

1 Die Diagnose

»Er erhielt zahlreiche Diagnosen. Es hat ihm nichts geholfen.«
Joe Wright: *Der Solist*

1.1 Was ist eine Diagnose?

Der Begriff Diagnose unterliegt einer ständigen Reflexion, sowohl auf theoretischer Ebene als auch in seiner Funktion als nützliches Werkzeug des Therapeuten. Hierbei geht es auch um die Frage, ob es eine Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit gibt und ob diese Bereiche deutlich voneinander getrennt sind. Die Ansichten hierzu sind sehr unterschiedlich. Jerzy Aleksandrowicz (2013) etwa meint, dass

»man mehr oder weniger krank sein kann, diese Kategorie scheint abstuftbar zu sein, Gesundheit dagegen wird eher als Zustand definiert und zwar als nicht abstuftbarer Zustand.«²

Die Behauptung allerdings, dass

»ein Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit existiert«,

bezeichnet Aleksandrowicz als Irrtum.

Andere Ansichten betonen dagegen, dass der Übergang zwischen Gesundheit und Krankheit fließend sei, oder, anders ausgedrückt: Jeder ist ein bisschen gesund und ein bisschen krank. Wichtig ist jedoch, an welchem Ende des Kontinuums (Gesundheit oder Krankheit) die Person näher ist, mit der wir arbeiten, in welche Richtung sie sich bewegt, ob sie gesund wird oder ob ihre Gesundheit leidet (Klajs 2011).

Es lohnt, sich mit der Frage zu befassen, was der Begriff Diagnose bedeutet und welchen Zielen er dient. Bogdan de Barbaro (2013) unterscheidet fünf Funktionen der Diagnose. Dementsprechend stellt die Diagnose Folgendes dar:

² Wo deutsche Übersetzungen bereits vorlagen, wurde daraus zitiert. Zitate, die aus englisch- oder polnischsprachigen Quellen entnommen sind, wurden im Zuge der Übersetzung dieses Werkes mitübersetzt.

- Sie ist Ausgangspunkt für ein Gespräch zwischen Therapeuten und hilft ihnen, sich untereinander zu verständigen. Die Diagnose stützt sich auf die Beschreibung der Symptome.
- Sie drückt die Macht desjenigen aus, der sie stellt. Wer eine Diagnose stellt, verfügt über Wissen, womit auch Macht einhergeht (Foucault 1987). Eine qualifizierte Person stellt eine Diagnose bei einer weniger qualifizierten Person. Eine Person, die als gesund gilt, stellt eine Diagnose bei einer erkrankten Person.
- Die Diagnose übernimmt die Funktion eines Vermittlers zwischen dem Klienten und den Institutionen, die für die Vergabe von Sozialleistungen verantwortlich sind, wie z. B. Rentenstellen, die über Berentung oder Arbeitsunfähigkeit entscheiden oder Institutionen, die über besondere Prüfungsbestimmungen oder sonderpädagogische Förderung entscheiden.
- Sie dient der medizinischen Statistik und vereinfacht die Planung im Gesundheitswesen.
- Bei der Funktion der Diagnose spielt auch eine Rolle, dass die Einteilung in gesund und krank festgelegt und in der Kultur verankert ist und sich darüber hinaus in Abhängigkeit von Ort und Zeit verändert.

Es mag überraschen, dass unter den hier angeführten Funktionen nicht auch auftaucht, dass die Diagnose zu einer Verbesserung der Verständigung zwischen Therapeut³ und Klient führen sollte. Diese Funktion der Diagnose ist wohl eher Wunschenken als Realität (Dyga i Opoczyńska 2015a).

Die Diagnose ist also sowohl für den Therapeuten als auch für den Klienten von Nutzen. Auch für Institutionen, die zwischen Therapeuten und Klienten vermitteln, ist die Diagnose wichtig. Eine Diagnose zu stellen ist in dem Sinne also wie ein unverzichtbares Ritual. Das Gesundheitssystem beginnt zu handeln, und der Therapeut erhält von der vermittelnden Behörde das Honorar für seine Arbeit. Im Prinzip ist dies eine logische Abfolge: Ohne Diagnose gibt es keine Krankheit, ohne Krankheit keine Behandlung und ohne Behandlung kein Gehalt. Das mag zwar ganz vernünftig erscheinen, es stützt sich jedoch auf

³ Bei der Verwendung des Begriffs Therapeut beziehe ich mich im gesamten Buch auf den Beruf des Therapeuten, unabhängig vom Geschlecht der Person, die diesen Beruf ausübt. Ebenso verwende ich hier den Begriff Klient bzw. Patient für Hilfesuchende unabhängig ihres Geschlechts.

die zweifelhafte Annahme, dass so etwas wie Verhaltensstörungen oder leichte depressive Episoden tatsächlich auch existieren. Dabei sind das nur theoretische Begriffe, in Wirklichkeit gibt es nichts dergleichen, zumindest nicht in dem Sinne, in dem man beispielsweise präzise einen Bruch des Oberschenkelknochens oder Darmkrebs diagnostizieren kann. Die Diagnose dient also dazu, den Klienten für administrative und statistische Zwecke zu klassifizieren.

