

# Gesprächsführung

- 2.1      Verschiedene Begriffe zum psychiatrischen Gespräch – 12**
- 2.2      Abgrenzung des Untersuchungsgesprächs von der Therapie – 12**
- 2.3      Charakteristik der Gespräche in verschiedenen Situationen – 13**
- 2.4      Herstellung einer Beziehung – 14**
  - 2.4.1    Psychiatrische Haltung – 14
  - 2.4.2    Formale Aspekte zu Formulierungen – 17
  - 2.4.3    Suggestive Fragen – 18
- 2.5      Strukturierung des Gesprächs – 18**
  - 2.5.1    Bedeutung strukturierender Gesprächsführung – 18
  - 2.5.2    Verschiedene Interviewformen mit unterschiedlichem Strukturierungsgrad – 19
  - 2.5.3    Halbstrukturiertes Interview – 20
- 2.6      Präzisierung von Informationen – 22**
- 2.7      Besonders schwierige Gesprächssituationen – 25**
- 2.8      Vermittlung von Gesprächsführungskompetenzen – 26**

Das Gespräch in der psychiatrischen Untersuchung ist ein professionelles Gespräch und unterscheidet sich wesentlich in der Zielsetzung, dem Themenumfang und dem Stil von einem Alltagsgespräch. Die psychiatrische Gesprächsführung muss als professionelle Technik erlernt, im klinischen Gebrauch geübt und die erlernte Fähigkeit immer wieder kritisch hinterfragt werden. Noch vor den Techniken der körperlichen Untersuchung sowie apparativen oder laborchemischen Hilfsmitteln ist das Gespräch die wichtigste Methode der psychiatrischen Untersuchung.

## 2.1 Verschiedene Begriffe zum psychiatrischen Gespräch

---

In der Fachliteratur wird vor allem im psychologischen Kontext heute oft der Begriff Interview für das fachliche Gespräch mit einem oder mehreren Gesprächspartnern und damit auch einem Patienten gebraucht. Der Begriff grenzt einerseits den professionellen Zusammenhang vom Alltagsgespräch ab, klingt andererseits etwas nach Fernseh-Journalisten-Interview. In diesem Buch werden die Begriffe Gespräch und Interview als Oberbegriffe für die verbale Kommunikation zwischen zwei oder mehreren Menschen weitgehend synonym gebraucht. In speziellen Kontexten wird auch von Exploration, in anderen von Erhebung gesprochen. Beide Begriffe deuten an, dass es bei diesen Gesprächen eher um einen stärker strukturierten Prozess der Informationsgewinnung geht. Der Begriff Exploration wird vor allem im Kontext des psychopathologischen Befundes benutzt, den Begriff Erhebung findet man hauptsächlich im Zusammenhang mit der Anamnese (Anamnese-Erhebung), aber auch beim psychopathologischen Befund (Befunderhebung).

### Overbegriffe für verbale Kommunikation

**Gespräch** – Oberbegriff für alle Arten sprachlicher Interaktion zwischen zwei oder mehreren Personen; im professionellen Kontext synonym mit dem Begriff Interview

**Interview** – Oberbegriff für alle Arten von Gesprächen im professionellen Zusammenhang, die gezielt der Gewinnung von Informationen dienen

**Exploration** – Interview, bei dem die größere Aktivität beim Untersucher liegt. Er fragt gezielt nach den Sachverhalten, die ihn interessieren

**Erhebung von Informationen** – Vor allem im Kontext von Anamnese-Erhebung oder der Erhebung des psychopathologischen Befundes benützter Begriff. Relativ strukturiert-aktive Gesprächsführung durch den Untersucher

## 2.2 Abgrenzung des Untersuchungsgesprächs von der Therapie

---

Zum Konzept dieses Buches gehört, dass die psychiatrische Untersuchung dort endet, wo die Therapie beginnt. Einschränkend wurde schon darauf hingewiesen, dass die Erhebung der Ist-Situation durch eine psychiatrische Untersuchung auch im Verlauf einer Behandlung immer wieder erforderlich ist, und sich insofern auf der einen Seite die Untersuchung und auf der anderen Seite die Therapie gegenseitig beeinflussen und als ineinander verzahnte Vorgänge vorgestellt werden müssen.

Es kommt noch eine andere Schwierigkeit der Abgrenzung von Untersuchungsgespräch und Therapie hinzu. Die Personen, die eine Therapie mit den Patienten durchführen werden, sind je nach der erfahrenen psychotherapeutischen Schule in einer bestimmten Richtung ausgebildet. Das Theoriengerüst, das sie als Verhaltenstherapeut oder als Psychoanalytiker gelernt haben, wird sie wesentlich in ihrem Untersuchungsansatz beeinflussen. Wenn man sich psychologische Mechanismen auf eine bestimmte Art erklärt, wird man auch in der Untersuchungssituation

schon darauf achten und vielleicht nach ganz bestimmten theoriegeleiteten Informationen suchen (Dührssen 2010). So schreiben zum Beispiel Thomä und Kächele in ihrem Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie zum Erstgespräch: „Wir betrachten das Erstinterview als die erste Möglichkeit für eine flexible Anwendung der psychoanalytischen Methode auf die Gegebenheiten des jeweiligen Patienten“ (Thomä und Kächele 2006). Gemeint sind hier insbesondere die genaue Wahrnehmung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand. Im Lehrbuch der Verhaltenstherapie von Margraf wird dagegen als Aufgabe für das Erstgespräch die gegenseitige Vereinbarung mit dem Patienten bezüglich ganz konkreter Therapieziele betont (Margraf und Schneider 2009). Vermutlich wird das unterschiedliche Therapieverständnis bewirken, dass man beim Patienten unterschiedliche Informationen aufnimmt, Phänomene anders wahrnimmt. Man sieht nur, was man weiß. Dies wird auch das psychiatrische Gespräch wesentlich beeinflussen.

In diesem Buch soll dennoch versucht werden, die psychiatrische Untersuchung möglichst unbeeinflusst von theoretischen Konstrukten darzustellen. Es wird also am ehesten ein deskriptiver Ansatz verfolgt, bei dem bewusst zunächst einmal Informationen gesammelt werden, ohne schon an eine bestimmte therapeutische Verwertung nach einem dezidierten Theoriegebäude zu denken. Auch die Deskription ist natürlich ein bestimmtes Konzept, erlaubt aber eher als andere, die Phase der psychiatrischen Untersuchung von der Phase der Therapie abzugrenzen (Carlat 2013; Fähndrich und Stieglitz 2016).

## 2.3 Charakteristik der Gespräche in verschiedenen Situationen

Situationen, in denen es zum psychiatrischen Gespräch kommt, können sehr unterschiedlich sein. Aspekte des Gesprächs wie Detaillierungsgrad der Schilderungen, Ausmaß der Strukturierung durch den Therapeuten, und vieles mehr, hängen jeweils vom Anlass und dem Ziel des Gesprächs ab. So wird es in der Notaufnahme in der Nacht eher um eine schnelle Abklärung der akuten Symptomatik und eine Einschätzung der Gefahrenlage gehen. Wenig Zeit steht in der Regel zur Verfügung und das wesentliche Ziel des Gesprächs ist es, Grundlagen für akute Maßnahmen in der Nacht zu erhalten.

