

von Rolf Heinzmann

#### Definition 1

Der Begriff Diagnose kommt aus dem Griechischen und bedeutet „erkennen“, „unterscheiden“. Da im psychotherapeutischen Prozess der Therapeut (ebenso der Klient) ständig Erkenntnisse gewinnt und Unterscheidungen trifft, betreibt er permanent Diagnostik. So gesehen ist Diagnostik kein besonders hilfreicher Begriff, weil er keinen Unterschied macht: Alles ist Diagnostik. Auf dieser schwammigen Grundlage findet schon seit geraumer Zeit in der Gestalt-Gemeinschaft die Diskussion über Diagnostik statt.

#### Definition 2

Jenseits der etymologischen Bedeutung wird unter Diagnose bzw. Diagnostik das Einordnen, Kategorisieren oder Klassifizieren verstanden (Brockhaus).

Gemäß dieser Definition bedeutet Diagnostizieren, dass ein Diagnostiker über ein Objekt (eine Person, ein Tier, eine Pflanze oder einen Sachgegenstand) Informationen sammelt, sie bewertet und abschließend diesem Objekt einen Platz in einem vorher schon festgelegten Schema zuweist.

Diagnostik im klinisch-psychologischen Bereich ist kein Selbstzweck, sondern dient dazu, Prognosen und Entscheidungen zu treffen. Prognosen betreffen ein künftiges Ereignis bzw. dessen Ausbleiben, eine zu wählende Therapie, den Erfolg einer Therapie und den Wert einer Therapie (1). Auf Grund dieser Prognosen werden Entscheidungen getroffen: Welche Therapie-Methode und welches Therapie-Setting sind am erfolgversprechendsten? Welche Grundhaltung sollte der Therapeut am besten einnehmen? Welche Interventionen erscheinen grundsätzlich hilfreich für den Prozess, welche sollten eher vermieden werden?

Eine derart erstellte Diagnose behält Gültigkeit für einen gewissen Zeitraum. Dieser Zeitraum dauert so lange, bis die Wirksamkeit bzw. Stichhaltigkeit der Entscheidung, die aus der Diagnose hervorgeht, beurteilt werden kann. Dann kann die Diagnose wieder verändert, revidiert oder verworfen werden (in letzterem Fall spricht man dann von einer Fehldiagnose). Es macht aber keinen Sinn, Diagnosen ständig zu verändern, wie es zum Beispiel bei der sogenannten Prozessdiagnose der Fall ist.

#### Diagnostik und Gestalttherapie I

Diagnostik nach Definition 2 steht im Gegensatz zu einigen Prämissen des Gestalt-Ansatzes.

- 1.) Sie setzt dem Hier-und-Jetzt Prinzip ein Immer-und-Überall Prinzip entgegen.
- 2.) Sie widerspricht der Gleichberechtigung von Therapeut und Klient. Diagnostik gehört in den Bereich der Ein-Personen-Psychologie, sie unterscheidet zwischen (diagnostizierendem) Subjekt und (diagnostiziertem) Objekt. Der Gestalt-Ansatz hingegen ist intersubjektiv.
- 3.) Diagnostik, zumindest die klinische, definiert meistens

die Mängel bzw. Störungen und führt damit zu einer defizit-orientierten Arbeitsweise. Der Gestalt-Ansatz hingegen ist ressourcenorientiert.

#### Fundis und Realos

Gestalttherapeuten kann man grob in Fundis oder Realos unterscheiden. Fundis fühlen sich dem reinen Gestalt-Erbe verpflichtet. (Kein einfaches Unterfangen im übrigen, denn das Gestalt-Testament liegt nur bruchstückhaft in Schriftform vor. Ein großer Teil des Gestalt-Testaments ist mündlich überliefert). Fundis legen großen Wert auf die anarchische Tradition und wenig Wert auf die Anerkennung gesellschaftlicher Institutionen wie z.B. der Krankenkassen.