Eine andere Frage ist die, ob die Beschreibung des Klienten und die diagnostischen Betrachtungen ein Erkennen der Wahrheit oder zumindest eine Annäherung daran ermöglichen sollten – der Wahrheit in Bezug auf Mechanismen und Ursachen der Störung. Dienen diagnostische Untersuchungen auch dazu, Lösungen und anwendbare Möglichkeiten zu finden, die im Therapieprozess hilfreich sein können? Wie Adamowicz (2014) betont, sollte die »natürliche Sensibilität des Begriffs Wahrheit« diesen Begriff nicht aus der Psychotherapie verbannen, sondern zu einer sorgfältigen und umsichtigen Unterscheidung zwischen der Sprache und der mithilfe der Sprache beschriebenen Wirklichkeit führen.

Auch über die Konsequenzen, die ein Erweitern des Bereichs der psychiatrischen Diagnose nach sich zieht, sollte nachgedacht werden. Dieses Phänomen wird seit Jahren beobachtet. Die neuen Ausgaben des Klassifikationssystems für psychische Störungen (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*) zählen immer mehr Seiten und enthalten immer mehr Krankheitsbilder – ein Ausdruck der Medikalisierung des Lebens, die metaphorisch zuweilen auch als »psychiatrischer Imperialismus« bezeichnet wird. Eine viel diskutierte negative Folge dieses Phänomens ist das Relativieren und Minimieren des Bereichs des Bösen, verursacht dadurch, dass man das Böse in den Kategorien einer Krankheit beschreibt. Eine weitere Folge besteht darin, dass Verhaltensweisen in Kategorien der Pathologie beschrieben werden, die in früheren Zeiten einfach als Charaktereigenschaften einer Person galten. Was heute beispielsweise soziale Angst genannt wird, war früher einfach Schüchternheit.

Krankheitsbilder in der Psychiatrie sind nichts anderes als theoretische Konstrukte, die willkürlich von einer ausgewählten Gruppe von Spezialisten angenommen und in Kategorien und Unterkategorien eingeteilt wurden. Die Einteilung ist festgelegt, und die Klassifizierungen ändern sich alle paar Jahre. Neue Krankheitsbilder tauchen auf, andere wiederum werden von der Liste gestrichen. Bei dieser

festgelegten und in bestimmten Zeitabständen korrigierten Liste von Krankheitsbildern handelt es sich wohl eher um eine in einem bestimmten Kreis von Fachleuten getroffene Vereinbarung, um eine Übereinkunft, die definiert, wie gewisse Erscheinungen in den folgenden Jahren beschrieben und benannt werden sollen.

Allerdings droht es, gefährlich zu werden, wenn willkürlich definierte Begriffe als Wirklichkeit angenommen werden. Im Kontext der im ericksonschen Ansatz verwendeten Termini wäre dies eine Halluzination – die Idee wird mit der Wirklichkeit verwechselt. Für die Klienten aber entstehen hierdurch reale Einschränkungen oder reale Vorteile. Sie sind Folge von Entscheidungen der Verwaltungsorgane oder Krankenkassen, die genau auf diesen nosologischen Klassifizierungen basieren. Werden beispielsweise bestimmte Verhaltensweisen eines Kindes als Schulphobie diagnostiziert, kann das zur Folge haben, dass sonderpädagogische Förderung, Hausunterricht oder eine medikamentöse Therapie empfohlen wird. Die gleichen Verhaltensweisen des Kindes aber, dargestellt als Reaktion auf Ängste bei der Mutter sowie deren individueller Dynamik, die in einem bestimmten Moment im Familienlebenszyklus verstärkt auftritt, führen zu Überlegungen bezüglich einer Einzeltherapie der Mutter oder einer Familientherapie.