In einem therapeutischen Gespräch im Rahmen eines tiefenpsychologischen Behandlungssettings wird viel mehr Zeit zur Verfügung stehen, die Strukturierung durch den Therapeuten wird viel geringer sein. Eher der Beziehungsaufbau und die therapeutische Situation stehen im Vordergrund, nicht so stark die Generierung von Informationen. Zwischen diesen Extremen gibt es verschiedene Facetten des psychiatrischen Gesprächs und die Gesprächsführung muss entsprechend der vorliegenden Situation angepasst werden. Innerhalb von Studien verläuft das Interview anders als bei Aufklärungsgesprächen über Medikamenten-Nebenwirkungen und wieder anders als bei der forensischen Exploration (■ Tab. 2.1).

Es gibt also nicht die eine richtige Gesprächsführung. Allerdings gibt es übergeordnete Faktoren, die in der psychiatrischen Untersuchungssituation beachtet werden müssen. Grundsätzlich wird der Untersucher in einem psychiatrischen Gespräch in unterschiedlicher Gewichtung immer drei wichtige Aufgaben haben:

### Aufgaben des Untersuchers im psychiatrischen Gespräch

- Herstellung oder Pflege einer therapeutischen Beziehung
- Gewinnung von Detailinformationen
- Strukturierung des Gesprächs

**Tab. 2.1** Beispiele für unterschiedliche Gesprächssituationen und die Bedeutung ausgewählter Teilaspekte

	Strukturierung durch Arzt	Gewinnung von Detailinformationen	Beziehungsgestaltung	Zeit zur Verfügung
Notaufnahme stationär	Hoch	Gering	Gering	Gering
Psychopathologischer Befund	Mittel	Hoch	Gering	Mittel
Anamnese	Mittel	Hoch	Mittel	Mittel
Verlaufsgespräch	Gering	Mittel	Hoch	Mittel
Therapeutisches Gespräch	Gering	Mittel	Hoch	Hoch
Gutachten	Hoch	Hoch	Gering	Mittel
Psychoedukation	Mittel	Gering	Gering	Mittel

## 2.4 Herstellung einer Beziehung

Die Bedeutung der Aufgabe, eine gute Beziehung mit dem Patienten herzustellen, ist in verschiedenen Situationen unterschiedlich groß. Dennoch darf nie vergessen werden, dass eine vertrauensvolle Beziehung zwischen dem Untersucher und seinem Patienten immer eine notwendige Voraussetzung dafür ist, verlässliche Informationen zu erhalten. Zudem gibt es die immer wieder bestätigte Erfahrung, dass schon die Art, wie in der Notaufnahme mit dem Patienten umgegangen wird, weitreichenden und langanhaltenden Einfluss auf die weitere Diagnostik und Therapie haben kann. Dies gilt selbst dann, wenn es sich beim Untersucher in der Notaufnahmesituation um eine andere Person handelt als die in der späteren Behandlungssituation auf der Station. Der Patient wird oft dazu neigen, den Untersucher in der Notaufnahme als Repräsentanten der Institution wahrzunehmen und sein Verhalten auf alle späteren Untersucher zu generalisieren.

### 2.4.1 Psychiatrische Haltung

Die Art der Beziehungsgestaltung hängt wesentlich von der Haltung des Untersuchers ab. Da das Gespräch immer in einer professionellen Situation stattfindet, folgt auch die Haltung des Untersuchers bestimmten Regeln. Beschrieben werden im Folgenden Ideale. Es ist selbstverständlich, dass manchmal äußere Zwänge daran hindern, diese Ideale zu erreichen. Man muss sich aber im Klaren darüber sein, dass bei einer Abweichung der beschriebenen Haltungen eventuell Kompromisse gemacht werden müssen bezüglich der entstehenden therapeutischen Beziehung und damit auch eventuell der Validität und Reliabilität der erhaltenen Daten.

Nach Fähndrich und Stieglitz (Fähndrich und Stieglitz 2016) müssen in einem psychiatrischen Gespräch zunächst allgemeine Prinzipien beachtet werden. Die Autoren beschreiben folgende Aspekte:

### Allgemeine Prinzipien der Gesprächsführung

- Dem Patienten viel Platz lassen, über seine Beschwerden zu berichten
- Eine zugewandte Haltung einnehmen
- Interesse zeigen, Unterstützung durch non-/paraverbale Äußerungen (z. B. Kopfnicken) signalisieren
- Dem Patienten Zeit zum Überlegen lassen
- Eine adäquate Sprache wählen
- Polarisierungen, Konfrontationen vermeiden
- Das gemeinsame Interesse im Hinblick auf die Klärung von Problemen, die gemeinsame Suche nach Lösungen betonen

Eine Abweichung von diesen allgemeinen Prinzipien ist je nach Gesprächssituation möglich, sie muss dann aber bewusst und zielgerichtet eingesetzt werden. So gibt es bei bestehender therapeutischer Beziehung durchaus Situationen, in denen eine Konfrontation (zum Beispiel Hinweise auf Widersprüche im Bericht des Patienten oder Hinweise auf Widersprüche zwischen Erlebtem und den Belegen aus der Realität) angemessen ist. Andere mögliche Abweichungen von den allgemeinen Prinzipien werden im ► [Abschn. 2.5](#) besprochen. Didaktisch gesehen ist es aber gut, sich zunächst an diese allgemeinen Prinzipien zu halten und die bewusst eingesetzten Ausnahmen mit zunehmender Erfahrung zu verwenden.

Zu Beginn eines Gesprächs sollte dem Patienten zunächst Sicherheit vermittelt werden. Er sollte so weit wie möglich die Gewissheit erhalten, dass er am richtigen Ort ist, dass Kompetenz vorhanden ist und man einen Weg finden wird, seine oder ihre Probleme anzugehen. Diese Sicherheit des Auftretens ist keine Selbstverständlichkeit. Gerade junge Kolleginnen und Kollegen sind ja häufig zu Recht selbstkritisch, was ihre noch geringe Erfahrung und die spezielle psychiatrische Kompetenz angeht. Dennoch muss dem Untersucher bewusst bleiben, dass es nicht Ziel sein kann, beim Patienten Zweifel an einer möglichen Hilfestellung zu wecken. In den meisten Untersuchungssituationen wird der Therapeut, gerade wenn er noch Anfänger ist, ja auch nicht alleine sein. Ein Oberarzt wird supervidieren, der Chefarzt in Visiten richtungsweisende Anregungen geben können, erfahrene Pflegefachleute werden unterstützen usw. Es ist also legitim, auch als Anfänger die Sicherheit auszustrahlen, die die Institution geben kann. Dabei nicht überheblich zu wirken und authentisch zu bleiben unterscheidet das gute professionelle Gespräch von einem nicht so guten.

