

A. Der erste Arzt-Patient-Kontakt: Ärztliches Gespräch

HUBERT SPEIDEL

1. Einleitung

Ärzte haben schon immer mit ihren Patienten gesprochen. Die Anamnese ist ein wichtiger Bestandteil ärztlichen Diagnostizierens. Mehr als 80 Prozent der Diagnosen können von erfahrenen Ärzten anamnestisch gestellt werden, wenn sie dieses Instrument des ärztlichen Sprechens mit dem Patienten beherrschen. Selbst in der sogenannten nonverbalen Psychotherapie oder Körpertherapie bestehen etwa 4/5 der Zeit aus Gesprächen. Die Bedeutung des Gespräches zwischen Arzt und Patient ist allerdings unterschiedlich: Bei einem Unfallopfer muß es durch andere Mittel ersetzt werden, vor allem durch physikalische und durch chemische Informationsmittel. Hier ist die Sprachlosigkeit aber oft ein folgenreiches Hemmnis, so, wenn das Unfallopfer spürt, aber wegen der Verletzung nicht aussprechen kann, daß nicht nur der Kopf verletzt ist, um den sich die Unfallärzte intensiv und erfolgreich bemüht haben, sondern auch der Arm, z. B. wegen eines Lagerungsfehlers. Ärzte, die es traditionell mit überwiegend sprachlosen Patienten zu tun haben, wie Anästhesisten und Zahnärzte, könnten lernen, daß sich mit Sprechen, z. B. über Angst, ihre Therapie verbessern, die Angst reduzieren (TRÄGER, 1982), Medikamente einsparen (SEEFELDT, 1991) und Mißerfolge vermeiden lassen. Während aber die technische Entwick-

lung ungeheuer vorangetrieben worden ist und z. B. Unfallopfer, die vor 20 Jahren nicht überlebt hätten oder verstümmelt geblieben wären, inzwischen oft in kaum glaublicher Weise wiederhergestellt werden können, ist auf die Entwicklung eines Kommunikationssystems – das es etwa einem Verletzten, dessen gebrochener Kiefer geschient werden muß, erlauben würde, auf seinen verletzten Arm aufmerksam zu machen – vergleichsweise wenig Interesse verschwendet worden. Wenn wir einen Patienten mit Magenbeschwerden explorieren, so forschen wir zwar nach nächtlichem Nüchternschmerz, um die Differentialdiagnose im Hinblick auf ein Ulcus duodeni voranzutreiben, aber wir fragen nicht nach den nächtlichen Partnerbeziehungen im Hinblick auf Nähe und Zärtlichkeit vs. Distanz und Feindseligkeit, und wenn der Leser nun versucht, in dem einschlägigen Kapitel dieses Buches nach entsprechenden Hinweisen zu suchen, so wird er nichts finden; eine solche Forschung gibt es nicht, obwohl sie vermutlich fündig würde.

2. Definitionen und Geschichte

Die obigen Beispiele zeigen, daß in mancher Hinsicht eine «sprachlose» Medizin diagnostisch und therapeutisch ihre Ziele verfehlt und daß der Forschungsstand streckenweise

mangelhaft ist. Sie zeigen auch, daß ärztliches Gespräch vielerlei bedeuten kann. Im folgenden soll aber dieser Terminus in dem durchaus eingeschränkten Sinne gebraucht werden, wonach es sich um eine Haltung des Arztes handelt, der auf der Basis psychosomatisch-psychotherapeutisch orientierter *bipersonaler Theorie*, welche die Betrachtung des ganzen Menschen einschließt, eine Technik entwickelt, die psychosozialen Aspekte nicht wie in der medizinischen Anamnese systematisch zu verstellen, sondern zu erhellen. Das ärztliche Gespräch im heute gebräuchlichen Sinne stammt aus der Anwendung der Psychoanalyse auf klinische Probleme.

Historisch gesehen gehen die Bemühungen um die Technik einer psychologisch bzw. psychoanalytisch orientierten ärztlichen Gesprächsform wohl auf die Diskussion in der Wiener psychoanalytischen Gesellschaft im Jahre 1921 zurück, als FREUD in einer Diskussion über ein Manuskript «Psychoanalyse und Organkrankheiten» weitere Forschungen als wichtig anregte. Diese Anregungen wurden vor allem von FELIX DEUTSCH aufgegriffen und als klinisches Interview bzw. assoziative Exploration fortentwickelt (DEUTSCH u. MURPHY, 1965; vgl. Kap. III.F). In Deutschland und der Schweiz bemühten sich vor allem SCHULTZ-HENKE (Gezielte Anamnese, 1951), DÜHRSSEN (Biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt, 1981), A. MITSCHERLICH (Systematische Krankengeschichte, 1967), MEERWEIN (Ärztliches Gespräch, 1974), ARGELANDER (Erstinterview, 1970), QUINT (Tiefenpsychologische Untersuchung, 1977) und ADLER und HEMMELER (Anamnese, 1989) um eine für die tiefenpsychologische Dimension von Krankheit geeignete Dialogform, in den USA KERNBERG (Strukturelles Interview, 1981).

Die Intentionen dieser Versuche sind ähnlich, setzen aber unterschiedliche Akzente (Biographie, Struktur, Situation in der ärztlichen Praxis, bio-psycho-soziales Modell). Den größten Einfluß auf heutige Vorstellungen über die ärztlichen, tiefenpsychologisch orientierten Dialoge übte wohl BALINT (Das diagnostische bzw. das Erstinterview, 1961; 1988) aus, der besonders konsequent und über die Reichweite des Übertragungs-Gegenübertragungsbegriffes hinaus auf der Basis der Objektpsychologie den bipersonalen Ansatz betonte (vgl. SPEIDEL, 1992). Die Bezeichnungen sind unterschiedlich. Wir folgen hier dem Terminus von MEERWEIN (Das ärztliche Gespräch, 1974), auch um die mehr auf allgemeine ärzt-

liche Belange ausgerichtete Variante zu betonen. Insofern unterscheidet sich das Folgende in mancher Hinsicht von der Technik von Erstgesprächen, die der Psychoanalytiker in seiner psychotherapeutischen Praxis führt und die vorrangig um die Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung zentriert ist (vgl. ARGELANDER, 1970; ECKSTAEDT, 1991). Natürlich unterscheidet sich die für den Arzt in einer nicht psychotherapeutischen Praxis geeignete Gesprächsform auch von anderen spezialistischen psychotherapeutischen Gesprächsformen wie der nondirektiven Gesprächstherapie (vgl. BIERMANN-RATHJEN et al., 1995) und DAUDERT (s. Kap. III.G) oder den ganz an der Symptom- bzw. Verhaltensanalyse orientierten verhaltenstherapeutischen Techniken (vgl. KÜNSEBECK, Kap. III.E). Immer aber gilt, was M. BALINT so formulierte: «Es ist keine Übertreibung zu sagen, daß dieses diagnostische Verfahren tatsächlich ein fast ebenso ernstzunehmender Eingriff ist wie eine chirurgische Operation. Wie eine chirurgische Operation sollte er zur richtigen Zeit, vom richtigen Mann und in der richtigen Weise unternommen werden» (BALINT 1955, zit. n. NEDELMANN u. FERSTL, 1989, S. 105).

3. Epidemiologie

Die Erlernung einer solchen Haltung und Technik erscheint schon anhand des derzeitigen Standes der epidemiologischen Forschung für jeden Arzt unerlässlich. So haben die Mannheimer Kohortenstudien (SCHEPANK, 1987) gezeigt, daß ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung, würden die Betroffenen den Arzt aufsuchen, von diesem als psychosoziale «Fälle» diagnostiziert würden. Der Anteil der Patienten in ärztlichen Praxen, bei denen psychosoziale Probleme dominieren, wird zwischen 10 und über 80 Prozent, im Durchschnitt um 30 Prozent geschätzt, in Kliniken um 40 Prozent, in internistischen Kliniken um 50 Prozent (vgl. KÖHLE u. JORASCHKY, 1990). Der Bedarf an ärztlicher Gesprächstechnik in dem oben genannten Sinn ist also bereits auf der Basis grober statistischer Schätzungen groß. Die Fähigkeit der Ärzte, diesem An-

spruch Rechnung zu tragen, ist jedoch häufig bescheiden.

