

In seiner 44. Vollsitzung vom 8. Juni 1999 beauftragte der Psychotherapie-Beirat einen Forschungsausschuss mit der Erarbeitung von Leitlinien für eine eigenständige psychotherapeutische Diagnostik unter Praxisbedingungen. Diese Leitlinie liegt nun seit 15. Juni 2004 vor und wird demnächst zusammen mit verschiedenen Kommentaren in einem Sammelband veröffentlicht werden. Gerhard Stemberger hat uns seinen Beitrag schon vorab zur Veröffentlichung zur Verfügung gestellt.

In Gerhards Beitrag gibt es naturgemäß Verweise auf diese Leitlinie, die die meisten von uns noch nicht die Gelegenheit hatten, selbst zu lesen. Wir haben dennoch beschlossen, diese Kommentare nicht zu streichen. Zum einen, weil sie sehr interessante und aufschlussreiche Kritikpunkte enthalten (nicht nur zur Leitlinie), zum anderen, um vielleicht auch Interesse an der Leitlinie selbst zu wecken.

Wir wünschen viel Vergnügen beim Lesen (auch so ein Artikel kann Vergnügen bereiten) und danken nochmals Gerhard Stemberger.

Diagnostik-Leitlinie und Gestalttheoretische Psychotherapie

Dr. Gerhard Stemberger

Für die Erarbeitung der vom Forschungsausschuss des Psychotherapie-Beirates vorgelegten „Diagnostik-Leitlinie“ gebührt allen Kolleginnen Dank und Anerkennung, die daran im methodenübergreifenden Dialog mitgewirkt haben. Vor allem sind auch ihr Mut und ihre Zurückhaltung zu würdigen: Ihr Mut, sich mit einem zwangsläufig vorläufigen Arbeitsergebnis zur Formulierung methodenübergreifender Grundsätze für die psychotherapeutische Diagnostik zu exponieren und damit einen konkreten Vorschlag zur Diskussion und Überprüfung vorzulegen; sowie ihre Zurückhaltung gegenüber der Versuchung, vorschnell die Erhebung dieser Vorlage in den Rang einer verpflichtenden Richtlinie zu betreiben.

Die Leitlinie steht in einer guten Tradition in Österreich: Den historisch gewachsenen Reichtum der vielfältigen methodischen Ansätze in der Psychotherapie weder einem Kahlschlag zugunsten einiger weniger vermeintlich „besonders ökonomischer“ oder „einzig wirksamer“ Ansätze zu opfern, noch die zunehmenden Konvergenzbewegungen dieser verschiedenen Ansätze als Beweis für die Überholtheit der psychotherapeutischen Schulen anzusehen und sie vorschnell zu einer Einheitspsychotherapie gleichschalten zu wollen. Stattdessen hat sich hierzulande der Weg des respektvollen und behutsamen Auslotens des Entwicklungspotentials durchgesetzt, das in der Weiterentwicklung der besonderen Blickwinkel und der Übereinstimmungen zwischen den verschiedenen Schulen steckt, unter Einbeziehung der Ergebnisse und Blickwinkel angrenzender Wissenschaften. Als vorgelagerte Arbeiten in diesem Sinn zu thematisch einschlägigen bzw. verwandten Feldern erwähne ich hier beispielsweise die Sammelbände zum Krankheitsbegriff in der Psychotherapie (Pritz & Petzold 1992), zur Psychotherapie als Wissenschaft (Pritz 1996), zu Fragen der Ethik in der Psychotherapie (Hutterer-Krisch 1996), zur Diagnostik in der Psychotherapie (Laireiter 2000) und zum Sonderbereich des psychotherapeutischen Gutachtens (Lanske & Pritz 2002).

Eine der wesentlichen Stärken der vorliegenden Leitlinie liegt meines Erachtens vor allem darin, dass sie auch der Frage nach den expliziten und impliziten *Vorannahmen* nicht aus dem Weg geht, die das diagnostische Vorgehen von Psychotherapeutinnen leiten, insbesondere der Frage des Menschenbildes. Dass das nicht selbstverständlich ist, zeigt ein Blick auf die Entwicklung etwa der diagnostischen Leitlinien zur ICD.

Dort wurde bekanntlich mit der Tatsache, dass es natürlich auch in der Psychiatrie (so wie auch in der Klinischen Psychologie) unterschiedliche Schulen und theoretische Ansätze gibt, so umgegangen, dass man sich für einen dem Anspruch nach völlig „atheoretischen“ Ansatz diagnostischer Leitlinien entschieden hat. Man beschränkt sich dort auf Einschließungs- und Ausschließungsregeln, nach denen in einem bestimmten Fall die Zordnung zu der einen oder anderen Klasse vorzunehmen ist. Die in Psychotherapeutenkreisen leider kaum rezipierte internationale kritische Diskussion zur Entwicklung von ICD und DSM (vgl. dazu etwa den von der *American Psychological Association* publizierten Sam-