Realos denken und handeln schulenübergreifend, haben oft Zusatzausbildungen in benachbarten Therapiemethoden und setzen sich stark für die Anerkennung der Gestalttherapie in den unterschiedlichsten Institutionen der Gesellschaft ein.

Fundi oder Realo wird man zum einen durch innere Einstellung, zum anderen durch den beruflichen Kontext, in den es einen mehr oder weniger freiwillig verschlagen hat.

Wer eine gut gehende psychotherapeutische Gestalt-Praxis mit selbstzahlenden Klienten besitzt, kann sich gut eine fundamentalistische Haltung leisten. Wer in einem Kontext arbeitet, wo eher soziale Kontrolle als Psychotherapie gefordert ist, wo das Prinzip Selbstverantwortlichkeit teilweise nicht mehr gilt, wird mit einer fundamentalistischen Haltung Schiffbruch erleiden. In vielen psychosozialen Arbeitsfeldern wie z.B. im betreuten Wohnen, in Reha-Einrichtungen, in Heimen, Gefängnissen etc. ist eine Realohaltung unumgänglich.

Diagnostik nach Definition 2 wird von Fundis aus den oben angeführten Gründen abgelehnt. Realos dagegen befürworten Diagnostik, mal mehr aus eigener Überzeugung, mal mehr aus Sachzwängen.

Jeder Gestalttherapeut kann und muss für sich entscheiden, ob er das Werkzeug Diagnostik benutzen will, wann, wo und wie oft, oder ob er seine Benutzung grundsätzlich ablehnt. Für beide Haltungen gibt es gute Gründe. So wie beide, der Realo und der Fundi, ihre Existenzberechtigung haben, und keiner sich über den anderen erheben sollte, so hat sowohl der Gebrauch von Diagnosen als auch deren Verzicht etwas für sich. Keine der beiden Haltungen kann für sich in Anspruch nehmen, die bessere zu sein.

#### Diagnostik und Gestalttherapie II

Wir werden uns jetzt damit beschäftigen, wie, wo und wann ein Gestalttherapeut das Werkzeug Diagnostik gewinnbringend bei seiner Arbeit einsetzen kann. Im Unterschied zu manchen Kollegen, die das Wort Diagnostik beispielsweise für Verlaufskontrollen oder Prozessanalysen benutzen, ganz im Sinne von Definition 1, wonach jeder Erkenntnisgewinn Diagnostik ist, benutze ich im folgenden Diagnostik nur für

Rolf Heinzmann

Prozesse des Kategorisierens, Einordnens und Klassifizierens gemäß Definition 2.

Diagnosen dienen der Verständigung von Kollegen im psychologischen, psychosozialen, medizinischen und psychotherapeutischen Arbeitsfeld, z.B. bei Überweisungen von Klienten oder in Fachdiskussionen. Diagnosen reduzieren Komplexität. Sie ermöglichen eine rationelle Kommunikation über Schulgrenzen, Berufsgrenzen und Ländergrenzen hinweg. Wer in diesem interdisziplinären Dialog mitreden will – und für viele ist dies keine Frage des Wollens, sondern des Müssens – kommt nicht umhin, sich eingehend mit Diagnostik zu beschäftigen. Für einen schulübergreifenden Dialog ist ein einheitliches Diagnosesystem unerlässlich. Hier hat sich der ICD-10 der WHO (2) durchgesetzt. Dieser Diagnosenkatalog ist schulübergreifend konzipiert, beschränkt sich aber darauf, von der Norm abweichende psychische Phänomene wie Erlebnisweisen und Verhaltensweisen zu beschreiben und zu klassifizieren. Auf die Beschreibung von Sinnzusammenhängen, Ursachen (Ätiologie) und Krankheitsverläufen (Pathogenese) verzichtet er völlig – was bei einem weltweiten, schulübergreifenden Konzept auch nicht anders möglich ist.