Jay Haley (Yapko 2007) beschreibt einen weiteren demotivierenden Aspekt der psychiatrischen Diagnose. Manche Diagnosen lassen annehmen, dass eine Heilung des Klienten schwierig oder gar unmöglich sei. Diagnosen wie etwa Borderline-Persönlichkeit, Schizophrenie oder Autismusspektrumsstörung führen dazu, dass viele Therapeuten mehr die Krankheit sehen (die in diesem Fall nicht Wirklichkeit, sondern nur ein theoretisches Konstrukt – eine Zusammenstellung von Ideen ist) als die reale Person. Normalerweise ist es möglich, einem Menschen dabei zu helfen, zumindest einige Verhaltensweisen zu ändern, besonders, wenn systembedingte zwischenmenschliche Beziehungen berücksichtigt werden. Jemanden dagegen von einer Krankheit zu heilen, die als nicht therapierbar gilt, ist bedeutend schwieriger. Solch eine Diagnose erschwert das Wahrnehmen der Person und erzeugt beim Therapeuten oft ein Gefühl von Machtlosigkeit.

Verhaltensweisen in Kategorien einzuordnen, die als Symptome bezeichnet werden und diese dann höheren Kategorien zuzuordnen, die man psychische Störungen nennt, führt zuweilen dazu, dass sich der Therapeut und oft auch der Klient erst einmal beruhigt fühlt. Der Klient ist überzeugt, dass der Therapeut, der ja schließlich eine

Diagnose gestellt hat, auch entsprechende Behandlungsmethoden anwenden wird. Hierdurch scheint die Wirklichkeit verständlicher, die Illusion, man könne die Welt durch ihre Strukturierung besser verstehen, erleichtert die Arbeit.

Das Stellen einer Diagnose kann als Prozess gesehen werden, in dem der Therapeut den Klienten kennenlernt. Er macht sich mit der Person, die er untersucht, vertraut. Betrachtet man den Diagnoseprozess als Weg zum Kennenlernen einer Person, so wird klar, dass es nicht nur darum geht, beim Klienten Symptome und Beschwerden zu erkennen. Vielmehr geht es darum, dass eine Basis geschaffen wird, um sowohl den Klienten zu verstehen als auch das, was durch seine Symptome zum Ausdruck kommt.

Der Therapeut trägt aktiv Informationen über den Klienten zusammen und entscheidet dabei, welche er für wichtig erachtet. Dieser Prozess ruft wiederum eine Reaktion bei der untersuchten Person hervor, so wie immer, wenn Interesse an einer anderen Person gezeigt wird. Der Klient, den der Therapeut untersucht, ist kein passives Objekt des Interesses, sondern gestaltet aktiv den Inhalt der Informationen, die er über sich selbst liefert. Einige Informationen gibt er preis und baut sie aus, andere wiederum werden zurückgehalten oder nur begrenzt preisgegeben. Dieser Prozess ist ein komplexer beidseitiger (oder im Fall einer Familiendiagnose ein vielseitiger) Austausch. Mit der Zeit üben beide Seiten zunehmend Einfluss aufeinander aus.

Wichtig ist auch die Frage, was im Endeffekt vom Therapeuten diagnostiziert wird: Gesundheit oder Krankheit. Im ersten Fall konzentriert sich der Therapeut mehr auf die Beschreibung der Ressourcen, der Stärken sowie auf Lösungen, die früher beim Klienten gut funktioniert haben. Im zweiten Fall richtet er seine Aufmerksamkeit vor allem auf den Bereich der Beschwerden, des Unvermögens und der Einschränkungen des Klienten.

1.2 Die Diagnose in der Psychotherapie

Den ersten wichtigen Schritt im Diagnoseprozess bildet die Entscheidung des Therapeuten darüber, ob eine Psychotherapie als Hilfestellung für den Klienten geeignet ist. Alle Überlegungen in diesem Buch beziehen sich auf den Teil des Diagnoseprozesses, in dem über die Strategie der therapeutischen Arbeit entschieden wird. Die Entschei-

dung, dass eine Psychotherapie durchgeführt werden soll, wurde hier bereits getroffen.⁴

Stellt der Therapeut im Rahmen einer Psychotherapie eine Diagnose, so sollte er sich von anderen Funktionen der Diagnose (z. B. von statistischen oder mit dem Erhalt von Leistungen im sozialen oder medizinischen Bereich zusammenhängenden Funktionen), mit denen der Diagnoseprozess und die Auswirkungen dieses Prozesses verknüpft sind, befreien. Wichtig ist es dagegen, die spezifischen diagnostischen Aspekte, die in der Psychotherapie von Bedeutung sind, zu stärken.

Die Arbeiten von Milton H. Erickson lassen ein pragmatisches Konzept bezüglich der Diagnostik erkennen. Die Probleme des Klienten werden auf eine Weise definiert und beschrieben, die eine praktische Lösung dieser Probleme ermöglicht (Reichport-Haley a. Carlson 2010).