melband Beutler & Malik 2002) belegt jedoch schon lange, dass weder diese weitgehend willkürlichen Zuordnungsregeln, noch die Klassifikationssysteme selbst von theoretischen Vorannahmen frei sind. Die weitgehende Beseitigung der semantischen und systematischen Bezüge auf *bestimmte* theoretische Modelle in diesen Klassifikationssystemen (etwa die tiefenpsychologisch geprägten) hat nicht zu einer Theoriefreiheit dieser Systeme geführt, sondern unter der Hand zur Durchsetzung eben *anderer* theoretischer Modelle, die durch einen variablen-isolierenden Elementarismus gekennzeichnet sind, „wonach die Psyche als Aneinanderreihung einzelner Gegebenheiten betrachtet werden kann, ohne eine ganzheitliche Integration, geschweige denn einen individuellen Strukturaufbau; im Grunde geht es um einen elementaristischen ‚Störungskatalog‘“ (Plaum 2000, 154).

Demgegenüber haben sich die Autorinnen der vorliegenden Leitlinie dafür entschieden, in allgemeiner Weise eine methodenübergreifend gemeinsame anthropologische Ausgangsposition für die psychotherapeutische Diagnostik explizit zu machen, die bei allen Differenzierungen in den einzelnen Schulen jedenfalls einer *holistischen Perspektive* verpflichtet ist: Der Mensch soll als leib-seelisches Ganzes in seinen sozialen Bezügen erfasst werden und nicht als Ansammlung isolierter Defizite und Entgleisungen.

Diese holistische Perspektive, die mit der Betonung des Beziehungscharakters auch des diagnostischen Prozesses in der Psychotherapie Hand in Hand geht, kommt in der Leitlinie auch in den vorgeschlagenen praktischen Vorgangsweisen und deren Begründung und Erläuterung zum Ausdruck. Auf dieser grundsätzlichen Ebene werden sich Gestalttheoretische Psychotherapeutinnen meines Erachtens mit den wesentlichen Grundgedanken der vorliegenden Diagnostik-Leitlinie durchaus identifizieren können. Diese Übereinstimmungen führe ich im Folgenden etwas konkreter aus, bevor ich noch einmal auf das Verhältnis der Leitlinie zur Frage der Klassifikationen und zu den Klassifikationssystemen zurückkomme.

Zum Diagnostikverständnis in der Gestalttheoretischen Psychotherapie

Übereinstimmend mit den Grundgedanken der Leitlinie wird auch in der Gestalttheoretischen Psychotherapie davon ausgegangen, dass diagnostischer Entdeckungs- und therapeutischer Veränderungsprozess nicht voneinander zu trennen sind. Mit beiden Prozessen sind zwar unterschiedliche Aufgaben mit jeweils besonderen Anforderungen verbunden. Eine wirksame Hilfestellung für die Patientin erfordert jedoch gerade das sachgerechte Ineinandergreifen und Zusammenwirken von Entdecken und Verändern über die gesamte Dauer der Therapie.

Jede neue Entdeckung ist bereits selbst mit einer Veränderung verbunden und kann Ausgangspunkt für weitere Veränderungen werden; diese wiederum können ihrerseits zum Ausgangspunkt neuer Entdeckungen werden. Bekanntlich trifft dies allerdings auch dann zu, wenn dieser Gesamtvorgang und Wirkungszusammenhang weder beabsichtigt, noch geplant, noch mit Einsicht betrieben und nachvollzogen wird. Die Autorinnen der Richtlinie stellen daher zu Recht die Prozess-Einheit von Entdecken und Verändern in der Psychotherapie nicht nur als faktisches Geschehen fest. Vielmehr verbinden sie damit die Forderung an die Psychotherapeutin, an diesem Gesamtvorgang auf Grundlage ihrer jeweiligen wissenschaftlich-methodischen Ausrichtung bewusst und geplant zu arbeiten.

Auch für die diagnostische Seite psychotherapeutischer Arbeit sehen Gestalttheoretische Psychotherapeutinnen dabei die von Wolfgang Metzger (1962) ausgearbeiteten und von Hans-Jürgen P. Walter (1977) in die psychotherapeutische Anwendung übertragenen „Kennzeichen der Arbeit am Lebendigen“ als bestimmend an. In ihnen kommen zugleich prägnant wesentliche anthropologische, epistemologische und ethische Grundpositionen der Gestalttheorie zum Ausdruck.¹ Ich führe sie im Folgenden kurz an, wobei ich sie hier auf die diagnostische Aufgabenstellung bezogen formuliere. Die Übereinstimmung mit den wichtigsten Gesichtspunkten der Leitlinie in der Charakterisierung des diagnostischen Vorgehens in der Psychotherapie wird daraus meines Erachtens klar ersichtlich.