Wie schon eingangs erwähnt, ist eine Diagnose nur sinnvoll, wenn damit eine Prognose definiert wird, die Entscheidungen ermöglicht. Bekommt ein Kollege einen Klienten/Patienten überwiesen mit der ICD-10 Diagnose F20 = Paranoide Psychose, dann lautet die Prognose, dass jederzeit mit einem psychotischen Schub zu rechnen ist. Man wird sich darauf einstellen und eventuell Sorge dafür tragen, dass die antipsychotischen Medikamente eingenommen werden. Lautet die Diagnose F10.20 = Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent, dann wird man die Rückfallgefahr im Auge behalten und je nach Auftrag Maßnahmen ergreifen, die die Rückfallwahrscheinlichkeit verringern.

Neben dieser kommunikativen Funktion sind Diagnosen ein nützliches Instrumentarium in der therapeutischen Arbeit. Wir werden gleich sehen, in wie weit es für den Therapeuten hilfreich sein kann, sich mit einer Diagnose für eine gewisse Zeit festzulegen, sich einzuschränken in der Vielfalt von möglichen Interventionen, statt nach dem Hier-und-Jetzt-Prinzip immer genau mit dem zu gehen, was gerade ist. Für solche Zwecke reicht der ICD-10 allerdings nicht aus, sondern hierfür braucht es Diagnostiksysteme, die beispielsweise ein Krankheitsmodell oder sonst eine Lehre über die Entstehung und den Verlauf von Störungen beinhalten.

Im medizinischen Krankheitsmodell, an dem oder gegen das wir uns immer noch orientieren, wenn wir über klinisch-psychologische Diagnosen sprechen, bedeutet Diagnostik das Erkennen einer Krankheit aufgrund der Vorgeschichte (Anamnese), der Symptome und der vom Arzt erhobenen Befunde. All diese Informationen zusammen ergeben im Idealfall eine Krankheitsgeschichte mit einer Ursache (Ätiologie), einem Krankheitsverlauf (Pathogenese) und der augenblicklichen Symptomatik. Versuche, dieses medizinische Krankheitsmodell auf den Bereich psychischer Störungen

zu übertragen, sind gescheitert. Hier lassen sich weder eindeutige Ursachen, wie beispielsweise bei den Infektionskrankheiten, noch eindeutige Krankheitsverläufe, wie beispielsweise bei den bösartigen Tumoren, definieren. Diagnosen im klinisch-psychologischen Bereich haben eher den Charakter von Geschichten oder Märchen, die unsere Phantasie anregen sollen. So gesehen spielt es keine Rolle, ob ein Entwicklungsmodell, wie z. B. das Phasenmodell von S. Freud, richtig ist oder inzwischen widerlegt wurde. Der Säuglingsforscher D. Stern formuliert dies am prägnantesten: „Theorien müssen nicht wahr sein, sondern treffende Metaphern liefern“ (3).

Das heißt in letzter Konsequenz, dass jeder (Gestalt-)Therapeut für sich erproben und entscheiden muss, mit welchem Diagnostik-System er am besten arbeitet. Er muss es gut durchkauen – im ureigentlichen Sinne des Gestalt-Ansatzes – um dann zu entscheiden, was davon brauchbar ist und assimiliert werden kann und was unbrauchbar und folglich wieder ausgeschieden werden sollte. Denn Diagnostik-Systeme sollten nicht die Qualität von Introjekten haben. Das gilt auch für die Grundhaltung, gar nicht mit Diagnosen zu arbeiten.

Ich möchte jetzt ein Diagnostik-System in aller Kürze skizzieren, mit dem ich persönlich gute Erfahrung in meiner therapeutischen Arbeit gemacht habe.