4. Äußerer Rahmen

Die zu Beginn genannten Beispiele zeigen, daß ärztliche Gespräche unter verschiedenen Bedingungen unterschiedlich gut gelingen können und Unterschiedliches bedeuten müssen. Das Gemeinsame ist ein zureichendes Angebot, das es dem Patienten ermöglicht, sich als Person zur Sprache zu bringen. «Der wichtigste Aspekt ... ist es, die angebotenen Beschwerden als Symptome der gesamten Lebensgeschichte des Patienten bestimmen zu können» (BALINT, 1957, zit. n. NEDELMANN u. FERSTL, 1989). Der Arzt, der im Dreibettzimmer auf dem Bettrand des Patienten sitzt, wird aber anders mit dem Patienten und über anderes reden als der Arzt, der in seinem Sprechzimmer unter vier Augen mit dem Patienten spricht. Es ist in diesem Zusammenhang interessant zu beobachten, wie auch moderne Kliniken gebaut werden; schon aus der Architektur geht hervor, daß die meisten Kliniken auf eine sprachlose Medizin hin konzipiert sind: In der Regel gibt es immer viel zu wenig räumliche Gelegenheiten für den Arzt, sich mit seinem Patienten zu einem Gespräch unter vier Augen zurückzuziehen. So verhindert oft schon die Architektur einen angemessenen Umgang mit den Patienten.

Der schmutzige, nachlässige Unterarmverband einer Studentin, unter dem ein Entzündungsherd sichtbar ist, wird den Chirurgen, den Psychiater, den Psychotherapeuten zu unterschiedlichen Verhaltensweisen veranlassen. Den einen wird vorrangig der Zustand einer möglichen Wunde, den zweiten die Frage nach einem frustrierten Suicidversuch, den dritten die Wunde gar nicht oder im Sinne allgemeinen menschlichen Interesses beschäftigen. Alle drei sollten aber die Überlegung anstellen, warum eine Studentin, die vermutlich nicht obdachlos ist, also in der Lage wäre, vor dem Besuch des Arztes oder auch schon aus selbstverständlicher Selbstfürsorge einen sauberen, ordentlichen Verband anzulegen, dies versäumt haben könnte.

Die Haltung jedes Arztes im Sinne der Befähigung zum ärztlichen Gespräch sollte ihm aber ermöglichen, sich zu überlegen, daß es sich bei einer Person, die mutmaßlich hinrei-

chend komfortablen Verhältnissen entstammt, möglicherweise um ein unbewußtes, sprachloses, aber überaus «sprechendes» Hilfeangebot handeln könnte, dem vorrangig (Psychotherapeut, Psychiater) oder nebenläufig (Chirurg) nachzugehen wäre.

Dieses Beispiel ist dem – unterschiedlichen – ambulanten Rahmen zuzuordnen und würde so in einer chirurgischen Station nicht vorkommen, weil dem Patienten hier die Fürsorge für wesentliche Aspekte seiner Person, insbesondere natürlich für seine Wunden, von vornherein genommen wird. Wir bezeichnen diese Umstände auch als Infantilisierung, und vielleicht wäre unsere oben genannte Patientin unter diesen Bedingungen zufrieden und bedürfte keiner solcher Signale. Es könnte aber sein, daß der hektische Betrieb einer personell unterbesetzten Station die Versorgungswünsche der Patientin unberücksichtigt ließe. Dann würde sie vielleicht wiederholt nach der Schwester klingeln. Der Arzt in der Klinik hat den Vorteil, daß er die Gefühlsreaktionen von Schwestern und anderen Beteiligten und deren Informationen, mit anderen Worten die Folgen anderer Interaktionen wahrnehmen und nutzen kann, der Allgemeinarzt kennt dagegen in der Regel besser die natürlichen (familiären) Beziehungen. Der niedergelassene Spezialist hat in der Regel alle diese Informationsquellen nicht zur Verfügung und muß sich auf die Interaktionen mit dem Patienten in der Praxis beziehen und beschränken. Der äußere Rahmen bestimmt also, was zwischen den beteiligten Akteuren – Ärzten, Schwestern, Patient – vorkommt. Der Arzt hat diesen Rahmen in Rechnung zu stellen und in seine Überlegung einzubeziehen, daß jeder Rahmen, und zwar auf unterschiedliche Weise, vorgibt, welches Ausmaß, welcher Inhalt und welche Ausdrucksmittel bevorzugt ermöglicht sind und welche nicht.

5. Der Meisterdetektiv – Dr. BELL, SHERLOCK HOLMES, FREUD

Das Beispiel der oben genannten Patientin, die uns noch beschäftigen wird, ist in dem geschilderten ersten Ausschnitt nach dem Prin-

zip der Detektivgeschichten gestrickt. Genaue Beobachtungen und Berücksichtigung auch kleiner Details sowie die Fähigkeit, diese zu einem hypothetischen Gesamtbild zu verbinden, sind bei unterschiedlichen Intentionen und Gegenständen dem Arzt und dem Detektiv gemeinsam.

Nicht umsonst ist das historische Vorbild des größten aller Detektive, SHERLOCK HOLMES, ein Arzt, Dr. BELL aus Edinburgh, bei dem Sir ARTHUR CONAN DOYLE, selbst Arzt, einst fürs ärztliche Leben wie für die literarische Produktion gelernt hatte. Auch FREUDS Krankengeschichten sind – hierin SHERLOCK HOLMES ebenbürtig – Meisterwerke detektivischer Beobachtungen und Analysen (GINZBURG, 1981; SEBEOK u. UMIKER-SEBEOK, 1982).

Kriminalität und Neurose sind Lebensbewältigungsversuche, denen bei aller Unterschiedlichkeit gemeinsam ist, daß sie verborgen bleiben sollen und sich der Entdeckung widersetzen. Beide verraten sich dem kundigen Blick aber durch unbeabsichtigte – unbewußte – Zeichen.

Im Falle unserer Studentin teilte der Verband Hilfsbedürftigkeit mit, die in ihrer Rede verborgen war. Sie beklagte sich nämlich heftig über die übertriebene Fürsorge von seiten ihrer Mutter. Während der häufigen Telefonate sagte die Mutter: «Du trinkst und rauchst zu viel.» Sie schilderte also das relativ gewöhnliche spätadoleszente Problem einer gegenüber der – womöglich einsamen und bedürftigen – Mutter um die altersgemäße Autonomie ringenden jungen Frau. Erst die detektivische Suche förderte den verborgenen, unbewußten anderen Teil dieser Abhängigkeitsbeziehung zutage: Wenn sie die Mutter anruft, weil angeblich sonst ohnehin diese bei ihr anrufen würde, pflegt die Patientin sich eine Zigarette anzuzünden und eine Bierflasche zu öffnen. Beides kann die Mutter natürlich hören. Ohne diese Details könnten wir einen entscheidenden Zusammenhang dieses Falles nicht per Informationsbeleg verstehen, sondern allenfalls erraten, falls wir über eine zureichende Theorie hierzu verfügen. Erst die detektivische Nachfrage nach den Details der Umstände «überführte» die Patientin ihrer eigenen, ihr bis dahin gänzlich unbewußten Abhängigkeitswünsche.

6. Anamnese und ärztliches Gespräch

Damit Gespräche zwischen Arzt und Patient zu solchen Ergebnissen führen können, müs-

sen unterschiedliche Voraussetzungen auf verschiedenen theoretischen, technischen, interaktionellen Ebenen hergestellt sein.

Das *ärztliche Gespräch* in dem hier benutzten Sinne ist eine spezifische Beziehung, die nicht nur der Datensammlung des einen über den anderen Gesprächspartner im Dienste der Identifizierung einer körperlichen Krankheit und ihrer nosologischen Einordnung dient, sondern der mehrdimensionalen Persönlichkeitsdiagnostik mit dem Ziel, die Krankheit nach Entstehungsbegründung, Zeitpunkt des Beginnes, Bedeutung im Lebenszusammenhang und Verlaufsbedingungen zu untersuchen, jeweils im Kontext einer zu entdeckenden Biographie und den aus dieser Biographie resultierenden Möglichkeiten, Lebenssituationen zu bestehen und Probleme zu lösen.

Die *ärztliche Anamnese* hat andere Voraussetzungen, eine andere Theorie, eine andere Beziehungsform und andere Resultate. Sie hat deswegen einen anderen Erwartungshorizont. Pointiert gesagt ist sie eine Methode, die geeignet ist, die Voraussetzung für eine organopathologisch orientierte Diagnostik zu schaffen, gleichzeitig aber die Voraussetzung für eine personorientierte Diagnostik systematisch zu verstellen. Ob man – um ein Beispiel von M. BALINT zu benutzen – bei einem Studenten eine therapieresistente Cheilitis proliferativa diagnostiziert oder die Diagnose stellt: der junge Mann, der nicht küssen kann (BALINT, 1965), es muß jeweils im Einzelfall und unter pragmatischen Gesichtspunkten entschieden werden, welche Diagnose warum und wann die sinnvollere ist.