¹ Die hier angeführten Kennzeichen der Arbeit am Lebendigen werden zunehmend auch über die Gestalttheoretische Psychotherapie hinaus als methodenübergreifend relevant anerkannt. Jürgen Kriz vertritt in seinem bekannten Kompendium „Grundkonzepte der Psychotherapie“ die Auffassung, „dass jeder Praktiker sie berücksichtigen muss und wird“ (Kriz 1985; vgl. auch Kriz 1996). Zur Berücksichtigung dieser Kennzeichen für die diagnostische Vorgangsweise in der klinisch-psychologischen Diagnostik vgl. u.a. Soff 1990, in der nervenärztlichen Praxis Berger-Knecht 2000.

1. Wechselseitigkeit des Geschehens:

In der psychotherapeutischen Diagnostik stehen sich nicht ein persönlich unbeteiligtes und unberührtes diagnostizierendes Subjekt und ein passives diagnostiziertes Objekt gegenüber. Diagnostik ist vielmehr ein gemeinschaftliches Entdeckungsverfahren im lebendigen Beziehungsgeschehen zwischen zwei Menschen. Dieses ist zwar auf die Klärung der Situation, der Entwicklungsmöglichkeiten und des Unterstützungsbedarfs des *einen* unter fachgerechter Mithilfe des *anderen* gerichtet, doch wirken darin beide aufeinander wechselseitig ein, sind für diese wechselseitige Einwirkung auch in partnerschaftlicher Haltung offen und nutzen sie möglichst aufmerksam und bewusst für die anstehenden Klärungen.²

2. Gestaltung aus inneren Kräften:

Auch diagnostische Klärung kann nur auf die in der Patientin selbst angelegten inneren Kräfte gestützt gelingen. Sowohl das Bestreben und die Fähigkeit, zu einer solchen Klärung zu kommen, als auch die dem entgegengesetzten Kräfte haben wesentlich in der Patientin selbst ihren Ursprung. Auch die scharfsinnigste und erfahrenste Psychotherapeutin steht bei der diagnostischen Aufgabe letztlich auf verlorenem Posten, wenn es ihr nicht gelingt, die Patientin wirksam dabei zu unterstützen, in konstruktiver Weise ihre eigene Diagnostikerin zu werden.

3. Nicht-Beliebigkeit der Form:

Dem Lebendigen lässt sich auf Dauer nichts gegen seine Natur aufzwingen. Es kann auch nur das zur Entfaltung gebracht werden, was in der Person selbst als Möglichkeit angelegt ist. Auch jede Form der diagnostischen Exploration im Zusammenwirken von Psychotherapeutin und Patientin muss daher den individuellen Möglichkeiten und Fähigkeiten beider beteiligten Seiten in der jeweiligen konkreten Situation angemessen sein. Es verbieten sich alle Vorgangsweisen, die nach einem für diese individuellen und situativen Anforderungen blinden Einheits-Schema abgewickelt werden. Vielmehr muss die Psychotherapeutin in enger Fühlung zur gegebenen Situation und den Fähigkeiten und Möglichkeiten - der eigenen wie der der Patientin -, jeweils die angemessenen individuellen Entdeckungswege mit der Patientin finden, die in dieser selbst angelegt sind, auch wenn sie neu, ungewohnt und im scheinbaren oder tatsächlichen Widerspruch zu vorgefundenen Regelwerken oder Anforderungen außenstehender Dritter stehen.

4. Nicht-Beliebigkeit der Arbeitszeiten:

So wie jeder Mensch seine eigenen fruchtbaren Zeiten und Augenblicke für Veränderung hat, so gilt auch für diagnostische Entdeckungsprozesse, dass nicht jede Zeit für jedes Verfahren und für jeden damit verbundenen Schritt geeignet ist. Planmäßiges Vorgehen in der Diagnostik kann für die Psychotherapeutin daher auch nicht heißen, nach einem starren Schema oder Ablaufplan ohne Rücksicht darauf zu explorieren, ob die Zeit für einzelne Schritte oder Verfahren für die Patientin schon da ist.

5. Nicht-Beliebigkeit der Arbeitsgeschwindigkeit:

Auch die mögliche Ablaufgeschwindigkeit diagnostischer Entdeckungsprozesse ist weder bei allen Menschen gleich, noch kann sie beliebig beschleunigt oder verlangsamt werden.

6. Duldung von Umwegen:

Nicht alle diagnostisch bedeutsamen Fragen lassen sich direkt ansteuern. Oft wird es notwendig sein, Umwege in Kauf zu nehmen oder sie aus der Einsicht, daß solche Umwege notwendige Zwischenschritte in der Entwicklung des Entdeckungsprozesses sein können, auch bewusst vorzusehen.

² In allgemeiner Weise findet sich dieser Gedanke auch in der Psychotherapie-Definition des österreichischen PthG, indem Psychotherapie insgesamt als interaktionelles Geschehen charakterisiert wird. In der Gestalttheoretischen Psychotherapie ist dieses allgemeine interaktionelle Verständnis dahingehend spezifiziert und präzisiert, dass dieses Geschehen als Feldgeschehen mit den dem psychischen Feld entsprechenden Gesetzmäßigkeiten gefasst wird. Die Psychotherapeutin wird zum Teil des Lebensraums der Patientin und umgekehrt. Dies wird zur Grundlage der Ausbildung eines beide Teile umfassenden sozialen Feldes. Erleben und Verhalten beider Menschen stehen damit im Feldzusammenhang, was naturgemäß auch für die diagnostische Situation gilt.