Kernberg (4) unterscheidet in seiner Lehre der Persönlichkeitsorganisation in erster Ordnung zwischen Personen mit klarer und diffuser Identität. Klare Identität bedeutet dabei ein stabiles Selbstbild zu besitzen, unabhängig von der inneren Befindlichkeit und dem äußeren Kontext. Klare Identität bedeutet ebenso stabile Fremdbilder von den Mitmenschen sowie ein klares Konzept der Interaktion zwischen dem Selbst und den Mitmenschen zu haben. Diffuse Identität bedeutet, ein instabiles Selbstbild und instabile Fremdbilder der Mitmenschen zu haben und ein diffuses Konzept der Interaktion zwischen dem Selbst und den Mitmenschen. Menschen mit klarer bzw. stabiler Identität neigen dazu, bei ihren inneren Ambivalenzen (Polaritäten), den für das Selbstkonzept problematischen Pol zu verdrängen. Dagegen neigen Menschen mit diffuser bzw. instabiler Identität dazu, zwischen diesen Polen zu spalten und hin und her zu wechseln. Entweder ist der eine Pol im Vordergrund und der andere wird verleugnet und umgekehrt. Menschen mit stabiler Identität haben dementsprechend stabile Vorstellungen von ihrem Leben und setzen diese relativ zielstrebig um. (Da immer der selbe Pol bewusst ist). In ihrer Selbstkontrolle sind sie übersteuert und affektiv gehemmt. Die Beziehungen zu ihren Mitmenschen sind stabil. Menschen mit instabiler Identität haben instabile Vorstellungen ihres Lebens, und ihre Lebensführung ist mehr oder weniger chaotisch. (Da zwei konträre, voneinander abgespaltete Pole abwechselnd im Bewusstsein sind). In ihrer Selbstkontrolle sind sie untersteuert und affektiv ungehemmt bzw. impulsiv. Die Beziehungen zu ihren Mitmenschen sind instabil. In die Kategorie stabile Identität fällt die Neurose, in die Kategorie instabile Identität die

Borderline-Störung bzw. Persönlichkeitsstörung. Weitere Unterschiede können der Tabelle entnommen werden, die die Grundzüge des Kernberg'schen Schemas sowie einige Implikationen für die Gestalt-Praxis wiedergibt.

Aus dieser Unterscheidung resultieren nun folgende Entscheidungen im psychotherapeutischen Vorgehen: Bei Klienten mit stabiler Identität geht es um die Aufhebung der Verdrängung des unbewussten Pols sowie die Reduzierung von Übersteuerung und Hemmung und die Katalyse von affektivem Ausdruck. Hier ist die klassische gestalttherapeutische Pragmatik indiziert. Bei Klienten mit instabiler Identität ist diese kontraindiziert. Hier geht es darum, die Spaltung und die Verleugnung des aktuellen Gegenpols aufzuheben. Wenn beispielsweise Idealisierung und Abwertung des Therapeuten durch den Klienten von Sitzung zu Sitzung wechselt und der jeweils komplementäre Pol vollständig geleugnet wird, dann geht es nicht darum, wie in der Gestalttherapie, den aktuellen Pol zu verstärken. Sondern es geht darum, zwischen diesen vollständig voneinander abgespaltenen Polen Brücken zu bauen. Indem der Therapeut den komplementären Pol der letzten Sitzung immer wieder ins Spiel bringt, damit der Klient langsam lernt, dass beides zu ihm gehört, so widersprüchlich dies auch sein mag. Es geht hier auch nicht darum, dass der Klient lernt, seine Kontrollmechanismen loszulassen und seine emotionalen und sonstigen Hemmungen abzubauen (das kann er eh schon gut), sondern im Gegenteil, dass er lernt, eine gewisse Kontrolle über seine Affekte zu erlangen. Indem er beispielsweise seine Emotionen verbalisiert, anstatt sie verstärkt analog auszudrücken, wie es dem klassischen gestalttherapeutischen Vorgehen entspräche.