M. und E. BALINT (1961) haben die beiden Arten von Gesprächen nach ihrem Interesse, der in ihnen stattfindenden Beziehungsform, ihrem Ablauf und ihrem Krankheitsverständnis unterschieden (vgl. ADLER u. HEMMELER, 1992): Während das Interesse der Anamnese sich auf den körperlichen Krankheitsverlauf, die Symptome, die Behandlungsmaßnahmen, die Arbeitsökonomie und – den Beteiligten unbewußt – auf den Schutz vor den emotionalen Ansprüchen des Patienten zentriert, ist dasjenige des ärztlichen Gespräches auf die Biographie, die Lebenssituation, den situativen Anlaß und die Bedeutung des *Krankheits-*

angebotes, als das die geschilderte Symptomatik vor allem verstanden wird, gerichtet. Bei der Anamnesenerhebung ist der Arzt der aktive Partner. Er strukturiert das Gespräch, während der Patient passiv bleibt und auf die Fragen des Arztes antwortet. Im ärztlichen Gespräch versucht der Arzt vor allem, dem Patienten zu eigener Gesprächsaktivität und -initiative zu verhelfen. Er bestimmt viel stärker den Verlauf des Gespräches, während der Arzt eher bemüht ist, möglichst wenig selbst das Gespräch zu strukturieren.

Diese differentiellen Charakterisierungen basieren auf einem unterschiedlichen *Krankheitskonzept*, nämlich dem naturwissenschaftlich-organpathologisch orientierten unserer medizinischen Tradition und dem interaktionell und person-orientierten psychoanalytischer Provenienz. Dementsprechend liegt nach M. und E. BALINT der Anamnese ein Verständnis zugrunde, das Krankheit als eine Art Unfall, die Symptome als Anzeichen einer Betriebsstörung und den Patienten als physikalisch-chemische Apparatur versteht, welcher der Arzt wie ein Ingenieur gegenübertritt. Die bewußte Haltung des Arztes ist rational orientiert, und dementsprechend sind die Gefühle des Patienten nicht von krankheitsrelevanter Bedeutung, diejenigen des Arztes gar eine unzulässige Störquelle. Das psychoanalytische Verständnis, das dem ärztlichen Gespräch zugrundeliegt, faßt die Krankheit als Integrationsstörung von Körperfunktionen auf, für die vor allem lebensgeschichtliche und persönlichkeitsbestimmte Faktoren und eine Störung zwischen der Person und ihrer Umgebung verantwortlich sind. Die Beziehung oszilliert zwischen der Identifikation des Arztes mit dem Patienten zum besseren Verständnis der inneren Verfassung des Patienten einerseits, der diagnostizierenden, rationalen Distanzierung andererseits. Die Gefühle des Patienten spielen eine zentrale Rolle, aber ebenso auch die gefühlsmäßige Resonanz des Arztes. Was die Haltung des Arztes im ärztlichen Gespräch betrifft, so hat M. BALINT sie an anderer Stelle und scheinbar einfach so formuliert: «Der Arzt muß zuhören und darf nur die richtigen Fragen stellen, aber nicht zu viele» (BALINT, 1965, zit. n. NEDELMANN u. FERSTL, 1989).

7. Inszenierung der Gesprächssituation – Übertragung, Gegenübertragung und die bipersonale Medizin

Ein entscheidender Unterschied zwischen den beiden geschilderten ärztlichen Weltanschauungen und den daraus erwachsenden Haltungen und Einstellungen des Arztes ist die Kategorie der *Beziehung* als einer diagnostisch und therapeutisch relevanten Dimension des Umganges zwischen Arzt und Patient. Hier endet die Analogie von Detektiv und psychotherapeutisch orientiertem Arzt. Das Verhältnis des Beobachters zu seinem Beobachtungsobjekt ist partiell zugunsten eines Verständnisses der Beziehung zwischen zwei Subjekten mit unterschiedlichen Rollen, Erwartungen und Zugangsweisen zu verlassen. V. v. WEIZSÄCKER hat das unter dem Begriff des «Umgangs» so beschrieben (zit. n. PETZOLD u. REINDELL, 1980): «Der Patient steht dem Arzt nicht als Gegenstand der Erkenntnis gegenüber, sondern er steht in einer Beziehung als Subjekt zu einem anderen Subjekt. Diese Beziehung wird durch eine Bewegung eröffnet, und diese Bewegung geht vom Patienten aus. Der Patient läßt den Arzt kommen oder geht zu ihm hin. Er benennt den Grund der Begegnung, indem er auf das Kranksein hinweist. Mit diesen Aktionen ist er im Umgang derjenige, der dem Arzt etwas gibt. Er hat etwas zu sagen, und der Arzt muß zuhören. Der Patient gibt dem Arzt Informationen, die dieser annimmt, in seinen Erfahrungsbereich einordnet, um erst in einem weiteren Akt dem Patienten seinerseits etwas zu geben. Dieses Geben und Nehmen ist ein einheitlicher Akt.» Damit wird illustriert, was M. BALINT als die (vollzogene) Wende von der Ein- zur *Zweipersonenmedizin* bezeichnet hat. Was damit gemeint ist, enthält die Beschreibung von v. WEIZSÄCKER aber nur unvollkommen. Der Patient, wie er den Arzt aufsucht, ist ein Kosmos einer Geschichte, unterschiedlicher Identifikationen, daraus erwachsener Verhaltensmuster und Beziehungsangebote, welche letztere wegen der Art der Beziehung vor allem Symptome im Sinne von «Krankheitsangeboten» darstellen. Der

Patient kommt zwar in eine personell, verhaltenmäßig und gegenständlich weitgehend festgelegte Umgebung, wenn er seinen Arzt aufsucht, aber er gestaltet sie auch, und zwar um so mehr, je weniger der Arzt (s.o.) die Situation strukturiert.

Die schon mehrfach erwähnte Studentin kam zwar zu mir (und nicht zu einem Allgemeinarzt), weil sie unter einer bei Studenten aus naheliegenden Gründen typischen Arbeitsstörung im Studium litt, aber für den Gesprächsbeginn, dessen Verlauf und meine eigene Reaktion auf sie war etwas ganz anderes prägend, und die Arbeitsstörung spielte im weiteren nur eine beiläufige Rolle. Sie hielt mir nämlich ihren linken Arm und den beschriebenen schmutzigen, lockeren Verband entgegen, und prompt fragte ich sie, bevor sie meiner Einladung, Platz zu nehmen, folgen konnte, was sie denn mit ihrem Arm gemacht habe.

Aufgrund der oben genannten, vorweggenommenen Kenntnis läßt sich also sagen, daß die Patientin, anstatt zu sagen, sie habe zwar eine Arbeitsstörung, aber im Grunde gehe es um eine mutuelle Abhängigkeits- und Versorgungsbeziehung zwischen ihr und der Mutter, ohne Umschweife, aber unbewußt diese Beziehung mit mir als unwissendem Mitspieler inszenierte. Über solche Fähigkeiten verfügen Patienten in unterschiedlichem Maße, aber wenn wir es zulassen – und im ärztlichen Gespräch soll dies ja unter kontrollierten Bedingungen beabsichtigt zugelassen sein –, geschieht dies im Prinzip immer; unsere Aufgabe als ärztlicher Gesprächspartner ist es, möglichst rasch und genau die wesentlichen Elemente dieser Szene wahrzunehmen und im Kontext einer zureichenden Theorie zu verstehen. Dies ist nicht möglich ohne das Verständnis des eigenen Inszenierungs- und Gefühlsanteiles des Arztes, der in die Szene notwendig einbezogen ist – dramatis personae sunt duo. Gerade die Beobachtung der eigenen Gefühlsreaktionen, d. h. der sogenannten Gegenübertragungsgefühle, ist in diesen Inszenierungen von zentraler diagnostischer Bedeutung.

Da ich meinen Patienten gewöhnlich die Gelegenheit gebe, sich niederzulassen, bevor ich sie etwas frage, und meine erste Frage lediglich lautet, was den Patienten zu mir führe, um ihnen im oben genannten Sinne durch die Offenheit der Frage die Gelegenheit zur Strukturierung der Situation zu geben, verstand

ich unmittelbar, daß ich von dieser Patientin in eine inhaltlich noch unverstandene Szene verwickelt worden war. Daß sie mit mir etwas gemacht hatte, hatte ich ihr, von mir selbst und gewiß auch von der Patientin unbemerkt, mitgeteilt: Ich hatte sie ja nicht gefragt, was ihr widerfahren sei, sondern was sie «gemacht» habe. Der nächste Akt des Dramas bestand darin, daß die Patientin mir zwar ihr Einstandssymptom, die Arbeitsstörung, erläuterte, währenddessen aber mit dem Zeigefinger der rechten Hand über den entzündlich geröteten Rand am linken Handgelenk strich, mir also averbal eine andere Geschichte, quasi im Sinne einer Pantomime, schilderte. Zwar irritierte mich dies, denn bekanntlich soll man Entzündungen nicht mechanisch reizen, aber anstatt dies als Pantomime zwischen überfürsorglicher Mutter (rechter Zeigefinger) und hilfeschuchender Tochter (linkes Handgelenk) zu verstehen, war ich dabei, wieder wie zu Beginn zum szenischen Partner zu werden, indem ich sie fürsorglich fragen wollte, ob sie wegen des Armes schon ärztlichen Rat gesucht habe. Rechtzeitig, nämlich in diesem Moment, beklagte sie sich über die überfürsorgliche Mutter (s.o.), und ebenso plötzlich verstand ich die Szenerie und die Natur meines eigenen Involviertseins.