Methodisch ist für das praktische Herangehen an die Prozess-Einheit von Entdecken und Verändern in der Gestalttheoretischen Psychotherapie die „Kraftfeld-Analyse“ des Gestalttheoretikers Kurt Lewin zentral (vgl. Lewin 1963). Diese ist Teil seines umfassenden feldtheoretischen (systemtheoretischen) Ansatzes: Erleben und Verhalten des Menschen werden als Funktion von Person und Umwelt (einschließlich der darin enthaltenen anderen Personen) in einem psychischen Feld begriffen, das beide Bereiche - Person und Umwelt - in wechselseitiger Abhängigkeit enthält (vgl. Soff, Ruh & Zabransky 2004). Das anthropologische Modell dieses Ansatzes ist also nicht monopersonal, sondern hat schon strukturell Beziehungscharakter. Der Akzent liegt nicht einseitig auf den „inneren Komponenten“ des Menschen, sondern auf der Beziehung zwischen Mensch und Umwelt, wie sie erlebens- und verhaltenswirksam für den Menschen gegeben ist (vgl. Galli 1999, 29ff). Die auf dieser Grundlage von Lewin und seinen Mitarbeitern ausgearbeiteten Persönlichkeitskonstrukte, zusammengefasst im „Lebensraum“-Modell, hat Hans-Jürgen P. Walter (1977) unter Einbeziehung der psycho-physischen Annahmen und der kritisch-realistischen Grundposition der Gestalttheorie in den Entwurf einer Gestalttheorie der Person systematisch eingeordnet und für die Psychotherapie fruchtbar gemacht. Als „veränderungsaktivierende Kraftfeld-Analyse“ wurde damit zugleich die von Lewin und seinen Mitarbeitern ursprünglich für andere Anwendungsbereiche entwickelte und experimentell erforschte Kraftfeld-Analyse auf das psychotherapeutische Arbeitsfeld übertragen und in die Gestalttheoretische Psychotherapie integriert.³

Die Kraftfeldanalyse ist ein phänomenologisches Verfahren, bei dem die Psychotherapeutin mit der Patientin die jeweils situationsangemessen tauglichsten Vorgangsweisen sucht, um mit ihr die Beschaffenheit ihres Lebensraums und die in ihm gegenwärtig wirksamen anziehenden und abstoßenden Kräfte, Barrieren, unzugänglichen Bereiche und andere dynamisch wirksame Faktoren zu explorieren. Dies kann durch eine erlebnisaktivierende Gesprächsführung geschehen, die das Denken, Fühlen, Empfinden, Intuieren und Handeln der Patientin gleichermaßen anzusprechen und zu aktivieren sucht. Es können z.B. aber auch jeweils passende spezielle „Experimente“ vorgeschlagen oder mit der Patientin gemeinsam „erfunden“ werden, die geeignet sind, der Patientin und damit auch der begleitenden Therapeutin den Lebensraum der Patientin möglichst unmittelbar anschaulich und erfahrbar zu machen.

Die Kraftfeldanalyse (oder allgemeiner: Lebensraumanalyse) ist nicht darauf gerichtet, die Patientin nach Vorliegen der einen oder anderen Symptomkonstellation einer bestimmten phänotypischen „Störungs-Klasse“ zuzuordnen, sondern darauf, die dynamischen Eigenheiten der psychologischen Situation zu erfassen, in der sich die Patientin zur gegebenen Zeit befindet. Daraus ergeben sich unmittelbar Hinweise auf die in dieser Situation angelegten Möglichkeiten und Forderungen für die anstehenden Veränderungen. Statt einer phänotypischen wird also eine genotypische Analyse durchgeführt, wie sie wissenschaftstheoretisch Lewins Forderung nach dem Übergang von der aristotelischen zur galileischen Denkweise in den Wissenschaften vom Menschen entspricht (Lewin 1931).

In dieser Denktradition ist z.B. *nicht nach einem entsprechenden Eigenschaftsinventar eines depressiven Patienten, sondern nach den dynamischen Eigenheiten der konkreten psychologischen Situation zu fragen, in der sich jemand depressiv verhält, und jene Funktion herauszufinden, die depressives Verhalten und Lebensraum verbindet. Oder, in den Worten Lewins, „von den bloßen Symptombegriffen zur Feststellung der psychologisch realen Fakten fortzuschreiten und dabei an Stelle einer rein klassifikatorischen eine konstruktive Begriffsbildung zu setzen. ... Der Psychotherapeut ... will ja das Seelenleben eines bestimmten Menschen nicht nur erkennen, sondern auch beeinflussen, ... er muss wissen, wie das konkrete Verhalten von der jeweiligen inneren und äußeren Situation abhängt, und welche konkreten Änderungen der Situation die gewünschte Änderung des Verhaltens nach sich ziehen können. Darüber können rein klassifikatorische Feststellungen ... keinen Aufschluss geben, sondern nur die Ermittlung dynamischer Gesetze. Ist es doch das Wesentliche der Gesetze im präzisen Sinne ..., dass sie nicht vom Konkreten zu abstrakten Allgemeinheiten übergehen, sondern trotz ihrer Allgemeingültigkeit die Beziehung zur Wirklichkeit des einzelnen Falles und der einzelnen Situation voll*