### Aspekte der psychiatrischen Haltung im Untersuchungsgespräch

- Vermittlung von Sicherheit
- Aufmerksamkeit und Zuwendung
- Aktives interessiertes Zuhören
- Freundlich zugewandte Aufnahme der Informationen
- Vermittlung von Hoffnung

Schon bei den allgemeinen Settingvariablen wurde besprochen, dass Störungen während des Untersuchungsgesprächs vermieden werden sollten. Der Patient muss das Gefühl vermittelt bekommen, dass die Untersucherin sich ganz ihm widmen kann und auf ihn konzentriert ist.

Dazu gehört einerseits, die von außen kommenden Störungen zu minimieren, aber andererseits auch eine persönliche Ausstrahlung der Untersucherin, die vermittelt, dass die Zeit der Untersuchung ganz dem Patienten gehört und die Untersucherin nicht durch Stress oder anderweitige Gedanken abgelenkt ist.

Vertrauensbildend ist es sicher nicht, wenn der Untersucher verbal oder nonverbal vermittelt, dass er eigentlich nur seinen Job ableistet und ihn der Bericht der Patientin nur am Rande interessiert, oder die abgefragten Informationen nur zur Vervollständigung der Dokumentation dienen. Vielmehr sollte vermittelt werden, dass sich die Untersucher für die Berichte der Patienten wirklich interessieren. Selbst wenn sie im Einzelfall sehr fremd sind gegenüber dem bisher bekannten Erleben der Untersucher, manchmal bizarre Schilderungen beinhalten oder auch weit übertriebene Befürchtungen, so sollte es doch immer so sein, dass sie sich zunächst dafür interessieren und verstehen, was im Patienten vorgeht und wie er die Welt und sich erlebt. Die psychiatrische Untersuchung handelt noch nicht davon, das spezifische Erleben der Patienten zu relativieren, zu bewerten oder direkt systematisch zu beeinflussen. Es geht vielmehr um eine genaue Erhebung des Ist-Zustandes beim Patienten. Aktives interessiertes Zuhören ist dafür ein wichtiger Bedingungsfaktor.

Ganz selbstverständlich klingt der Aspekt der freundlich zugewandten Aufnahme der erhaltenen Informationen. Selbstverständlich ist das auch in vielen Situationen der psychiatrischen Untersuchung. Welcher Therapeut empfindet sich schon als unfreundlich? Aber denken wir auch an Situationen, in denen die Untersuchenden enormem Stress ausgesetzt sind, zwei andere Patienten schon vor der Tür sitzen und der untersuchte Patient vielleicht etwas weitschweifig berichtet. In solchen Situationen ist es immer wieder wichtig, sich klar zu machen, dass eine freundlich zugewandte Aufnahme der Informationen ein Aspekt professioneller Technik ist. Dafür hilft es allenfalls schon, sich in der Untersuchungssituation selbst zu sagen: Du musst jetzt freundlich sein. Das heißt nicht, dass man das Gespräch, zum Beispiel bei einem weitschweifigen Bericht, nicht auch aktiv strukturieren muss (siehe unten), aber man kann dies eben auch freundlich erklärend tun.

Noch schwieriger ist die freundlich zugewandte Aufnahme der Informationen, wenn Patienten über schreckliche oder abstoßende Dinge berichten. Auch weltanschaulich verschrobene, eventuell rassistische, gegenüber Anderen gemeine oder verachtende Aussagen, oder andere strafrechtlich relevante Sachverhalte werden gelegentlich von Patienten berichtet. Es ist keine Frage, dass hier auch klare Bewertungen und Zurückweisungen durch die Therapeuten am Platz sind. Dies gilt aber, von Extremen abgesehen, nicht für die psychiatrische Untersuchungssituation. Diese Phase der Begegnung mit den Patienten ist eben noch nicht eine der Bewertungen, der aktiv eingreifenden und verändernden Ansätze. Vielmehr soll Vertrauen geschaffen werden, damit Patienten offen informieren, um mit diesen Informationen dann ein gezieltes Vorgehen in der Therapiephase entwickeln zu können. Gerade hier ist die Kunst, authentisch zu bleiben und dennoch die technischen Grundsätze des Interviews zu beachten. Freundlich zugewandt heißt ja nicht, mit einem dauernden Lächeln auf den Lippen unbewegt dazusitzen. Man wird schon auch einmal sagen dürfen, dass man bezüglich bestimmter Ansichten anderer Meinung ist. Aber man kann das freundlich tun und darauf hinweisen, dass es jetzt erst einmal nicht um einen Meinungsaustausch geht, auch nicht um eine Bewertung, sondern darum, dass die Erlebnisse, Bedürfnisse, Emotionen und Intensionen des Patienten möglichst offen berichtet und vom Untersucher gut verstanden werden.

Wie bedeutend die Vermittlung von Hoffnung ist, geht aus vielen wissenschaftlichen Studien vor allem aus der Suizidforschung hervor (Rasmussen und Wingate 2011; Davidson et al. 2009). Patienten, die selbst oder auch auf Initiative Anderer in die psychiatrische Untersuchungssituation

kommen, befinden sich in der Regel in einer akuten psychischen Krise. Sie sind oft verzweifelt, fühlen sich missverstanden oder überhaupt nicht ernst genommen. Patienten mit depressivem Syndrom, aber auch solche mit Suchterkrankungen, haben oft die Erfahrung gemacht, dass alles was sie selbst versucht haben, nicht zu einer Lösung der Probleme geführt hat, und dass Ratschläge von Anderen nicht umsetzbar waren. Patienten mit paranoiden Vorstellungen werden oft die Erfahrungen gemacht haben, dass sie, immer wenn sie über ihre Erlebnisse und Wahrnehmungen sprechen, für seltsam, verschoben oder verrückt gehalten werden. In beiden und vielen anderen Situationen haben die Betroffenen kaum noch Hoffnung, dass ihnen geholfen werden könnte. Diese Hoffnung wieder zu geben oder sie zu stärken, ist ein wichtiger Aspekt der Haltung innerhalb der psychiatrischen Untersuchung.

#### Beispielsätze zur Vermittlung von Hoffnung

- Wir werden einen Weg finden, wie wir Ihre Probleme anpacken können
- Es gibt eine Behandlungsmöglichkeit für Ihre Beschwerden
- Wir haben schon viele Patienten behandelt, bei denen die Beschwerden ganz ähnlich waren
- Wir verstehen etwas von der Sache und werden Ihnen Hilfe anbieten können
- Bei guter Behandlung werden sich Ihre Beschwerden bessern
- Ich habe gut verstanden was Sie belastet, wir können jetzt gemeinsam Lösungen angehen

Solche oder ähnliche Sätze sind wichtig für die Wiedergewinnung von Hoffnung. Auch hier wird der erfahrene Untersucher vorsichtig abwägen zwischen den zitierten oder ähnlichen Aussagen einerseits und andererseits Versprechen, die man vielleicht nicht einhalten kann. Er wird Sätze wie „Wir werden Sie vollständig heilen“ vermeiden, aber es nicht unterlassen zu erwähnen, dass viel Erfahrung in der Lösung der vom Patienten geschilderten Probleme bei ihm selbst oder in der Institution vorliegt und dass es viele gute Beispiele von geheilten Patienten gibt. Wenn Patienten nachhaken und wissen wollen, ob man denn garantieren könne, dass die Krankheit ganz weg gehe, kann es schon einmal richtig sein zu antworten, dass es Garantien im Bereich der Medizin und damit auch der Psychiatrie nicht gebe. Man wird aber gut daran tun, gleich einen hoffnungsgebenden Satz nachzuschieben, etwa, dass die Wahrscheinlichkeit, dass ein positiver Weg gefunden wird sehr groß ist.