Diese in der ärztlichen Sprechstunde möglichen plötzlichen «Erleuchtungen» sind eine Art von «Gesamtkunstwerk» aus szenisch-averbalem und verbalem Angebot der Patienten, antwortenden Gefühlsreaktionen, identifikatorischen Elementen, interpretatorischen Reflexionen des Arztes sowie deren theoretischer Voraussetzungen. BALINT nannte die im günstigen Fall blitzartig aufleuchtenden Erkenntnisse über diese Szenen «Flash». Sie sind im ärztlichen Gespräch eine große Chance, rasch Wesentliches über eine bestehende Konfliktstruktur zu erfahren und daraus ein diagnostisches und therapeutisches Konzept abzuleiten. Die Voraussetzung dafür ist die beschriebene komplexe Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung, die das ärztliche Gespräch von der medizinischen Anamneseerhebung unterscheidet. Letztere hätte in der oben genannten Szene zu der Frage nach dem Zustand und der Versorgungsvorgeschichte einer Wunde sowie einer darauf gerichteten Antwort geführt. Das ärztliche Gespräch kann dieses Element mitenthalten; im Falle einer Konsultation im Rahmen einer chirurgischen oder Allgemeinpraxis müßte es dies sogar, aber das ärztliche Gespräch enthält, wie die beschriebene Szene zeigt, mehr und läßt es an dieser Stelle nicht ratsam schei-

nen, die für die Anamneseerhebung selbstverständliche Frage zu stellen. Hier kam es vielmehr darauf an, die symbolisch vertretende Funktion der Wunde für eine kritische Beziehung zu verstehen, die sich auf drei Ebenen gleichzeitig abspielt: auf der verbalen Ebene (Mutter ist überfürsorglich), auf der gestischen (Finger-/Handgelenkspantomime) und auf der situativen Beziehungsebene (Einbeziehung des Arztes in einer der Mutter-Tochter-Beziehung analogen Szene). Voraussetzung dafür ist eine Theorie, die mindestens die Kenntnis unbewußter Prozesse, die Fähigkeit von Patienten zur *Reinszenierung neurotischer Beziehungen in der Arzt-Patienten-Beziehung*, die Wahrnehmung von Patientenverhalten verbaler, averbal-gestischer und szenischer Art sowie die Berücksichtigung von *Übertragungs-Gegenübertragungsprozessen* zwischen Arzt und Patienten enthalten muß. Die Erkenntnis über den *zentralen Beziehungskonflikt* kommt zustande, wenn diese unterschiedlichen Ebenen, welche unterschiedliche Aspekte der Problematik auf unterschiedliche Weise darstellen, (plötzlich) zusammen gesehen und deshalb verstanden werden können.

8. Gesprächsanfang – der «naive» Patient

Derartige signifikante Informationen über den zentralen, aber (noch) nicht direkt und in Worten mitteilbaren, weil unbewußten Problembereich geschehen oft schon in den ersten verbalen und gestischen Äußerungen des Patienten. Er hat ja ein Anliegen an den Arzt – ein bewußtes, benennbares (im Falle der Studentin die Arbeitsstörung) und ein unbewußtes (im Falle der Studentin der Wunsch, mit dem Arzt dieselbe ambivalente, aber vertraute Versorgungsbeziehung wie zur Mutter herzustellen). Das offizielle Anliegen nennen wir *Symptom*, weil wir an seine Beziehung zu einem noch zu erkennenden Krankheitsgeschehen denken, aber es ist natürlich gleichzeitig das erste *Beziehungsangebot*, das der Patient schon deswegen häufig als Störung einer (körperlichen) Funktion an-

bietet, weil er hierfür beim Arzt am ehesten Interesse, Kenntnis und unambivalente Zuwendung erwartet. Das unbewußte Problem- und Beziehungsangebot äußert sich oft in der Art und Weise der Formulierung, für die sich in dem noch unstrukturierten Feld des Gesprächsbegins eine besonders gute Chance der Entfaltung individueller Varianten bietet. Der Patient ist genötigt, das noch Unbekannte um so mehr mit der Projektion eigener Darstellungsformen zu füllen, die etwas über ihn mitteilen, falls wir es verstehen, und zwar umso eher, je offener diese Anfangssituation gestaltet ist. In der üblichen ärztlichen Praxis wird diese Möglichkeit oft aus zwei Gründen verschenkt: Der Arzt kennt oder nutzt nicht genug seine «detektivischen» Möglichkeiten, weil er die dafür nötige Theorie und Wahrnehmungsweise nicht kennt oder aus Gründen konkurrierender theoretischer Konzepte und der Arbeitsökonomie (s. o.) nicht gebraucht. Dies ist aber folgenreich, weil die zunächst noch «unorganisierte» (BALINT) Störung durch ärztliche Maßnahmen «organisiert», festgelegt und für den psychotherapeutischen Umgang schwerer zugänglich werden kann. Ist die Diagnose «Depression» z. B. erst festgelegt und das Antidepressivum verordnet, dann sind die Weichen oft auf Jahre und oft falsch gestellt.

Im Falle unserer Studentin handelte es sich um unterschiedliche Arten von Mitteilungen auf verschiedenen «Kanälen»: Mit Worten teilte sie etwas über den Hergang der Armverletzung und über ihre Arbeitsstörung mit, mit Gesten (s. o.) etwas über ihren Beziehungskonflikt, der seinerseits die wesentliche Hintergrundinformation – der zureichende Grund – für die mitgeteilten Symptome sein könnte.

In anderen Fällen enthält die individuelle *Wortwahl* die hinweisende Konnotation.

Eine Patientin begann das Gespräch mit den Worten: «Ich bin eine Schnieferin.» Sie hätte auch sagen können: Ich habe seit längerem dauernd ein Fremdkörper- oder Verstopfungsgefühl in Nase und Rachen und muß deshalb die Luft durch die Nase ziehen und schlucken. Dies wäre eine neutrale Beschreibung einer Funktionsstörung der oberen Atem- und Verdauungswege gewesen. Mit ihrer Formulierung hatte sie aber auf dem kürzesten Wege mitgeteilt, daß die Symptomatik mit ihr als Person eng verknüpft ist, ja daß jene zentrale Aspekte ihrer Persönlichkeit repräsentiert («Ich bin eine . . .»). Sie leitete das Gespräch mit

Prägnanz und Nachdruck von vorn herein auf das Terrain, das im weiteren rahmengebend blieb, nämlich ihre Tätigkeit als Hotelbesitzerin. In dem Eröffnungssatz kann man natürlich auch noch eine Konnotation der Selbstentwertung entdecken und eine Ankündigung von Schuldgefühlen vermuten. Jedenfalls waren dies meine spontanen Gefühls- und Gedankenreaktionen auf ihre ungewöhnliche Formulierung hin. Sie werden durch die nächstfolgenden Äußerungen verifiziert, die sich darauf bezogen, daß ihr Symptom gerade in Ausübung ihres Berufes und des damit verbundenen intensiven Umgangs mit den Restaurant- und Hotelgästen lästig, störend und unüberhörbar sind. Als Konflikt stellte sich heraus: Durch Umstände, die hier nicht näher erörtert werden sollen, hatte sie das Glück sehr schätzen gelernt, ein Hotel zu erben, und ihre ganze Lebensenergie mit Erfolg darauf verwendet. Entbehren einer harten Kindheit waren zu ihrer zweiten Natur geworden, soweit es den Verzicht auf Verwöhnung (Ferien, Erholung) betraf. Derartige Bedürfnisse hatte sie zurückgestellt, aber mit zunehmendem Alter und abnehmender Vitalität hatten sich diese sozusagen mit ihrem (Konversions-) Symptom hinter ihrem Rücken durchgesetzt, wie sie mit der scheinbar beiläufigen Bemerkung verriet: «Andere Menschen würden ja jammern, wenn sie einen Schnupfen (!) oder Rückenschmerzen hätten.» Sie sagte damit, daß sie nicht jammern darf, und die weitere Detektivarbeit förderte zutage, warum nicht: Ihr erheblich älterer Mann möchte sich zur Ruhe setzen, wovor sie sich aber fürchtet, weil sie sich ihrer Arbeit so verpflichtet fühlt und vom Rückzug nur eine Depression erwartete. Würde sie aber jammern wie «andere», die einen Schnupfen haben, so wäre das Wasser auf die Mühlen ihres Mannes. Stattdessen entwickelt sie ein schnupfenähnliches Symptom als Symbol ihres Wunsches, ungestraft krank sein zu dürfen, verwöhnungsbedürftig und mit Genuß und Erfolg jammernd.