³ Vgl. dazu auch Ruh 1999. Im psychodiagnostischen Feld hat die Lebensraumanalyse als holistischer Ansatz in der klinisch-psychologischen Diagnostik eine jahrzehntelange Forschungs- und Anwendungstradition, die hier nur erwähnt, aber nicht näher ausgeführt werden kann. Vgl. dazu u.a. die Arbeiten von Plaum 1989, 1992, 1996, 2000; Maibaum 2001 und Stemberger 2001, wo weitere Quellenverweise zu finden sind.

aufrecht erhalten“ (Lewin 1970, 24f). Für die Therapiesituation ist demnach ein richtiges Erfassen dessen, was „ist“, nicht nur zugleich „Erklärung“ dessen, was geschieht, sondern auch Wegweiser dafür, was geschehen kann und soll.

Dass sich hinter der Unterscheidung zwischen phänotypischer und genotypischer Klassifikation⁴ also keine abgehobene wissenschaftstheoretische Spitzfindigkeit verbirgt, von der die klinische Praktikerin unberührt bleibt, zeigt sich tagtäglich im Umgang der Psychotherapeutinnen mit den vorliegenden Klassifikationssystemen ICD und DSM, die im Regelfall aus guten Gründen für ihre therapeutische Praxis (einschließlich ihrer diagnostischen) keine handlungsleitende Relevanz haben. Dazu nun einige auf die vorliegende Richtlinie bezogene Anmerkungen.

Diagnostizieren und Klassifizieren

Bekanntlich haben Diagnostizieren und Klassifizieren miteinander zu tun, sind aber nicht ident. Die Psychotherapeutin will ihre Patientin nicht in einer Störungskartei ablegen, sondern gemeinsam mit ihr ergründen und verstehen, wie ihre Situation ist, was ihr Leiden ausmacht und was ihm zugrunde liegt, welche Möglichkeiten es gibt, damit zurechtzukommen, wo Selbstheilungskräfte bereits so beeinträchtigt sind, dass die Patientin in einem Teufelskreis gefangen ist, der aus eigener Kraft nicht mehr durchbrochen werden kann, auf welche vorhandenen und noch intakten Ressourcen Psychotherapeutin und Patientin sich im Bewältigungsprozess zugleich aber stützen können, was als nächstes zu tun ist, welche nächsten Schritte in der Therapie möglich und angemessen sind usw.

Auch aus diesem diagnostischen Prozess, wie er hier im Einklang mit der Leitlinie skizziert wurde, können und werden Übereinstimmungen des individuellen Falles mit anderen hervorgehen, also Klassifikationen möglich werden, die allerdings von grundsätzlich anderer Art sind, als wir sie derzeit in der ICD oder im DSM vorfinden. Sie werden nicht primär an Symptomen oder anderen äußeren Übereinstimmungen orientiert sein, sondern an der Übereinstimmung der jeweiligen Geschehensart, deren Bedingungen und der darin wirksamen Gesetzmäßigkeiten, aus denen sich auch Schlüsse auf die therapeutischen Handlungsmöglichkeiten und die Prognose ergeben. Die Einordnung in eine der ICD-Kategorien ist für dieses gemeinsame diagnostische Anliegen von Therapeutin und Patientin im Regelfall bedeutungslos, im ungünstigen Fall sogar hinderlich oder irreführend, weil diese Zuordnung nichts zur wirklichen Klärung beiträgt. Aus diesem Grunde spielen diese Zuordnungen ja eben in der psychotherapeutischen Praxis eine so marginale Rolle und nicht nur hier: Unter Psychiatern und Klinischen Psychologen ist es nicht anders, wie die langjährige kritische Diskussion dieser Klassifikationssysteme zeigt. Psychiater und Klinische Psychologen, die in der klinischen Praxis stehen, leiden unter dem beklagenswerten Zustand der vorliegenden psychiatrischen Klassifikationssysteme genauso wie Psychotherapeuten.