### 2.4.2 Formale Aspekte zu Formulierungen

Schon die Ausdrucksweise der Untersucher innerhalb eines psychiatrischen Untersuchungsge-  
sprächs kann die oben erwähnten Gesichtspunkte zur Beziehungsgestaltung wesentlich beeinflussen. Ein Gespräch mit einem Patienten, das angefüllt ist von ihm nicht verständlichen Fachausdrücken, komplizierten Formulierungen oder suggestiv bedrängenden Fragen, wird nicht in der Lage sein, bei ihm Vertrauen zu erzeugen. Schon die Art der Sprache und formale Aspekte der Kommunikation können respektvolle Anerkennung der Individualität des Patienten signalisieren oder bei fehlerhaftem Gebrauch auch gleichgültiges Desinteresse des Untersuchers. Bei Beachtung einiger Grundsätze kann auch dadurch die Herstellung oder Pflege einer Beziehung gefördert werden.

Grundsätzlich sollte in psychiatrischen Gesprächssituationen Alltagssprache ohne vermeidbare Fachausdrücke verwendet werden. Die Fragen sollten einfach formuliert werden, inhaltlich möglichst eindeutig und konkret sein, keine doppelten Verneinungen enthalten und möglichst wenig suggestiv sein. Aufmerksam soll der Untersucher darauf achten, dass er mit seinen Fragen den Patienten inhaltlich nicht überfordert. Metaphern oder thematisch sehr offene vage Fragen, die in unseren Alltagsgesprächen häufig vorkommen, sollten bewusst vermieden werden.

#### Grundsätze zu Formulierungen im Untersuchungsgespräch. (Fähndrich und Stieglitz 2016)

- Einfache Formulierungen wählen
- Eindeutige Fragen stellen
- Alltagssprache verwenden
- Fachausdrücke vermeiden
- Keine doppelten Verneinungen
- Konkrete statt allgemeine Formulierungen
- Suggestive Fragen vermeiden oder selten ganz bewusst einsetzen
- Fragen anschaulich formulieren
- Mit Inhaltsumfang der Frage nicht überfordern

### 2.4.3 Suggestive Fragen

In manchen Lehrbüchern wird fast dogmatisch darauf hingewiesen, dass Suggestivfragen unbedingt zu vermeiden seien. Dies ist aus Sicht des Autors nicht richtig. Suggestive Fragen können sinnvoll, in manchen Situationen sogar notwendig sein. Sie müssen allerdings bewusst professionell als Werkzeug eingesetzt werden und man darf mit der Antwort auf eine suggestive Frage nicht einfach zufrieden sein und zum nächsten Thema übergehen. Als Beispiel sei die Exploration von Sinnestäuschungen im Rahmen des psychopathologischen Befundes angeführt. Die doch sehr suggestive Frage „Sie hören doch Stimmen, nicht wahr?“ kann sozusagen als Türöffner angebracht sein. Wenn der Patient dann allerdings bejaht, muss eine Rückfrage das suggestive Element wieder auflösen. Rückfragen können zum Beispiel sein: „Dann schildern Sie doch bitte, was Ihnen da geschieht, wenn Sie Stimmen hören.“ oder: „Nennen Sie doch bitte Beispiele; wer redet denn da, was sagen die Stimmen?“ oder ähnliches.

## 2.5 Strukturierung des Gesprächs

### 2.5.1 Bedeutung strukturierender Gesprächsführung

Der Aspekt der Strukturierung eines professionellen psychiatrischen Gesprächs unterscheidet dieses wohl am stärksten von einem Alltagsgespräch mit Freunden oder Partnern. Ziel des Gesprächs im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung ist es, in möglichst kurzer Zeit, zumindest aber innerhalb des zur Verfügung stehenden Zeitbudgets, möglichst viele relevante Informationen von der Patientin oder dem Patienten zu erhalten. Darüber, was relevant ist, kann es oft unterschiedliche Beurteilungen von Patient und Untersucher geben. Sicher ist richtig, dass der Patient im Rahmen einer gesamten Behandlung ausreichend Zeit haben sollte, darüber zu berichten, was ihm oder ihr



wichtig erscheint. In der psychiatrischen Untersuchung hat hier aber der Untersucher die Führung des Gesprächs. Er hat das Ziel vor Augen, dem Patienten eine sinnvolle Therapie vorschlagen zu können und er weiß, welche Informationen er dazu benötigen wird. Scheinbare Kleinigkeiten in der Familienanamnese können bedeutende Auswirkungen für die Therapiegestaltung haben. Einzelne Symptome, die den Patienten vielleicht nicht so wichtig sind, können entscheidende Kriterien für eine Diagnose sein. Und umgekehrt kann ein für den Patienten wichtiger Sachverhalt für die anstehende Therapieplanung einmal eher nebensächlich sein. In solchen Fällen kann es auch einmal zum Konflikt mit dem Ziel der Beziehungsgestaltung kommen. Zur Strukturierung des Gesprächs kommt es vor, dass Patienten in ihren Schilderungen unterbrochen werden müssen, bei logorrhoeischen Berichten, zum Beispiel bei manischen Patienten, kann es zu fast unhöflichen Eingriffen des Untersuchers in die berichtete Themenvielfalt des Patienten kommen. Es ist wichtig, in solchen Situationen den Patienten immer wieder darauf hinzuweisen, warum man diese strukturierenden Eingriffe unternimmt. Sätze wie: „Entschuldigen Sie die Unterbrechung, aber ich möchte da noch einmal nachhaken.“, oder: „Ich möchte noch einmal zu einem anderen Thema etwas wissen, weil ich da einen Zusammenhang sehe mit Ihren anderen Beschwerden“, oder: „Ich möchte Ihre Situation noch besser verstehen, deshalb frage ich hier noch mal genau nach.“ können strukturierende Eingriffe erlauben, ohne die Beziehungsgestaltung nachhaltig zu stören.