9. Gesprächsklima

Derartige Entdeckungen, die eine Gemeinschaftsleistung mit unterschiedlicher Rollenverteilung sind, gelingen nur, wenn sich eine hinreichend vertrauensvolle Beziehung herstellen läßt. Der Patient muß sich wohlwollend empfangen und eingeladen fühlen, über sich zu sprechen. Er muß das Gefühl haben können, daß der Gesprächspartner aufmerksam ist, ihm ganz und ungeteilt zugewandt und geduldig. Öfter eintreffende Telefonate, gar mit längeren Wortwechseln, die Sprechstundenhilfe, die Befunde hereinbringt und dergleichen *Störfaktoren* können den Erfolg

des Gespräches verhindern. Sind dies Beispiele für mangelnde Hinwendung und Exklusivität, so kann andererseits das, was mehrfach als detektivische Funktion benannt wurde, von den Patienten als verfolgend und entlarvend erlebt werden. Es geht ja um die – gemeinsame! – Entdeckung von geheimen (unbewußten) und vor dem eigenem Gewissen und dem – vermeintlichen – Urteil der Umgebung geheimzuhaltenden Strategien der Lebensbewältigung, deren Entdeckung, weil scham- und schuldbeladen, oft um den Preis der Entwicklung von Symptomen vermieden worden ist, oder um Persönlichkeitsanteile, die inkompatibel sind, oder um unentwickelte archaische Persönlichkeitsanteile, die vor der Bewußtheit der Erwachsenenwelt geschützt werden müssen, um kränkungsgefährdete Persönlichkeitsanteile u. a. m. So liegt für den Patienten von vornherein eine unbewußte Verwechslung des Arztes mit dem Staatsanwalt nahe, und wenn sich bei jenem eine negative Gegenübertragung entwickelt, gewinnt die Verfolgungsphantasie sogar gewisse Realitätsaspekte. Entgegen dem offiziellen Vertrag gibt es also eine zwiespältige Haltung dem Arzt und dessen unbekanntem Wertungen gegenüber; Leidensdruck – Vertrauen – Hoffnung auf Hilfe steht gegen Gewohnheit – Vertrautheit – *Leidensgewinn* (*primär* durch das Symptom, *sekundär* durch die sozialen Folgen). Je nach Überwiegen der einen oder anderen Seite ist der Patient motiviert oder nicht, aber oft entscheidet sich das im ersten Gespräch, und die Haltung des Arztes ist dann das Zünglein an der Waage. Die Herstellung des Klimas eines gemeinsamen Forschungsinteresses ist die entscheidende Hilfe gegen das unbewußte Mißtrauen des Patienten. Dafür kann der Arzt oft viel tun: indem er dem Angebot des Patienten folgt, durch klärende Kommentare, weiterführende (nicht unterbrechende!) Fragen, nach Zeitpunkt und Tiefe angemessene Interpretationen. Er muß dem Patienten vermitteln, daß er dessen Gedankenstrom folgt und zu jeder Gesprächsentwicklung engen Kontakt hält. Äußerungen des Verständnisses (nicht im konventionellen Trivialsinn des Mitleids bzw. der klischeehaften Anteilnahme, sondern des Mitvollzuges des inneren Zusam-

menhanges), auch im Sinne von Interpretationen, soweit sie zum jeweiligen Zeitpunkt für den Patienten akzeptabel sind, Bemühung um Klärung einer noch unverstandenen Situation durch Fragen oder Vorschläge können der Herstellung eines konstruktiven Gesprächsklimas dienen. Das oben genannten Oszillieren zwischen Identifikation mit dem Patienten und dem diagnostisch-kritischen Zurücktreten aus der vom Patienten entwickelten Szenerie ist der Kernpunkt einer für das Gesprächsklima günstigen Haltung des Arztes.

In der Gesprächssituation mit der Hoteliere entwickelte sich die entscheidende Wende zum gemeinsamen Verständnis des Sinnes ihrer Symptomatik in der folgenden Sequenz: Ich hatte mit Interesse und ohne Zeitbegrenzung dem Zentrum ihres Lebens, der Hotelleitung, Aufmerksamkeit geschenkt und dann formuliert, wie ich mir ihre Schwierigkeiten vorstelle. Sie schien sich sehr verstanden zu fühlen, denn ihre Augen strahlten und sie lobte mich für meine Kompetenz in Sachen Hotellerie. Dann lieferte sie bestätigendes Material, u. a. den oben genannten «beiläufigen» Satz, der eine indirekte, aber prägnante Preisgabe ihrer eigenen Bedürftigkeit war. Sie konnte das – unbewußt – leisten, weil ich ihr bewiesen hatte, daß ich Verbündeter ihrer Wünsche und nicht derjenige ihres strengen Gewissens («Staatsanwalt») war. Meine Detektivrolle war in ein Entdeckungsbündnis gemündet, und es war nun kein Problem, ihre Bemerkung, «andere würden jammern», interpretativ auf sie zurückzuwenden. Von einem Verbündeten kann man so etwas annehmen, von einem Staatsanwalt nicht.

10. Gesprächsende

Ziel und Ende eines ärztlichen Gespräches hängen natürlich von den Umständen (dem äußeren Rahmen) ab. Der Allgemeinarzt oder der Spezialist, der eine chronische Krankheit behandelt, wird eher mit einer Kontinuität der Beziehung, der Klinikarzt mit einer kurzfristigen Kontinuität, der zur Diagnostik mit herangezogene niedergelassene Spezialist eher mit einer kurzfristigen oder einmaligen Beziehung rechnen. Daran müssen sich die Inhalte und Gesprächsziele vor allem orientieren. Zu einem optimalen und vollständigen Gesprächsende gehören das Resümee des bis dahin gemeinsam erlangten Verständnisses über die Zusammenhänge, die Benennung offener Fragen, die Anregung für den Patienten, eige-

nes Forschungsinteresse zu entwickeln und ein pragmatischer Vorschlag, sei es als Überweisungsempfehlung, als Problemlösungsvorschlag, als Bekräftigung der gemeinsamen Erkenntnisse im Sinne entscheidender Hilfe für die Bewältigung der kritischen Lebenssituation oder als Einladung, selbst über ein weiteres Gespräch bei Bedarf nachzudenken.

Im Falle meiner Studentin war die Erkenntnis des eigenen Anteils an der Mutter-Tochter-«Kollusion» (WILLI, 1975) der entscheidende Gewinn, wie wir gemeinsam am Schluß feststellen konnten. Da ich mir aber über die Reichweite dieses Zugewinns bzw. der subdepressiven Verfassung nicht im klaren war, bestellte ich sie nach einer Woche wieder ein, mit der Aussicht, gemeinsam über eine Psychotherapie nachzudenken. Es erschien eine in Mimik und Kleidung völlig veränderte, strahlende junge Frau, die mir versicherte, die Arbeitsstörung sei verschwunden und sie bedürfe meiner nicht mehr.

Mit der Hoteliere einigte ich mich darauf, daß das Schiefen angesichts einer Situation, die sie teils nicht ändern wollte, teils nicht konnte, gegenüber einer Depression nach Aufgabe des Hotels noch der geringere Preis wäre, daß er zu tragen sei, daß es sein könne, daß die Erkenntnis über die Zusammenhänge das Symptom zum Verschwinden bringe, daß die Frage nach verändernden Lebensentscheidungen nach Veränderung der Umstände neu zu stellen sei, und daß sie dann eingeladen sei, wiederzukommen.

11. Einbeziehung der Familie

Am häufigsten erscheint ein Patient allein in der Praxis, aber wir tun gut daran, ihn nicht als Monade zu sehen, sondern zu versuchen, seine «verinnerlichten» Beziehungen (Introjekte, Imagines, Identifikationen) zu verstehen und uns über seine realen, signifikanten Lebenspartner genaue Vorstellungen zu machen. Unter dieser Voraussetzung ist es in den meisten Fällen vernünftig und sinnvoll, den (anwesenden) Patienten als unseren Patienten zu betrachten, auch deshalb, weil der Arzt mit dieser Situation besser zurechtkommt, als wenn er das Paar oder die Familie als den eigentlichen Patienten betrachten und behandeln würde. Es ist auch die für den durchschnittlichen Patienten angemessene Form des Umgangs, weil wir ihm eine eigene Struktur mit gesunden Anteilen und der Fähigkeit zu einer gewissen Autonomie zu-

trauen können und, soweit als möglich, auch zutrauen sollten, denn dies ist per se ein therapeutisch und prognostisch relevantes Element der Arzt-Patienten-Beziehung. Bei Kindern mit einer noch nicht hinreichend entwickelten Struktur und realer sozialer Abhängigkeit, bei dekompenzierten Psychotikern, bei schwer körperlich Kranken werden Familienmitglieder aber in der Regel in die Behandlung real einbezogen werden müssen, als Mitleidende, als für die Unterstützung unentbehrliche Akteure (vgl. Kap. III.F), aber eventuell auch als Teil eines kranken Familiensystems, in dem der deklarierte Patient (der Index-Patient) lediglich per unbewußter *Delegation* zur Patientenfunktion auserkoren ist (vgl. Kap. III.D). In diesem Fall ist die geeignete Form der Einbeziehung der Familie bzw. einzelner Familienangehöriger schon deshalb zu erwägen, weil die Familie sonst als Störfaktor intervenieren könnte. In älteren deutschen Psychiatrie-Lehrbüchern findet man oft die Empfehlung, Angehörige für eine «objektive» Anamnese heranzuziehen. Dies ist natürlich ein Mißverständnis, weil Angehörige ihre eigene Subjektivität ins Spiel bringen und die Objektivität der Mitteilungen eine Illusion ist, die sowohl den Mangel einer zureichenden Theorie wie auch die kollektive Gegenübertragung signalisiert, in der die Wahrheit des Patienten gegenüber derjenigen der Angehörigen minderachtet wird.