Gemessen an Klassifikationsstandards in anderen Wissenschaften hinken diese Klassifikationssysteme schon in ihrem grundsätzlichen Ansatz und ihrer Methodik anderen Wissenschaftsdisziplinen um Jahrzehnte hinterher. Kein Physiker, kein Chemiker, kein Zoologe, kein Pflanzenkundler würde heutzutage noch in dieser Weise klassifizieren, die auch in den meisten anderen medizinischen Fachbereichen seit Jahrzehnten im wesentlichen überwunden ist. Selbst Kraepelin, der als Stammvater dieser Linie der Klassifikationen im psychiatrischen Bereich gilt, betrachtete das abstrahierende Zusammenfassen in Klassen nach feststellbaren Symptomen und Syndromen nur als eine vorläufige Rückfallslinie, die möglichst bald überwunden werden sollte (vgl. dazu Kihlstrom 2002). Er wäre wohl kaum begeistert, die heutige ICD und den DSM viele Jahrzehnte später noch immer auf dieser vorläufigen Rückfallslinie vorzufinden, die zu Recht als unterste und primitivste Stufe der Taxonomie auch in der Medizin gilt (vgl. Houts 2002). Vielmehr würde er sich wohl jenen Kritikern dieser Klassifikationssysteme anschließen, die wie z. B. Carson (1996) unter Berufung auf den klassischen Beitrag des Gestalttheoretikers Kurt Lewin (1931!) fordern, auch im Bereich der Analyse und Klassifikation psychischer Störungen und Leidenszustände endlich mit dem Übergang von der aristotelischen zur galileischen Denkweise Ernst zu machen⁵ und sich nicht mit dem „Umgruppieren der Stühle auf der

⁴ Zum Verhältnis phänotypischer zu genotypischer Klassifikation im Bereich psychischer Störungen und zu den Möglichkeiten, beide Ansätze aufeinander zu beziehen, vgl. Stemberger 2001.

⁵ Vgl. Lewins Beschreibung des dem psychotherapeutischen, psychiatrischen, klinisch-psychologischen Praktiker wohlbekannten Problems mit der abstrahierenden symptomgestützten Klassenbildung aristotelischer Art: „Abstrahiert man einmal von den individuellen Unterschieden, so gibt es keinen logischen Weg zurück

Titanic“ zu begnügen, wie Kihlstrom die „Fortschritte“ in den neueren Versionen dieser Klassifikationssysteme ironisch charakterisiert (2002, 290).

Angesichts dieser Sachlage würde ich mir in der Frage des Verhältnisses zu diesen Klassifikationssystemen aus mehreren Gründen eine klarere Positionierung der Leitlinie wünschen. Wenn ich sie recht verstehe, schlagen die Autorinnen diesbezüglich „Nicht-Einmischung“ und „pragmatische Anpassung“ vor. „Nicht-Einmischung“ auf der Grundlage, dass es sich um Klassifikationssysteme aus anderen Wissenschaften handle, die sich auf andere Gegenstände und Kompetenzbereiche („unterschiedliche Aspekte psychischer und körperlicher Zustandsbilder“) beziehen würden. „Pragmatische Anpassung“ in dem Sinn, dass die Psychotherapeutin auch Klassifikationen nach diesen Systemen trotz Untauglichkeit für die eigenen therapeutischen Zwecke vornehmen soll, weil es eben zum einen institutionelle Forderungen danach gibt (Krankenkassen etc.), zum anderen aus Gründen der erforderlichen Kommunikation mit anderen Berufsgruppen (und Psychotherapeutinnen anderer methodischer Orientierung).

Beide Gesichtspunkte halte ich nur für begrenzt gültig:

Abgesehen von einigen Sonderbereichen, wo die Rede von der Beschäftigung mit „unterschiedlichen Aspekten psychischer und körperlicher Zustandsbilder“ natürlich ihre Berechtigung hat, befassen sich klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie in Hinblick auf eine therapeutisch praxisrelevante Diagnostik mit den gleichen Grundthemen und verlaufen Kontroversen und Übereinstimmungen nicht *zwischen* diesen wissenschaftlichen Disziplinen, sondern *quer durch* diese Disziplinen. Dies betrifft sowohl die Frage nach dem Menschen angemessenen Vorgangsweisen im diagnostischen Prozess, als auch die Frage nach der Klassifikation. In dem Sinn ist nicht Nicht-Einmischung gefragt, sondern Austausch über den *gemeinsamen* Gegenstand und Stellungnahme zu den wichtigsten offenen und umstrittenen Fragen. Hier hat die psychotherapeutische Wissenschaft meines Erachtens auch viel einzubringen und findet sie vielfache Anschlussmöglichkeiten in verschiedenen Strömungen der beiden anderen Disziplinen.

Ähnliches gilt für die „pragmatische Anpassung“. Es steht ja außer Frage, dass eine Psychotherapeutin, die heute in Österreich mit den Krankenkassen abrechnen will, in der Regel nicht darum herum kommt, ihre Patientin mit einem ICD-Code zu „versehen“. Dass diese Codierungen einen sinnvollen Beitrag zur berufsübergreifenden Kommunikation zwischen Psychotherapeutinnen, Psychiaterinnen und Psychologinnen oder innerhalb dieser Berufsgruppen über gemeinsame Patientinnen leisten könnten, daran ließen sich allerdings starke Zweifel anmelden, die sowohl durch die praktische Erfahrung, als auch durch eine Vielzahl einschlägiger Forschungsbefunde gut begründet sind.⁶ Aus diesen Gründen spielen diese Codierungen auch überall dort, wo es zu einer fruchtbaren berufsgruppenübergreifenden Kommunikation und Kooperation kommt, nur eine bestenfalls untergeordnete Behelfsrolle und gehen auch die Bemühungen um methodenübergreifende Klassifikationssysteme in der Psychotherapie in eine ganz andere Richtung (ich erwähne nur beispielsweise die OPD⁷).