### 2.5.2 Verschiedene Interviewformen mit unterschiedlichem Strukturierungsgrad

Es gibt verschiedene Formen des Interviews, mit denen verschiedene Ziele verfolgt werden, und die mit einem ganz unterschiedlichen Strukturierungsgrad verbunden sind. Nach Wittchen et al. (2001) können folgende Formen von Interviews unterschieden werden (■ Tab. 2.2):

■ Tab. 2.2 Formen von Interviews. (Mod. nach Wittchen et al. 2001)

Freies klinisches Interview	Freies Gespräch mit bestimmter Zielsetzung; Ablauf des Gesprächs vom Interviewer individuell festgelegt; geringe Strukturierung, großer Antwortspielraum für den Patienten; Auswertung nicht festgelegt; Vorkommen z. B bei Verlaufsvisiten.
Freies Interview nach Checklisten	Einzelne Punkte als Erinnerungstütze für den Untersucher auf Checkliste aufgeführt; Orientierung des Untersuchers an diesen Punkten; sonst aber wie bei freiem klinischen Interview; Vorkommen z. B bei diagnostischen Interviews (Diagnosekriterien auf der Liste)
Halbstrukturiertes Interview	Themen vorgegeben, Reihenfolge der Themen variabel, Zusatzfragen, Ergänzungen, Erläuterungen, Nachfragen des Patienten möglich; Auswertung nicht festgelegt; Standard-Interviewtyp der psychiatrischen Untersuchung
Strukturiertes Interview	Fragen und Ablauf vorgegeben, ebenso Auswertung; manche skalengestützte Interviews zu diagnostischen Zwecken vor allem im Bereich psychiatrischer Forschung
Standardisiertes Interview	Gesamter Prozess der Informationserhebung und Auswertung einschließlich der Kodierung der Antworten der Befragten festgelegt; keine Erläuterungen oder Ergänzungen möglich; keine Antworten auf Nachfragen der Patienten; diagnostische Interviews mit dem Ziel einer möglichst hohen Interrater-Reliabilität

Wie aus der Aufstellung hervorgeht, ist das halbstrukturierte Interview der Typ von Gesprächen, der in der psychiatrischen Untersuchung am häufigsten angewandt und auch empfohlen wird. Das freie klinische Interview, bei dem die Gestaltung des Themenumfangs überwiegend dem Patienten überlassen wird, ist als Verlaufsgespräch manchmal sinnvoll, generiert gewöhnlich aber nicht genug zielgerichtete Informationen, die zur Therapieplanung notwendig sind. Strukturierte und besonders standardisierte Interviews dienen der möglichst reliablen Erfassung von Informationen zu ganz bestimmten, von vorneherein vorgegebenen Inhalten. Dem interaktiellen Prozess, oder wie wir es oben genannt haben, der Beziehungsgestaltung, schenken diese Formen der Interviews keine Bedeutung. Sie sind für manche Forschungsfragestellungen, bei denen es auf eine hohe Interrater-Reliabilität ankommt, sinnvoll, nicht aber für das Gespräch innerhalb der psychiatrischen Untersuchung, die der Therapieplanung dienen soll.

### 2.5.3 Halbstrukturiertes Interview

Das halbstrukturierte Interview ist also das empfohlene Kernelement eines psychiatrischen Untersuchungsgesprächs. Bei diesem soll gezielt ein bestimmter Themenumfang erfragt werden. Geht es um die Anamnese, dann weiß der Untersucher, welche Informationen eventuell über mehrere Generationen er erheben sollte. Geht es um die Erhebung des psychopathologischen Befundes, dann weiß der Untersucher, welche Einzelsymptome er später beurteilen muss und welche Informationen er dafür braucht.

#### Die formale Struktur eines halbstrukturierten Interviews

- Freier Teil
- Halbstrukturierter Teil
- Freier Teil

Das halbstrukturierte Interview besteht aus einem freien Teil, einem halbstrukturierten Teil und einem abschließenden freien Teil. Zu Beginn wird der Untersucher dem Patienten eine offene Eingangsfrage stellen. Beim ersten Gespräch wird der Untersucher sich vorstellen, mit Name und Funktion. Er wird erklären, welchem Zweck das Gespräch dienen soll und wieviel Zeit dafür zur Verfügung stehen wird. Dann wird die offene Frage zum Beispiel die Frage nach dem Grund sein, aus dem der Patient in die Klinik kam oder den Termin zu einem ambulanten Gespräch wahrgenommen hat. Bei einem Verlaufstermin könnte man fragen, was denn seit dem letzten Gespräch alles passiert ist. Soll die Anamneseerhebung das Ziel der Informationen im halbstrukturierten Teil sein, wird man vielleicht schon im freien Teil die allgemeine Frage darauf hinlenken. Man könnte zum Beispiel fragen, wie denn die private und berufliche Situation des Patienten aussehe. Wird es um die Erhebung des psychopathologischen Befundes gehen, könnte man fragen, wie es dem Patienten denn gehe, wie er sich fühle, oder in einem Verlaufsgespräch auch ganz gezielt, wie sich denn die Angst seit dem letzten Kontakt entwickelt habe.

Nach dieser offenen Eingangsfrage soll der Patient einige Minuten Zeit haben, ganz aus seiner Sicht zu berichten. Er sollte das auch dann tun können, wenn die berichteten Inhalte umständlich sind, nicht zu dem Themenkomplex gehören, der für den halbstrukturierten Teil ansteht, oder auch wenn die berichteten Inhalte für den Untersucher unverständlich sind. Die Haltung des Untersuchers ist dabei das interessierte Zuhören und die respektvoll-neutrale Aufnahme des Patientenberichts.

### Strukturierungsempfehlungen im Verlauf des Untersuchungsgesprächs. (Mod. nach Fähndrich und Stieglitz 2016)

- Beginn mit eher unverfänglichen Themen
  - Psychopathologischer Befund: Fragen zu Stimmung und Antrieb, bei der
  - Anamneseerhebung: Fragen zur Biografie wie Geburtsort, Schulzeit, usw.
- Inhaltlich zusammengehörige Themen auch gemeinsam explorieren
  - Hierdurch gelingen Überleitungen von einem zum anderen Thema leichter
  - Beispiel psychopathologischer Befund: Schlafstörungen und Grübeln
  - Beispiel Anamneseerhebung: Geburtsort und Situation der Eltern, z. B Erkrankungen in dieser Zeit
- Bereits vom Patienten im freien Teil genannte Beschwerden im Verlauf des Gesprächs aufgreifen
  - Beispiel psychopathologischer Befund: „Sie haben vorhin davon gesprochen, dass Sie oft traurig sind. Vielleicht können Sie mir etwas mehr darüber berichten?“
  - Beispiel Anamneseerhebung: „Sie haben vorhin erwähnt, dass Sie drei Geschwister haben, wie ist denn Ihr Verhältnis zu ihnen?“
- Überleitung auf andere Themen durch Verlauf des Gesprächs oder gezielt einleiten
  - Wenn nicht durch entsprechende Stichwörter im Verlauf des Gesprächs ein Themenwechsel möglich ist, muss dieser aus Zeitgründen gezielt eingeleitet werden, z. B.: „Ich möchte jetzt noch einmal zu einem ganz anderen Thema etwas wissen.“
- Wenn Patienten thematisch vorgreifen, Hinweis, dass die genannten Themen später besprochen werden
  - Z. B.: „Auf Ihre Schulzeit kommen wir später noch genauer zurück, jetzt möchte ich gerne noch etwas genauer von der Entwicklung nach der Geburt erfahren.“
- Sensible Bereiche (z. B. Orientierungsstörungen, Sinnestäuschungen, finanzielle Lage, sexuelle Orientierung) vorsichtig einführen
  - Hilfsfragen:
  - „Ich frage alle Patienten nach Sinnestäuschungen, vielleicht trifft es auf Sie gar nicht zu.“ oder: „Für Ihre weitere Behandlung ist wichtig, dass ich mir ein Bild von Ihrer sozialen Situation mache, dazu gehört auch die finanzielle Lage“ oder:
  - „Ich habe viel mit Patienten zu tun, die eine ganz unterschiedliche sexuelle Orientierung haben, darf ich Sie deshalb dazu befragen?“
- Bereits durch den Verlauf des Gesprächs geklärte Beschwerden nicht erneut aufgreifen
  - Wenn Themen z. B. Im freien Teil schon geklärt wurden, brauchen sie nicht wie bei einer Checkliste im habstrukturierten Teil noch einmal aufgegriffen zu werden.

