.*; *Charles F. Hockett* und *John J. Danehy*: The first five minutes. A Sample of microscopic interview analysis. New York (Paul Martineau) 1960.
5. *Rickman, John*: Zitat nach *M. und E. Balint*.