Eine klarere Positionierung der Leitlinie zur ICD und ähnlichen Klassifikationssystemen hat daher nicht nur wissenschaftlich Relevanz, sondern auch unmittelbar für die psychotherapeutische Berufsausübung. Es ist ja unübersehbar, dass es international, aber durchaus auch bereits in Österreich politisch und ökonomisch motivierte Tendenzen gibt, eine geradlinige Verknüpfung von ICD-„Diagnosen“ und „State-of-the-art-Behandlungen“ zu etablieren. Angesichts solcher Tendenzen sollte eine Leitlinie für die psychotherapeutische Diagnostik meines Erachtens unmissverständlich festhalten, dass aus Sicht der psychotherapeutischen Wissenschaft (in Übereinstimmung mit der kritischen Dis-

vom Allgemeinen zum individuellen Fall. Solche Verallgemeinerungen [...] führen von einem seelisch kranken Individuum zu ähnlichen pathologischen Typen und von da zur allgemeinen Kategorie der ‚abnormen Persönlichkeit‘. Jedoch gibt es keinen logischen Weg zurück vom Begriff [...] ‚abnorme Persönlichkeit‘ zum individuellen Fall. [...] Worin liegt der Wert von Allgemeinbegriffen, wenn sie keine Voraussagen über den individuellen Fall gestatten? Sicherlich ist dieses Vorgehen [...] dem Psychotherapeuten von geringem Nutzen“ (1963, 102). Diese Kritik bestimmt auch die zeitgenössische kritische Auseinandersetzung mit den derzeitigen psychiatrischen Klassifikationssystemen, vgl. dazu u.a. Beutler & Malik 2002.

⁶ Ähnlich problematisch ist aus gleichen Gründen die Verwendung dieser Kategorisierungen in der Forschung, worauf hier aber nicht näher eingegangen werden kann. Vgl. auch dazu u.a. Beutler & Malik 2002.

⁷ „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“, vgl. Arbeitskreis OPD 1996.

kussion dieser Diagnosesysteme in der Psychiatrie und Klinischen Psychologie) wie auch der einschlägigen Forschung der derzeitige Stand dieser Klassifikationssysteme derartige Verknüpfungen nicht erlaubt. Nicht wegen ihrer Abstammung aus anderen Wissenschaften, sondern wegen ihrer grundsätzlichen wissenschaftlichen Mängel bieten diese vorliegenden Klassifikationssysteme keine qualifizierte Grundlage für eine Ableitung der Indikation für Psychotherapie, für eine bestimmte psychotherapeutische Methode oder für bestimmte psychotherapeutische Verfahrens- oder Interventionsweisen aus einer bestimmten ICD-Zuordnung. Auch für eine solche klare Stellungnahme sehe ich gute Anschlussmöglichkeiten für eine zumindest im Grundsätzlichen gemeinsame Positionierung mit den Vertretern von Psychiatrie und Klinischer Psychologie.

Die vorliegende Leitlinie nimmt auch aus gutem Grund in den behandelten praktischen Entscheidungsfragen (der Indikation für Psychotherapie, für die Konsultation anderer Berufsgruppen usw.) nicht auf diese Klassifikationssysteme Bezug, sondern schlägt andere Entscheidungsverfahren und -kriterien vor. Die wenigen Erwähnungen der ICD bleiben demgegenüber peripher, sollten meines Erachtens aber im genannten Sinn unmissverständlich ausfallen. Ähnliches gilt für die Bezugnahmen auf das Potemkinsche Dorf des sogenannten „Krankheitsbegriffs im sozialversicherungsrechtlichen Sinn“.⁸

Sowohl die in der Leitlinie vorgeschlagenen praktischen Entscheidungsverfahren, als auch die dafür entwickelten Begriffe, Konstrukte und Dimensionen würden im Detail eine eingehendere, teils zustimmende, teils kritische Erörterung verdienen. Dies würde jedoch den Rahmen dieses Kommentars sprengen und bleibt der vor uns liegenden Etappe der kritischen Rezeption, Diskussion und Überprüfung dieser Vorschläge in der Berufsgruppe vorbehalten. Die grundsätzliche Orientierung der vorgelegten Leitlinie erscheint mir aus meiner gestalttheoretisch-psychotherapeutischen Perspektive jedenfalls positiv und vielversprechend für die weitere Entwicklung dieses Vorhabens.