Dann folgt der wichtige Moment des gezielten Übergangs vom freien in den halbstrukturierten Teil. Dieser wird gerade bei unerfahrenen Untersuchern oft verpasst. An diesem Zeitpunkt ist es aber entscheidend, dass der Untersucher die Führung im Gespräch übernimmt und bewusst in den halbstrukturierten Teil überleitet. Dabei wird er, wenn immer möglich, an Berichte des Patienten aus dem freien Teil anknüpfen. So wird er zum Beispiel sagen: „Sie haben gerade erwähnt, dass Sie oft Angst haben. In welchen Situationen kommt das denn vor?“ Oder beim eher anamnestisch ausgerichteten Untersuchungsteil: „Sie haben also Schwierigkeiten am Arbeitsplatz. Ich möchte einiges genauer dazu fragen, damit ich das besser verstehe.“ Dann könnten sich die systematischen Fragen nach der Art der Arbeit, der Ausbildung, früherer Arbeitsplätze, evtl. auch nach dem Gehalt und andere Fragen anschließen.

Bieten sich keine besonderen Anknüpfungspunkte aus dem freien Teil, kann auch ohne Bezug darauf der halbstrukturierte Teil eingeleitet werden. Fragen können sein: „Sie haben jetzt schon einiges berichtet und wir werden darauf zurückkommen. Jetzt möchte ich aber einmal genauer etwas zu Ihrer Arbeit wissen.“, oder „... etwas über Ihre Angst erfahren“, oder „... genauere Infos zu Ihrer Biografie erfragen.“

Die Reihenfolge der Fragen zu den einzelnen Daten ist im halbstrukturierten Teil frei zu gestalten. Sie sollte so gewählt werden, dass möglichst ein organischer Ablauf des Gesprächs ohne zu viele strukturierende Unterbrechungen entsteht. Bietet der Patient zu Beginn des Gesprächs, also im freien Teil, ein Thema an, so soll im halbstrukturierten Teil damit weitergemacht und die Informationen, wenn nötig, vertieft werden. Wenn keine Anknüpfungspunkte aus dem freien Teil des Gesprächs bestehen, wird der Untersucher selbst die ersten Themen wählen. Da es bei allen Untersuchungsteilen eher heikle und nicht so heikle Themengebiete gibt, wird er zunächst natürlich eher mit den nicht so problematischen Themen beginnen. Eher heikel sind zum Beispiel bei der psychopathologischen Befunderhebung die Prüfung der Orientierung oder auch Fragen nach Halluzinationen. Bei der Anamneseerhebung können dies zum Beispiel Fragen nach den Einkommensverhältnissen oder der sexuellen Orientierung sein. Die Beantwortung dieser Themen setzt ein Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Untersucher voraus, das erst im Laufe des Gesprächs entsteht. Wiederholt kann es wichtig sein, dem Patienten zu erklären, warum man bestimmte Dinge wissen will. Erklärungen könnten zum Beispiel sein: „Wenn ich Ihre aktuelle Situation verstehen will, brauche ich noch einige Informationen aus Ihrer Biografie, deshalb frage ich da noch einmal genauer nach.“ oder „Ich möchte Ihnen gerne später eine gute Behandlung vorschlagen, dafür brauche ich aber noch einige Informationen zu Ihrer Konzentration und zum Gedächtnis. Ich möchte deshalb einige Prüfungen machen.“

Im halbstrukturierten Interview dürfen im Gegensatz zum strukturierten oder standardisierten Interview zusätzliche Erklärungen gegeben werden, Fragen können umformuliert werden, wenn der Untersucher merkt, dass der Patient die Frage nicht versteht und es darf natürlich auf Nachfragen des Patienten geantwortet werden.

Nachdem im halbstrukturierten Teil gezielt Informationen erhoben wurden, wird das Gespräch mit einem abschließenden freien Teil beendet. Der Untersucher sollte noch einmal zusammenfassen, was er schwerpunktmäßig an Informationen erhalten hat. Der Patient hat dadurch die Möglichkeit, Missverständnisse aufzuklären oder noch einmal bestimmte Schwerpunktthemen zu betonen. Daran schließt sich die Frage an, ob der Patient noch Ergänzungen hat. Hier könnte die Beispielfrage lauten: „Habe ich noch irgendetwas vergessen, was wichtig ist, damit ich Ihre Situation gut verstehen kann?“. Zum Abschluss wird für den Patienten noch wichtig sein, was nun mit diesen ganzen Informationen geschieht. Der Untersucher sollte über die nächsten Schritte berichten und den Patienten über den nächsten Termin informieren. Bei dringlich notwendigen Maßnahmen können auch die ersten therapeutischen Schritte mit dem Patienten besprochen werden. Selbstverständlich ist das dann der Fall, wenn eine dringliche Medikation notwendig ist, eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit erfolgen muss (zum Beispiel geschlossene Tür und 1zu1-Betreuung bei akuter Selbstgefährdung) und bei allen Maßnahmen, die gegen den Willen der Patienten erfolgen.

## 2.6 Präzisierung von Informationen

Die dritte allgemeine Aufgabe des Untersuchers im psychiatrischen Untersuchungsgespräch nach der Herstellung einer vertrauensvollen Beziehung und der Strukturierung des Gesprächs ist die Präzisierung von Informationen. Die ersten beiden Aufgaben sind sozusagen die Voraussetzung

dafür. Nur wenn der Patient eine vertrauensvolle Beziehungssituation vorfindet, wird er offen über seine Situation und die Beschwerden sprechen. Nur wenn es gelingt, die Führung im Gespräch zu behalten und Struktur in das Interview zu bekommen, wird auch ein bestimmter Detailliertheitsgrad der Informationen möglich sein. Auch in Bezug auf diese dritte Aufgabe der Präzisierung von Informationen unterscheidet sich das professionelle psychiatrische Untersuchungsgespräch wesentlich von einem Alltagsgespräch. Es hat einen anderen Ablauf und folgt anderen sozialen Spielregeln. So hören wir beim Alltagsgespräch in der Regel auf zu fragen, wenn wir merken, dass das Thema dem Gegenüber unangenehm ist, wir bohren nicht weiter. Im psychiatrischen Untersuchungsgespräch wollen wir es vielleicht gerade dann genau wissen.