Ein typisches Beispiel für den Anteil der Familie ist das Krankheitsbild der Anorexia nervosa, bei der die Patientin von der besorgten Familie in der Regel dringend zur Behandlung angeboten, diese dann aber scheinbar paradox von den Eltern nicht selten abgebrochen wird. Dieses Paradox löst sich auf, wenn in Rechnung gestellt wird, daß die Familie insgesamt problematisch, die Anorexia ein Symptom der Familienproblematik ist und die Patientin als Sorgenkind dringend benötigt wird (vgl. Kap. IV.D). Aus dieser unbewußten neurotischen Perspektive ist die Therapie der eigentliche Störfaktor, obwohl sie bewußt dringend gewünscht wird. Wenn ein Angehöriger mit in die Praxis kommt und im Wartezimmer sitzt, so sollten wir dies als ein wichtiges Signal betrachten, das zwar

nicht darüber entscheiden kann, ob wir nur mit dem Patienten oder lieber gleich mit beiden sprechen, aber oft ist der wartende Angehörige das szenische Angebot, die Beziehung als die eigentliche Problematik zu betrachten.

Meine Studentin war durch ihren Onkel, einen Arzt, telefonisch angekündigt und überwiesen worden. Da mir bekannt war, daß jener kein Freund von Psychosomatik und Psychotherapie ist, wunderte es mich, aber ich nahm an, daß seine Haltung mit dem Gefühl der Verantwortlichkeit für die Familie des Bruders zu erklären sei. Die Familie der Patientin war nämlich von einer Katastrophe betroffen: Der Bruder hatte sich suizidiert. So war die Sorge des Onkels um die Patientin, die er als depressiv ankündigte, verständlich. Der Leser erinnert sich, daß es in dem Gespräch mit der Patientin um die Mutter gegangen war. Der Vater tauchte hier wie später nie auf; er wurde lediglich vom Onkel als vorhanden erwähnt. Der tote Bruder spielt aber, obwohl nicht thematisiert, vermutlich eine wichtige Rolle: Sein Schicksal erklärt vielleicht die Überfürsorge der Mutter wie das Verhalten der Tochter, die ihr Überleben durch laufende Telefonate bei der Mutter bestätigt. Aber vielleicht war die Erklärung der Patientin, ihre Armverletzung stamme von einem Stoß an eine Möbelkante, falsch, und es handelte sich in Wirklichkeit um einen Suicidversuch? Dem Onkel war gewiß der tote Bruder der Patientin ein handlungsleitender Faktor. Aber er selbst trat viel später als ein Störfaktor in Erscheinung: Nach eineinhalb Jahren avisierte er die Nichte erneut, und sie erhielt auch prompt einen Gesprächstermin. Der Onkel ließ mir ausrichten, er möchte vor diesem Gespräch mit mir sprechen. Nun ist dies durchaus problematisch, denn ein erwachsener Patient muß für sich selbst entscheiden, worüber und mit wem geredet wird, und Gespräche in Abwesenheit des Patienten mit Angehörigen sollten streng auf wohlbegründete Fälle begrenzt bleiben. Im Falle der Studentin war noch zusätzlich zu bedenken, daß es ja um die Überwindung einer Abhängigkeitsbeziehung gegangen war. Andererseits war im oben genannten Sinne der Onkel als möglicher Störfaktor zu erwägen, und weil Ärzte erfahrungsgemäß oft ihre Rollen als Angehörige und als Ärzte nicht genügend unterscheiden können, sind sie – als Angehörige – oft besonders «gefährlich». So auch im Falle der Studentin: Nach wechselseitigen vergeblichen Telefonversuchen meldete der Onkel die Patientin wieder ab. Er schien ungehalten darüber, daß ich ihn nicht angerufen hatte. «Objektiv» gab es dafür keine Veranlassung, und in ärztlichen Kategorien ist es sogar ein Kunstfehler, in eine erfolgreiche therapeutische Beziehung ohne Not einzugreifen, aber gewiß ist, das zeigen die Umstände der Anmeldung an, daß das Abhängigkeitsthema inzwischen nicht historisch geworden war, und in einem zweiten Gespräch hätte es auch darum gehen müssen.

12. Kritische Situationen

Jedes ärztliche Gespräch ist eine abenteuerliche Reise in unbekannte Regionen mit nicht kalkulierbaren Erlebnissen und Zielen. Der Arzt muß sich auf das Unkalkulierbare einlassen, sonst bleiben die Erlebnisse aus und die Ziele werden verfehlt. Manche Situationen sind aber häufig und ebenso kritisch wie typisch.

So beginnt der Patient oft seinen vorgefertigten Bericht und gerät dann ins *Stocken*. Er mag nun die Erwartung haben, daß die Rolle des Arztes die eines Fragenden sei, oder glauben, sein Bericht sei erschöpfend gewesen. Die heuristisch fruchtbare ärztliche Hypothese ist hier aber die Annahme, daß es sich um einen *Widerstand* gegen das Auftauchen un- und verbewußter Inhalte, Gefühle und Probleme handelt. Häufig wird man sich darauf verlassen können, daß dem Patienten bald etwas einfallen wird, und zu rasches Eingreifen kann dem Patienten auch vermitteln, Schweigen sei nicht erlaubt, der Arzt habe einen Leistungsanspruch an ihn oder halte selbst das Schweigen nicht aus. Aber in der Regel sollte das *Schweigen* nicht zu lange dauern, weil der therapeutisch unerfahrene Patient sonst zu viel *Angst* entwickelt (Bestrafungsangst, Verfolgungsangst, Trennungs- und Verlassenheitsangst). Der Herstellung eines konstruktiven Gesprächsklimas sind solche Entwicklungen abträglich. Im beginnenden Gespräch empfiehlt sich dann eine Frage nach weiteren Details zum Verständnis; besonders günstig ist es, wenn ein Detail, das der Patient schon erwähnt hat und das für den Zusammenhang informationsträchtig erscheint, aufgegriffen wird. Der Patient versteht dann, daß seine Äußerungen wichtig genug sind und wichtig genommen werden, und die Art des aufgegriffenen Inhaltes kann auch für die weitere Richtung bestimmend sein. Es handelt sich also um einen wichtigen und richtig zu wählenden Eingriff. Im späteren Verlauf lohnt es sich, auf die Inhalte zurückzublicken und zu betrachten, welche relevanten Lebensbereiche und signifikanten Personen nicht vorgekommen sind. Auf derartige *Lücken* aufmerksam zu machen, ist oft sehr fruchtbar und dem Patienten selbst eindrücklich. Derartige Maßnahmen mindern

auch die Angst, die eine gewöhnliche Reaktion auf die unbekanntere Situation in der Praxis und angesichts unheimlicher, unkalkulierbarer Gesprächsinhalte ist. Ihrer Minderung dient ein angemessenes Gesprächsklima und gegebenenfalls das direkte Ansprechen, wenn die Angst direkt zu merken oder indirekt zu erschließen ist. Der Patient ist oft sehr erleichtert, wenn er bemerkt, daß darüber offen gesprochen werden kann, und er wird dann auch eher geneigt sein, über die Art von Angst, Bedürfnissen und Befürchtungen zu reden, die zu seiner Krankheit gehören und für die Behandlung oder als Hindernis für diese von Bedeutung sind. Anzusprechen sind auch *Sackgassen*, in die ein Gespräch nicht selten mündet: Dem Patienten scheint nichts mehr einzufallen, oder er wirkt gedankenabwesend, und dem Arzt geht die Phantasie aus, was er selbst zur Behebung der verfahrenen Situation z. B. durch Fragen beitragen könnte. Es kann eine von beiden Partnern als peinlich empfundene Situation entstehen. Die Gründe dafür können ganz unterschiedlich sein und sollen hier nicht aufgelistet werden, aber einige typische Möglichkeiten mögen als Anregung für das Verständnis der Situation erwähnt werden. Es kann sein, daß sich beide Gesprächspartner aus Gründen gemeinsamer unbewußter Abwehr eines brisanten Themas auf einem unfruchtbaren Nebengleis bewegt hatten, das zu keinem Ziel führen kann, oder im Gegenteil: Der nächste logische Schritt im Gespräch wäre die Entdeckung des eigentlichen neurotischen Themas und das Sackgassengefühl ist die letzte, zu Abwehrzwecken errichtete Barriere. Es kann auch sein, daß der Patient mit seinem u. a. szenischen Arrangement (vgl. die Studentin mit ihrer Pantomime) alles mitgeteilt hat und der Arzt lediglich ein (neurotisches?) «Brett vor dem Kopf» hat, das ihn hindert, das Mitgeteilte in Worte zu fassen (der «Flash» bleibt aus). Es kann auch sein, daß das Gespräch eigentlich an einem sinnvollen Ende angekommen ist, aber eine Trennungs- oder Ambivalenzproblematik in dem Sackgassenerlebnis «agiert» wird, d. h., Arzt und Patient wollen eigentlich auseinandergehen, aber sie können sich nicht trennen. Dieses «agierte» Thema wäre nun also ein neues, das angesprochen werden könnte (oder auch nicht!).