Literatur:

- Arbeitskreis OPD (1996): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Grundlagen und Manual. Bern: Hans Huber.
- Berger-Knecht, R. (2000): Gestalttheoretische Psychotherapie unter besonderer Berücksichtigung meiner Arbeit in einer nervenärztlichen Praxis. ÖAGP-Informationen, 9(2), 1-16.
- Beutler, L. E., & Malik, M. L. (eds., 2002): Rethinking the DSM - A Psychological Perspective. Washington: American Psychological Association.
- Carson, R. C. (1996): Aristotle, Galileo, and the DSM Taxonomy: The Case of Schizophrenia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 1133-1139.
- Galli, G. (1999): Psychologie der sozialen Tugenden. Wien: Böhlau.
- Houts, A. C. (2002): Discovery, Invention, and the Expansion of the Modern Diagnostic and Statistical Manuals of Mental Disorders. In: Beutler & Malik (eds., 2002), 17-65.
- Hutterer-Krisch, R. (Hrsg., 1996): Fragen der Ethik in der Psychotherapie. Wien, New York: Springer (2. aktualisierte Auflage 2001).
- Kihlstrom, J. F. (2002): To Honor Kraepelin...: From Symptoms to Pathology in the Diagnosis of Mental Illness. In: Beutler & Malik (eds., 2002), 279-303.
- Kriz, J. (1985): Grundkonzepte der Psychotherapie. Weinheim: PVU (5. Aufl. 2001).
- Kriz, J. (1996): Zum Verhältnis von Forschung und Praxis in der Psychotherapie. Psychotherapie Forum, 4, 163-168.

⁸ Dem Mythos, dass es sich dabei um einen klar umrissenen Begriff handle, der allgemeinen Kriterien für eine Definition genügen würde, kann etwa die Lektüre von Mazals ausführlicher und scharfsinniger Analyse des Krankheitsbegriffs im österreichischen Krankenversicherungswesen abhelfen - vgl. Mazal 1992.

- Laireiter, A.-R. (Hrsg., 2000): Diagnostik in der Psychotherapie. Wien, New York: Springer.
- Lanske, P., & Pritz, A. (Hrsg., 2002): Das psychotherapeutische Gutachten. Wien: LexisNexis.
- Lewin, K. (1929): Die Entwicklung der experimentellen Willenspsychologie und die Psychotherapie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft. Zweitaufgabe 1970 im gleichen Verlag.
- Lewin, K. (1931): Der Übergang von der aristotelischen zur galileischen Denkweise in Biologie und Psychologie. Erkenntnis, 1, 421-466. Enthalten in Lewin 1981, 233-278.
- Lewin, K. (1963): Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Ausgewählte theoretische Schriften. Bern und Stuttgart: Verlag Hans Huber.
- Maibaum, M. (2001): A Lewinian Taxonomy of Psychiatric Disorders. Gestalt Theory, 23(3), 196-215.
- Mazal, W. (1992): Krankheitsbegriff und Risikobegrenzung. Eine Untersuchung zum Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung. Wien: Braumüller.
- Metzger, W. (1962): Schöpferische Freiheit. Frankfurt: Waldemar Kramer (2., umgearbeitete Auflage).
- Plaum, E. (1989): Psychodiagnostik in der Tradition der Lewin-Schule. Gestalt Theory, 11(2), 122-155.
- Plaum, E. (1992): Psychologische Einzelfallarbeit. Stuttgart: Enke.
- Plaum, E. (1996): Einführung in die Psychodiagnostik. Darmstadt: Primus-Verlag.
- Plaum, E. (2000): DSM-IV und ICD-10 als Grundlagen psychologisch-klinischer Diagnostik? Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 21, 125-165.
- Pritz, A., Petzold, H. (Hrsg., 1992): Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Paderborn: Junfermann.
- Pritz, A. (Hrsg., 1996): Psychotherapie - eine neue Wissenschaft vom Menschen. Wien/New York: Springer.
- Ruh, M. (1999): Diagnosis in Gestalt Theoretical Therapy - Map or Territory. Studies in Gestalt Therapy, No. 8, 1999, pp. 292-93
- Soff, M. (1990): Psychologische Diagnostik und Begutachtung unter gestalttheoretischem Blickwinkel. Gestalt Theory, 12(1), 33-45.
- Soff, M., Ruh, M., & Zabransky, D. (2004): Gestalttheorie und Feldtheorie. In: M. Hochgerner u.a. (Hg.), Gestalttherapie. Wien: Facultas, 13-36.
- Stemberger, G. (2001): Eine Taxonomie psychischer Störungen in der Tradition der Lewin-Schule? Gestalt Theory, 23(3), 216-226.
- Stemberger, G. (Hrsg., 2002): Psychische Störungen im Ich-Welt-Verhältnis. Gestalttheorie und psychotherapeutische Krankheitslehre. Wien: Krammer.
- Walter, H.-J. P. (1977): Gestalttheorie und Psychotherapie. Opladen: Westdeutscher Verlag (3. Aufl. 1994).
- Walter, H.-J. P. (1996): Angewandte Gestalttheorie in Psychotherapie und Psychohygiene. Opladen: Westdeutscher Verlag