Für die Präzisierung von Informationen ist vor allem wichtig, nicht zu früh aufzuhören mit dem Fragen. Die wichtigste Methode ist es, sich immer wieder Beispiele nennen zu lassen. Die Aussage des Patienten: „Ich kann mich nicht mehr richtig konzentrieren“ reicht eben nicht für ein ausreichendes Verständnis des Symptoms und auch nicht für eine sinnvoll auf dieser Information aufbauenden Behandlung.

- „Woran merken Sie das denn?“
- „Bitte nennen Sie Beispiele, wann es Ihnen auffällt.“
- „Seit wann ist das denn so?“
- „Kennen Sie das von sich, oder ist es für Sie neu?“
- „Was können Sie denn nicht mehr machen, und was geht noch trotz der Störung?“

Dies sind nur einige Beispielfragen, die zeigen, wie der Untersucher nach einer etwas vagen Aussage in die Tiefe gehen sollte. Es macht eben einen Unterschied, ob der Patient gelegentlich mal unkonzentriert ist, wenn er schwierige Texte liest, das aber von sich kennt, weil er sich nie besonders gut konzentrieren konnte, oder ob er seit einer Woche plötzlich und für ihn völlig ungewohnt, seiner Arbeit nicht mehr nachgehen kann, weil er sich auf keinen Text mehr konzentrieren kann. Vorausgesetzt, es handelt sich überhaupt um eine Konzentrationsstörung und nicht vielleicht, wie sich beim näheren Nachfragen aus den Beispielen ergeben könnte, eine Störung des Gedächtnisses. Für die Präzisierung von Informationen gibt es einige technische Gesichtspunkte für das Interview, die gelernt werden sollten.

#### **Gesichtspunkte für die Präzisierung von Informationen. (Mod. nach Fährdrich und Stieglitz 2016)**

- Bei unverständlichen oder vagen Angaben, die Aussagen präzisieren lassen
  - Beispiel: „Ich habe das gerade nicht ganz verstanden, können Sie mir das näher erklären?“
- Wenn der Patient ausweicht, nicht locker lassen und auf die Frage zurückkommen
  - Beispiel: „Ich möchte nochmal auf meine Frage zurückkommen und etwas genauer nachfragen“
- Falls der Patient die Frage nicht verstanden hat, noch einmal neu formulieren und wieder fragen
  - Beispiel: „Ich hatte nach dem Tempo des Denkens gefragt – ich wollte gerne wissen, ob die Gedanken langsamer gehen als sonst oder vielleicht schneller?“>
- Bei Anhaltspunkten, dass der Patient etwas nicht offen ansprechen will, gezielt weiter explorieren
  - Beispiel: „Sie haben gerade berichtet, dass sie ab und zu Alkohol trinken, aber nicht viel. Wann trinken Sie denn? Ist es eine Flasche? Welches Getränk am liebsten?“ usw.

- Bei eher vage Andeutungen oder nonverbalen Signalen nachhaken
  - Beispiel: „Ich habe den Eindruck, dass Sie doch recht traurig sind über das Verhalten Ihrer Tochter. Ich würde darüber gerne etwas mehr erfahren.“
- Bei sensiblen Themenbereichen Hilfestellungen geben
  - Beispiel: „Ich kenne viele Patienten, die in Ihrer Situation auch mal daran denken, sich das Leben zu nehmen, kennen Sie das auch?“
- Wenn über verschiedene Dinge berichtet wird, deren Zusammenhang nicht klar ist, erklären lassen
  - Beispiel: „Ich verstehe da noch nicht, was das eine mit dem anderen zu tun hat. Können Sie mir das noch näher erklären?“
- Nicht streiten, aber Patienten mit Widersprüchen konfrontieren
  - Beispiel: „Ich kann mir das schwer erklären, dass Sie jetzt eine Stimme hören; ich höre ja keine und es ist niemand da. Was kann der Grund dafür sein?“

Es kommt im Lauf einer Exploration immer wieder vor, dass man sich als Untersucher zu früh zufrieden gibt mit den erhaltenen Informationen. Dies kann daran liegen, dass man merkt, dass es dem Patienten unangenehm ist, über ein Thema zu sprechen, oder man ist sich selbst gar nicht klar, dass die Aussagen des Patienten ziemlich vage waren. Häufig bringt auch für den Untersucher die Untersuchungssituation eine Anspannung mit sich; hat man alles richtig gemacht, sind wesentliche Informationen noch nicht exploriert, hat man noch das Vertrauen seines Patienten? usw. Ich habe mir im Laufe meiner Assistentenzeit für solche Situationen einige hilfreiche Sätze zurechtgelegt, die für die Präzisierung von Information als Leitfragen funktionieren.

#### Hilfreiche Fragen zur Präzisierung von Informationen

- „Das habe ich noch nicht richtig verstanden. Können Sie mir das näher erklären?“
- „Was meinen Sie damit?“ „Was verstehen Sie darunter?“
- „Noch einmal zu Ihrer Aussage, dass ... Können Sie das noch genauer beschreiben?“
- „Sie haben vorhin erwähnt, dass ... Wie meinten Sie das?“
- „Viele Patienten berichten, dass ... Kennen Sie das auch?“
- „Ich möchte Sie noch besser verstehen, deshalb frage ich noch einmal genau nach.“
- „Warum ist das mit Ihnen geschehen?“
- „Können Sie mir ein Beispiel nennen?“

Welche Informationen im Einzelfall hilfreich sein können, wird noch in den Kapiteln zum psychopathologischen Befund und zur Anamneseerhebung beschrieben. Der Untersucher muss entscheiden, in welchen Situationen er welches Set an Informationen braucht und in welchem Detaillierungsgrad. Die Erfahrung zeigt, dass Untersucher eher zu wenig präzise Informationen über ihre Patienten haben als zu viel. Besonders bedenklich ist das natürlich dann, wenn durch fehlende oder zu vage Informationen für die Therapie nur ungenaue oder sogar falsche Ziele entworfen werden.

## 2.7 Besonders schwierige Gesprächssituationen

Was bisher über das psychiatrische Untersuchungsgespräch gesagt wurde, galt im Wesentlichen für den „Normalfall“, d. h. für die Untersuchung eines Patienten, der von sich aus oder überwiesen vom Arzt, Psychologen oder einer anderen Betreuungsinstanz, in die Praxis des Psychiaters oder Psychologen mehr oder weniger freiwillig gekommen ist. Zu Beginn dieses Kapitels wurde schon erwähnt, dass bei vielen beschriebenen Gesichtspunkten ein Ideal vorgestellt wurde, das nicht in allen klinischen Situationen auch erreicht werden kann. Aus der Tatsache, dass der Patient in diesen normalen Situationen zum Schritt bereit war, den Psychiater oder Psychologen aufzusuchen, darf aber meistens ein Minimum an Bereitschaft zum Gespräch abgeleitet werden, ebenso eine – wenn auch möglicherweise verklausulierte – Anerkennung des Umstandes, dass psychische Probleme im Spiel sind. Freilich gilt diese Annahme nicht für jeden Patienten. Hier gibt es immer wieder besondere Untersuchungssituationen. Diese werden in [Kapitel 9](#) abgehandelt.