Der Umgang mit der Sackgassensituation erfordert jedenfalls mehr als eine Lösungsmöglichkeit. Die nächstliegende ist die Beendigung des Gespräches und eine neue Vereinbarung. Beide Partner haben dann die Chance, bewußt und unbewußt das unbewältigte Thema weiter zu entwickeln. Dem Arzt legen innere Not und Arbeitsökonomie (Praxisbedingungen) diese Lösung häufig nahe. Elegant ist sie aber nicht. Sie gleicht oft eher einer Kapitulation. Stattdessen könnte es fruchtbar sein, die Herausforderung anzunehmen. Zum Beispiel fällt den meisten Patienten nach einiger Zeit doch etwas ein, und häufig ist es der das Thema treffende, weiterführende Einfall. Der Arzt seinerseits könnte sich über die bestehende Szenerie stellen, deren Bestandteil er ist, sie quasi von oben («Meta»-Ebene) betrachten und das Ergebnis aussprechen. Man könnte untersuchen, was bisher das Thema gewesen war, was dessen Quintessenz (der unbewußte neurotische Konflikt?) gewesen sei, an welcher Stelle die Sackgassensituation entstanden ist, welcher Art die eigenen Gefühle waren, welchen flüchtigen (wichtigen) Gedanken er selbst verfolgt hatte, welchen Eindruck er vom Patienten hat, welche Phantasie über die innere Situation des Patienten, und das schafft unter Umständen ausgezeichnete Voraussetzungen für gemeinsame Entdeckungen, vorausgesetzt, der Arzt gesteht sich das in der Sackgasse entstandene Unbehagen zu, bewältigt es nicht durch Vermeiden, sondern durch Betrachten, und gönnt sich einen Moment des Nachdenkens (Schweigens). Nicht selten spielt sich das Gespräch auf die Beschäftigung mit dem «*abwesenden Patienten*» (E. u. M. BALINT, 1961, 1988) ein, d. h. einem Angehörigen, vor allem dem Lebenspartner, dessen Pathologie fortan Gegenstand ist, für beide Gesprächspartner angenehm, weil entlastend, aber ohne Gewinn für das Verständnis der Problematik des Patienten.

13. Typische Aktionen

Die systematische Darstellung des ärztlichen Gespräches steht in unaufhebbarer Widerspruch zu ihrer Botschaft, nämlich das Unwie-

derholbare, Einmalige eines Menschen und seiner Krankheit so subtil als möglich zu erfassen. Einige Elemente des ärztlichen Gespräches sind allerdings relativ typisch, wenn gleich nicht standardisierbar. So braucht ein Gespräch eine Eröffnung. Oft wird diese durch praxisartentypische Vorkommnisse vorgegeben. Die für das ärztliche Gespräch geeignete Art von Eröffnung ist aber immer eine solche, die möglichst unstrukturiert den Patienten ermutigt und nötigt, sich in ein offenes Feld zu projizieren, analog den psychologischen Tests, die als «projektive» Tests so allgemeine, unbestimmte Vorgaben liefern, daß der Proband nur sich selbst in seiner individuellen Einmaligkeit entfalten, «projizieren» kann. Daraus ergeben sich Empfehlungen für Standardformeln («Was führt Sie zu mir?» «Was ist Ihr Anliegen?»), aber sie sind jeweils auf ihre Brauchbarkeit zu prüfen. Sehr ängstliche, kindliche, psychotische, alexithyme Patienten müssen oft mit gezielten, genauen Fragen zu einem Gespräch ermuntert werden. *Fragen* sind in jeder ärztlichen Praxis unerlässlich, aber sie sind ein zweiseitiges Schwert. Eingedenk des berühmten BALINT'schen Satzes «wer Fragen stellt, erhält Antworten, aber sonst nicht viel» (BALINT, 1965) muß der projektionsverhindernde Charakter eindeutiger Fragen in Rechnung gestellt werden. Sie gehören eben, wie alles im Gespräch, an die richtige Stelle. Als beispielsweise meine mehrfach erwähnte studentische Patientin sich über die Mutter beklagte («Du rauchst zu viel, Du trinkst zu viel»), da führte die Frage «woher kann sie das nur wissen?» zu der gemeinsamen Entdeckung des oben genannten Agierens der Patientin. Von den Fragen nach den Lücken in den genannten Lebensbereichen war schon die Rede. Eine Art von Fragen wird, falls der Patient nicht spontan darauf zu sprechen kommt, idealiter zu stellen sein, nämlich die nach der Biographie, also nach der inneren Entwicklungsgeschichte, der sozialen, schulischen, beruflichen Entwicklung, den signifikanten Personen, der Bewältigung typischer Lebensphasen und -krisen. Ohne ein umfassendes, differenziertes Bild hierüber lassen sich neurotische Probleme gar nicht, vieles andere, z. B. solche aktueller Krankheitsbewältigung, nur unvollständig erschließen. Die aktuelle

Lebenssituation ist selbstverständlich von zentraler Bedeutung. Sie gibt oft entscheidenden Aufschluß darüber, warum jemand jetzt erkrankt oder, obwohl schon länger leidend, jetzt zum Arzt kommt, mit anderen Worten, welche Weisen der Lebensbewältigung evtl. nicht mehr funktionieren und zu einer Erkrankung geführt haben oder zu führen drohen.

In einer Studie zur Vorgeschichte plötzlicher Herztode konnte gefunden werden, daß zwei Drittel der Toten in den letzten Monaten beim Arzt gewesen waren. Nur bei einem Teil hatten sich herzbezogene Symptome finden lassen. Typischerweise waren die Patienten aber von ihren Ehefrauen wegen Verhaltens- und Befindensänderungen zum Arzt geschickt worden. Sie waren hektisch oder aber apathisch geworden (APPELT, zit. n. PETZOLD u. REINDELL, 1980; vgl. Kap. IV.A.3).

Es ist ein Beispiel dafür, daß ein nicht mehr funktionierendes Lebenskonzept zu einem mißlingenden Kompensationsversuch oder auch zur Resignation führt und in einer – in diesem Beispiel tödlichen – Symptomatik endet. *Erklärungen* und *Informationen* erfolgen in der ärztlichen Praxis häufig in zu geringem Umfang, zu wenig systematisch, nicht in der geeigneten Weise und nicht ausführlich genug. Non-compliance ist oft non-information. Je nach Gegenstand sollten sorgfältige und geduldige Informationen also im Durchschnitt breiteren Raum einnehmen. Ratschläge dagegen sollten eher restriktiv gehandhabt werden. Zu selten sind wir in der Lage, das Notwendige, so weit es über den ärztlichen Behandlungsrahmen hinausragt, so konkret voraussagen zu können, daß unsere Patienten davon profitieren, oder wie es BALINT sagte: «Niemanden einen Patienten beraten oder beruhigen, ehe man nicht genau weiß, welches sein wirkliches Problem ist» (BALINT, 1957). Eher helfen wir ihnen, wenn wir mit ihnen Zusammenhänge klären, die ihnen unseren Ratschlag ersparen.

Im Falle eines Patienten hatte der Arzt geraten, wegen des Asthmas seiner Frau aus Süddeutschland weg und an die Nordseeküste zu ziehen. Der Patient glaubte, dies der Zuneigung zu seiner Frau und ihrer Gesundheit zu schulden. Er gab eine ebenso interessante wie lukrative Tätigkeit und ein schönes Haus an einem schönen Ort auf. Im strukturschwachen Norden fand er auf keiner Ebene Gleichwertiges, und natürlich be-

hielt seine Frau ihr Asthma. Ein solcher Ratschlag ist ein schwerer Kunstfehler.