Zu den beiden Diagnosen stabile und instabile Identität gehören natürlich auch Entstehungsgeschichten (Ätiologie,

Ursachen) und Krankheitsverläufe (Pathogenese), die im therapeutischen Prozess zur Sprache kommen und bearbeitet bzw. durchgearbeitet werden, worauf im Rahmen dieser groben Übersicht hier aber nicht eingegangen werden kann.

Wir haben jetzt ein Beispiel kennen gelernt, wie es als Therapeut nützlich sein kann, sich mit einer Diagnose für eine gewisse Zeit auf einen Therapieplan festzulegen. Dieses einfache Diagnostiksystem hat lediglich zwei Kategorien, 1.) stabile und 2.) instabile Identität. Daraus resultieren unter anderem die Vorgehensweisen 1.) Katalysieren von mehr Spontantät und affektivem bzw. analogem Ausdruck, Reduzierung der Selbstkontrolle, evtl. Katharsis und 2.) Stärkung der Selbstkon-

trolle und Reduktion der Spontantät, beispielsweise durch verbalisieren.

Je einfacher ein Diagnosesystem ist, um so handlicher ist es zu gebrauchen. Hochkomplizierte Diagnosesysteme mit vielen Unterkategorien reduzieren die Nützlichkeit, zumindest für den Therapeuten in seiner Arbeit. In der Tat besitzen Diagnosesysteme die Eigenschaft, sich ständig zu vergrößern. Sobald ein Diagnosesystem für einen konkreten Fall keine klare Einteilung zulässt, werden neue Kategorien und Unterkategorien definiert. Im Beispiel oben wurde zu diesem Zweck auch eine Unterscheidung in die höhergradige und die niedergradige Borderline-Struktur eingeführt: Die höhergradige ist gekennzeichnet durch Übersteuerung und thematisch-punktueller Untersteuerung, die niedergradige durch generelle Untersteuerung. Die höhergradige Borderline-Struktur ist demnach eine Kompromisseinteilung für Personen, die sich nicht eindeutig in klare oder diffuse Identität zuordnen lassen. Diese Unterstruktur mag noch plausibel erscheinen. In vielen Fällen wäre es aber pragmatischer, auf die Komplexität von Diagnosesystemen zu verzichten und statt dessen ihre beschränkte Brauchbarkeit einzuräumen - ganz im Sinne von D. Stern: Wenn die Diagnose nützliche Metaphern liefert, ist es gut, wenn nicht, lässt man sie fallen.

### Diagnostik und Körpertherapien

Diagnostik spielt in den Körpertherapien eine wesentlich größere Rolle als in den übrigen Psychotherapien. Vielleicht hängt das mit der größeren Nähe zum medizinischen Diagnosemodell zusammen. Dort stützt sich eine Diagnose, wie schon erwähnt, sowohl auf die (subjektiven) Beschwerden des Patienten als auch auf die (objektiv) vom Arzt

	Stabile/Klare Identität	Instabile/Diffuse Identität
Bezeichnung	Neurose	Persönlichkeitsstörung, Borderline
Selbstkontrolle	Übersteuerung = Hemmung von Trieben und Impulsen	Untersteuerung = mangelnde Impulskontrolle
Genese, Störung in der	Psychosexuellen Entwicklung und Ich-Entwicklung (leicht bis mittel)	Ich-Entwicklung (schwer). Schwere Traumata (chron. Gewalt, sexueller Missbrauch)
Schuldgefühle	überentwickelt	unterentwickelt
Abwehrmechanismus	Verdrängung (=Hemmung unerwünschter Impulse), Übertragungsneurose	Spaltung und Verleugnung, Übertragungspsychose
Therapieziel	Aufhebung der Verdrängung: Wiedererinnern und Wiedererleben. Fähigkeit zur Spontantät	Aufhebung der Spaltung und Verleugnung. Fähigkeit zur Ambivalenz und Impulskontrolle
Intervention	Aufdeckend, z.B. durch Körperarbeit: Das Erinnern des Körpers nutzen, Affektentladung, Katharsis.	nicht primär aufdeckend, Arbeit im Kontakt im Hier-und-Jetzt (Übertragung). Körperarbeit mit Affektentladung kontraindiziert.