Die Gesprächsführung wird natürlich auch von den Gegebenheiten dieser speziellen Untersuchungssituationen beeinflusst (Jacob et al. 2009). Im Wesentlichen geht es dann um die Einstellung der Gewichte der oben beschriebenen Ziele des psychiatrischen Gesprächs. Meist gewinnt die Vertrauensbildung, also die Herstellung der psychiatrischen Beziehung, besonderes Gewicht. Es kann durchaus sein, dass das erste Gespräch ausschließlich diesem Ziel dient und es gar nicht zur Präzisierung von Informationen kommt und auch der Strukturierungsgrad des Gesprächs niedrig ist. Bei mutistischen oder sehr misstrauischen Patienten wird es ja in erster Linie darum gehen, sie überhaupt zum Berichten zu bewegen. In der ambulanten Situation ist vielleicht einziges Ziel des Erstgesprächs, soviel Vertrauen zu wecken, dass die Patienten zu weiteren Kontakten bereit sind.

Hierbei muss man sich immer vor Augen führen, dass diese Patienten ja nicht in der ersten Begegnung mit anderen Menschen sind. Sie haben in aller Regel Erfahrungen damit gemacht, was geschieht, wenn sie über ihre Erlebnisse oder ihre Situation gesprochen haben. Gerade bei Patienten mit einem paranoid-halluzinatorischen Syndrom werden die Patienten oft die Erfahrung gemacht haben, dass man sie für verrückt hält. Sie werden dann sehr zurückhaltend mit den Informationen über dieses Erleben umgehen. Dasselbe gilt für Patienten, die sich in einer schwierigen sozialen Situation befinden. Denken wir zum Beispiel an Patienten mit einer Spielsucht, die sich und ihre Familie dadurch in eine ökonomisch schwierige Situation gebracht haben, oder auch Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit, oder Patientinnen mit Anorexie. Es wird ihnen peinlich sein, hier genaue anamnестische Daten zu liefern. Sie sind es gewohnt, ihr besonderes Erleben zu verbergen, Ausreden zu finden, krankhaftes Verhalten zu bagatellisieren. In solchen Situationen ist es oft wichtig, den Vorvermutungen der Patienten uneingeschränktes Interesse entgegenzusetzen. Man wird also alles dafür tun, nicht zu werten, das Erleben nicht als verrückt und das Verhalten nicht als verwerflich zu bewerten. Der Untersucher sollte zeigen, dass er sich einfach dafür interessiert, was geschehen ist, wie der Patient die Sache beurteilt und was dieser denkt und fühlt.

Anders wird das Verhältnis der drei Elemente zum Beispiel in einer Exploration für ein psychiatrisches Gutachten aussehen. Auch hier ist Vertrauen notwendig, wenn man valide Informationen erhalten will. Aber es gehört zum Standard, den Exploranden zu Beginn zu erklären, dass das Untersuchungsgespräch der Informationserhebung und Sachklärung dient und nicht der Vorbereitung einer Therapie. Dass schließlich für die erhaltenen Informationen zwar auch die allgemeine Schweigepflicht des Untersuchers gelte, alle Informationen aber an die auftraggebende



Institution weitergegeben werden. Dass es eine vertrauliche Information, die nur zwischen Untersucher und Untersuchtem bleibt, deshalb nicht geben könne. In solchen Situationen wird die Aufgabe der Detaillierung der Informationen ganz in den Vordergrund treten. Schließlich wird oft bei einem manischen Patienten oder bei stärkeren formalen Denkstörungen, die Hauptaufgabe in der Strukturierung bestehen, da sonst oft gar keine sinnvolle Informationserhebung stattfinden kann (Venzlaff et al. 2015; Müller und Nedopil 2017; SGGP 2012; Schneider et al. 2014).

In allen beschriebenen Situationen, in denen es um die professionelle Erhebung von Informationen geht, werden aber alle drei Gesichtspunkte – Beziehungsgestaltung, Strukturierung und Präzisierung – eine Rolle spielen, wenn auch vielleicht in unterschiedlichem Gewicht.

## 2.8 Vermittlung von Gesprächsführungskompetenzen

---

Erfreulicherweise gibt es in den letzten Jahren sowohl im Medizin- wie auch im Psychologiestudium Veranstaltungen zur Vermittlung von Gesprächsführungskompetenzen. Allerdings sind diese häufig sehr theorielastig und können kaum auf die eigentliche Aufgabe der psychiatrischen Untersuchung vorbereiten. Einiges Wissen wird man aus diesen Veranstaltungen mitnehmen können, die Anwendung erfolgt aber in der Regel erst während der klinischen Tätigkeit. Viel wird man dabei aus der Beobachtung von Erfahrenen profitieren. Bei Visiten oder Nachuntersuchungen in der Aufnahmesituation kann man sich einiges anschauen und mit der Zeit dann seinen eigenen Stil entwickeln. Leider bleibt im Klinikalltag oft nicht genug Zeit für eine systematische Anleitung. Wünschenswert wäre, wenn der erfahrene Oberarzt bei den ersten Gesprächen in der Aufnahmesituation dabei sein könnte und nach dem Gespräch Hinweise zur Gesprächsführung geben würde. Analog zum Vorgehen in einigen psychotherapeutischen Schulen wäre auch das videogestützte Lernen ein zu empfehlendes Lehr- und Lernmittel. Dabei erstellt der Anfänger ein Video seiner ersten Gespräche im Rahmen einer psychiatrischen Untersuchung. Dieses Video wird dann im Hinblick auf die Gesprächsführung mit dem Oberarzt besprochen und danach wieder gelöscht (Haug und Trabert 2017). Selbstverständlich ist dabei, dass dies nicht in jeder Situation möglich ist. Die Vorschläge beziehen sich auf die reguläre Aufnahme eines Patienten auf der Station und nicht die notfallmäßige Aufnahme eines Patienten in der Nacht. Genauso selbstverständlich ist, dass die Patienten von einer Videoaufnahme informiert werden und damit einverstanden sein müssen. Aus den erwähnten Psychotherapie-Supervisionen bestehen aber diesbezüglich gute Erfahrungen. Wenn man bedenkt, wie entscheidend die zu erreichenden Ziele, Herstellung der Beziehung, Strukturierung des Gesprächs und Gewinnung detaillierter Informationen, für die Gestaltung einer zielgerichteten Therapie sind, erscheint der vorgeschlagene Weiterbildungsaufwand sicher für gerechtfertigt. Da sich ein professionelles diagnostisches Gespräch in der psychiatrischen Untersuchung wesentlich von einem Alltagsgespräch unterscheidet, ist natürlich auch die weitverbreitete Meinung falsch, dass man Gespräche in der Psychiatrie nicht besonders lernen müsse.



Psychiatrische Untersuchung

Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen in  
Praxis und Klinik

Haug, A.

2017, XI, 154 S. 12 Abb. in Farbe. Book + eBook.,  
Softcover

ISBN: 978-3-662-54665-9