Interpretationen sind ein machtvolles therapeutisches Mittel. Ihre sichere Handhabung setzt ein gutes theoretisches Fundament, die Kenntnis unbewußter Zusammenhänge von Symptom und Konflikt, eine gute Arbeitsbeziehung und oft auch eine hinreichend entwickelte Persönlichkeitsstruktur voraus. Zeitpunkt, Umfang und Tiefe sind so präzise zu wählen wie bei anderen potenten therapeutischen Maßnahmen. Sie stehen in der Regel am Schluß einer Kette von Operationen und Maßnahmen wie *Klarifikationen* und *Konfrontationen*. Sie sind nur am Platz, wenn die Aussicht besteht, daß sie vom Patienten verstanden und genutzt werden können (vgl. die beiden dargestellten Fallbeispiele). In psychotherapeutischen Interviews werden sie vor allem als prognostisch wichtige Tests – *Probedeutungen* – für die Fähigkeit des Patienten benutzt, konstruktiv mit diesem Instrument umgehen zu können. Unerfahrene neigen oft dazu, gelernte Klischees zu benutzen, nach dem Muster «Sie sind so und so wie Ihre Mutter» oder in Gestalt eines klischeehaften Gebrauchs von psychosomatischen Metaphern («es ist Ihnen zum Kotzen») zur Erklärung von Symptomen. In der Regel ist dies nutzlos, denn Interpretationen sind Maßarbeit und müssen sitzen wie ein Maßanzug, der einer Person und niemandem sonst paßt. In jedem Fall sollte jedes erste ärztliche Gespräch von folgenden *Hintergrundsüberlegungen* begleitet sein.

- Welches Anliegen hat der Patient (wirklich)?
- Wie bringt er es vor?
- Warum bringt er es so vor?
- Was bringt der Patient vor, ohne es zu wissen?
- Warum kommt er zu mir?
- Warum kommt er jetzt?

Immer sollte das Augenmerk auf die *Arzt-* und *Medikamentenanamnese* gerichtet sein. Eine Geschichte mit vielen Arztwechseln, Anklagen gegen frühere Ärzte und dergleichen gibt wichtige Hinweise auf neurotische Arzt-Patienten-Beziehungen, sogenannte Compliance-Probleme (vgl. das «Koryphäen-

killer-Syndrom»), und sie zeigt dem Arzt vor allem, was ihm blüht, wenn es ihm nicht gelingt, mit dem Patienten gemeinsam diese Beziehungsstruktur zu analysieren.

14. Typische Fehler

Die Neigung, einem Patienten zu sagen, er habe nichts, nur weil die physikalisch-chemischen Untersuchungsmethoden nichts zutage fördern, ist anscheinend so unausrottbar wie schädlich. Killerfragen (MATUSSEK, zit. n. MEERWEIN, 1974), die sich z. B. darauf beziehen, daß das Symptom nichts Besonderes sei, daß so etwas zur Zeit herumgehe, oder eine Trivialerklärung sonstiger Art (vgl. MEERWEIN, 1974, S. 96), schematische Abfragen, schematische, zu frühe, zu tiefe, zu viele, zu oberflächliche Deutungen, bei begeisterten Anfängern auch die Mitteilung von eigenen Gefühlsklischees («ich merke, daß ich sauer auf Sie bin»), ungeeignete Ratschläge (s. o.), die Benutzung eines Fachjargons, Störungen von seiten der äußeren Rahmenbedingungen (s. o.), aber auch durch negative Gefühlsregungen, durch das Bedürfnis, vom Patienten bewundert zu werden oder auch dessen Ermunterung durch die Mitteilung eigener Lebensereignisse des Arztes sind häufige Fehler, die ein ärztliches Gespräch stören und seinen Erfolg verhindern können. Sie sind, allgemein gesprochen, Ausdruck mangelnder Einfühlung (*Empathie*) in Person und Situation. Wenn sie nicht gegenübertragungsbedingt sind oder ein Anfängerproblem darstellen, sind sie ein ernstes Problem der ärztlichen Haltung und sollten zur Frage nach der eigenen Selbsterfahrung des Arztes führen.

15. Die Diagnose

Am Beispiel BALINTS von dem jungen Mann, «der nicht küssen kann», läßt sich gut veranschaulichen, warum die Diagnose im Rahmen eines ärztlichen Interviews sich nicht auf den Namen für eine syndromatische bzw. nosologische Entität eines Organgeschehens beschränken kann (z. B. Cheilitis). Diese enthält

ja weder die soziale Realität, noch den Beziehungskonflikt, was beides in dem BALINT'schen Beispiel benannt ist, noch die Diagnose der Persönlichkeitsstruktur, auf welcher das Symptom basiert, noch die auslösende Konfliktsituation, an der sich die unbewußte pathogene Psychodynamik aktualisiert.

Die Diagnose ist vollständig, wenn sie die äußere Realität, die relevanten biographischen Daten, das Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehen und das Verständnis des Symptoms im Zusammenhang mit den genannten Aspekten enthält. Formal lassen sich Symptom-(Syndrom-)Diagnose, systematische neurosenpsychologische Diagnose, Persönlichkeitsdiagnose bzw. Strukturdiagnose, die Diagnose des unbewußten Konfliktes sowie diejenige der sozialen Situation unterscheiden.

In der Realität des klinischen Alltages überwiegen unvollständige Diagnosen, und da einige der relevanten Gesichtspunkte erst nach längeren Therapien mehr oder weniger gut verifizierbar sind, handelt es sich in Wirklichkeit um notwendige, handlungsleitende diagnostisch-therapeutische Arbeitshypothesen. Sie sind aber ein wichtiger Fortschritt, weil sie es dem Arzt ermöglichen, sich in dem komplizierten Gefüge unterschiedlicher Verständnisebenen besser zurechtzufinden.

Literatur

- ADLER R, HEMMELER W: Praxis und Theorie der Anamnese. 3. Aufl., G. Fischer, Stuttgart 1992
- ARGELANDER H: Das Erstinterview in der Psychotherapie. Wiss. Buchges., Darmstadt 1970
- BALINT M: The doctor's therapeutic function. *The Lancet* I, 1177-1180, 1965
- BALINT M, BALINT E: Psychotherapeutic techniques in medicine. Tavistock Publications, London 1961. Dt.: Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. dtv, München 1988
- BIERMANN-RATHJEN EM, ECKERT J, SCHWARTZ HJ: Gesprächspsychotherapie. 5. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart 1995
- DEUTSCH F, MURPHY WF: The clinical review. 5. Aufl., Vol. I, Int Univ Press, New York 1965
- DÜHRSSSEN A: Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1981

- ECKSTÄDT A: Die Kunst des Anfangs. Psychoanalytische Erstgespräche. Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1991
- GINZBURG C: Indizien: Morelli, Freud und Sherlock Holmes. In ECO U, SEBEOK TA (Hrsg.) Der Zirkel oder Im Zeichen der Drei. Dupin, Holmes, Peirce Supplemente. Fink, München 1985
- KÖHLE K, JORASCHKY P: Die Institutionalisierung der Psychosomatischen Medizin im klinischen Bereich. In VON UEXKÜLL Th: Psychosomatische Medizin, 4. Aufl., S.415, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- KERNBERG OF: Structural interviewing. Psychiatr Clin North Am 4, 169–195, 1981
- MEERWEIN F: Das ärztliche Gespräch. 3. Aufl., Huber, Bern 1986
- MITSCHERLICH A: Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin. Bd. 2, Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1967
- NEDELMANN C, FERSTL H (Hrsg.): Die Methode der Balint-Gruppe. Klett-Cotta, Stuttgart 1989
- PETZOLD E, REINDELL A: Klinische Psychosomatik. UTB 991, Quelle & Meyer, Heidelberg 1980
- QUINT H: Tiefenpsychologische Untersuchung. In VOGEL T, VLIEGEN J (Hrsg.) Diagnostische und therapeutische Methoden in der Psychiatrie. Thieme, Stuttgart 1977
- SCHEPANK H: Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Springer, Heidelberg 1987
- SCHULTZ-HENKE H: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Thieme, Stuttgart 1951
- SEBEOK TA, UMIKER-SEBEOK J: Du kennst meine Methode. edition suhrkamp, Neue Folge Bd. 121, 1982
- SEEFELDT D: Zur Effektivität der Psychotherapie unter den Bedingungen der allgemeinmedizinischen Betreuung. In BRÄHLER E, GEYER M, KABANOW MM (Hrsg.) Psychotherapie in der Medizin, S.290, Westdeutscher Verlag, Opladen 1991
- SPEIDEL H: Die therapeutische Beziehung und ihre Risiken. In SEDLAK F, GERBER G: Beziehung als Therapie – Therapie als Beziehung, S. 70, Reinhardt, München 1992
- TRÄGER H, FLEMMING B, NORDMEYER J, MEFFERT HJ, BLEESE N, KREBBER HJ: Psychological effects of preoperative doctor-patient-communication. In BECKER R, KATZ J, POLONIUS MJ, SPEIDEL H (eds) Psychopathological and neurological dysfunctions following open-heart surgery, S. 129, Springer, Heidelberg 1982