**Abb. 1: Ebenen der Persönlichkeitsorganisation**

Rolf Heinzmann

erhobenen Befunde (körperliche Untersuchung, Laborwerte, EKG, Röntgen etc.).

Das Körperlesen, Bestandteil vieler Körpertherapie, hat etwas von dem Charakter ärztlich erhobener Befunde. In der bioenergetischen Analyse beispielsweise wird der Klient in einer Anfangssitzung gebeten, sich bis auf die Unterwäsche auszuziehen, so dass der Therapeut einen körperlichen Befund erheben kann. Anschließend wird er aufgefordert, bestimmte körperliche Stresspositionen einzunehmen und bestimmte Übungen auszuführen, so dass der Therapeut weitere Befunde erheben kann.

Ist eine Diagnose nicht ausschließlich durch die Schilderungen des Klienten und die Eindrücke, die er im Dialog hervorruft, begründet, sondern wird durch weitere, im normalen therapeutischen Dialog nicht erkennbare Befunde erhärtet, dürfte sie um einiges prägnanter sein. Wer mit dem Instrumentarium Diagnostik arbeitet, wird sich um derartige Befunde bemühen. Allerdings treibt diese Suche nach Befunden manche Blüten. Denn formal gesehen sind das Erstellen von Horoskopen, das Kaffeesatzlesen, das Legen von Tarot-, der Engels- oder anderer Karten etc. nichts anderes als die Erhebung von Befunden, um eine Diagnose zu erhärten (auch wenn besagte Methoden das Wort Diagnose nicht gebrauchen).

Die Befunde des Körperlesens verleihen einer Diagnose auf jeden Fall eine höhere Prägnanz. Diese größere Nähe zum medizinischen Modell birgt allerdings auch Nachteile in sich. In vielen Körpertherapien wird de facto eine Ein-Personen-Psychologie praktiziert. Dann wähnen sich Körpertherapeuten in ihrer Diagnostik so sicher, dass sie leicht vergessen, dass Diagnosen im psychotherapeutischen Bereich nichts anderes sein können als hilfreiche Metaphern und dass im ungünstigen Fall die Diagnose mehr über den Therapeuten aussagt als über den Klienten.

Zum Schluss sei noch auf den Fortgeschrittenenkurs am GIF: „Klinische Gestalttherapie – Allgemeine und körperorientierte Diagnostik und Intervention“ (K04) hingewiesen. (s. S. 44)

### Bibliographie

- 1.) Reinhard Leichner (1983): „Diagnostik“, in Handwörterbuch der Psychologie, Beltz-Verlag, Weinheim
- 2.) Dilling et al. (Hg.) (1999): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F). Bern/Göttingen, Verlag Hans Huber, 1999
- 3.) Ulfried Geuter: Interview mit Daniel Stern, in: Psychologie Heute, Dezember 1999
- 4.) Otto Kernberg (1993): Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Frankfurt, Suhrkamp-Verlag / ders. (1996): Schwere Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart, Klett-Cotta-Verlag / ders. (1994). Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten, Verlag Hans Huber

**Rolf Heinzmann**, Fortbildungsleiter am GIF (s. S. 42)



Wir trauern um

**Doris Sandhaas-Grießer**  
geb. 14. November 1951  
gest. 17. September 2002

Doris absolvierte ihre Gestalt-Fortbildung am GIF (Fobi-Gruppe 031) und war Assistentin in der Gruppe 049.

1994 erkrankte sie an Krebs. Mit viel Zuversicht, Kraft und Lebensfreude stellte sie sich der Krankheit, begann ein neues bereichertes Leben und widmete sich der Aufgabe, anderen Krebskranken psychotherapeutisch zu helfen. Doris starb zu Hause bei ihrem Mann Konstantin.