Die Diagnose, mit der wir es für gewöhnlich in der Psychologie und vor allem in der Psychiatrie zu tun haben, unterliegt hinsichtlich des psychotherapeutischen Prozesses drei wesentlichen Einschränkungen:

- Sie konzentriert sich auf Defizite des Klienten (sie beschreibt Krankheit und nicht Gesundheit, Symptome und nicht Ressourcen).
- Sie konzentriert sich übermäßig auf die Vergangenheit.
- Sie bezieht sich auf den Einzelnen und ignoriert das soziale System.

Die Diagnose im traditionellen Sinne konzentriert sich also auf die Psychopathologie. Sie bezieht sich auf die Symptome, deren Genese und Gegebenheiten. Das Wissen um Symptomatik und Defizite ist jedoch nicht ausreichend, um eine Psychotherapie zu beginnen. Der Therapeut benötigt breitere Kenntnisse, die sowohl die Defizite als auch die Chancen und Möglichkeiten des Klienten, sein Entwicklungspotenzial und seine Perspektiven einbeziehen.

Der zweite Punkt benennt die Konzentration der Diagnose auf die Vergangenheit. Ein auf die Vergangenheit bezogenes Narrativ ergibt

⁴ Die diagnostischen Aspekte anzuführen, die für eine Psychotherapie sprechen, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen und eine eigene Abhandlung erfordern.

nur dann einen Sinn, wenn das Erzählte auch Entwicklungsmöglichkeiten und Potenzial des Einzelnen (und des Systems) aufzeigt. Auf diese Weise wird deutlich, welche Strategien erfolgversprechend sind und welche der Klient besser meiden sollte, da sie sich in der Vergangenheit als nicht wirksam herausgestellt haben.

Erickson meint

»... in der Therapie geht es vor allem darum, dass die Menschen lernen, adäquat zur Wirklichkeit, in der sie leben, zu funktionieren. Die Rahmenbedingungen der Wirklichkeit werden durch simple Tätigkeiten bestimmt, die sowohl die Gegenwart berücksichtigen, als auch die Zukunft, die erwartet wird. Diese Tätigkeiten beziehen sich auf den Alltag und sind mit dem Leben verbunden, wie zum Beispiel die Nahrungsaufnahme« (Haley 1985, p. 8).

Nutzt der Therapeut einen Teil seiner Arbeit dazu, die Vergangenheit des Klienten zu untersuchen, so richtet sich seine Aufmerksamkeit – und damit auch die Aufmerksamkeit des Klienten – auf Vergangenes. In den seltensten Fällen beginnen Klienten eine Therapie, um zu verstehen, welche Vorfälle und vergangenen Ereignisse ihr Leiden verursacht haben. Solche Anforderungen werden dagegen im Verlauf von Lehrtherapien oft vonseiten des Therapeuten gestellt. Personen, die sich für von einer Krankheit betroffen halten mit einer bestimmten Diagnose zur psychotherapeutischen Behandlung überwiesen werden, erwarten eine Verbesserung ihres Befindens, möchten gesund werden und, nachdem sie die Therapie abgeschlossen haben, ein besseres Leben führen.

Die meisten Ausbildungssysteme und Zertifizierungscurricula verlangen eine Therapie des Therapeuten selbst. Dies gründet in der Annahme, dass das Kennenlernen der eigenen Person, der eigenen Einschränkungen und des eigenen Potenzials eine notwendige Erfahrung und die stetige Selbstreflexion in diesem Beruf unverzichtbar sind. Um diese Aktivitäten von einer Therapie zu unterscheiden, die ein Klient beginnt, werden hierfür Begriffe wie Lehrtherapie oder Selbsterfahrung verwendet. Therapeuten hegen zwar zu Beginn ihres Berufslebens oft eine innere Abneigung gegen diese Anforderungen, geben ihnen aber formal dennoch nach. Sie haben diesbezüglich auch keine Wahl. Eine mögliche Strategie, sich dem Druck dieser von außen auferlegten Anforderungen zu widersetzen, besteht in der Flucht in Vergangenheitsbezüge. Es scheint viel unverfänglicher zu sein, Ver-

gangenes zu analysieren, als sich mit der Gegenwart auseinanderzusetzen. Ein Therapeut mit über dreißigjähriger Berufserfahrung beschrieb nach vielen Jahren seine eigene Therapie so:

»Einmal pro Woche ging ich zu meiner eigenen Therapie. Dies war langwierig. Es hat sich nichts geändert, wir haben viel analysiert – vor allem die Vergangenheit. Ich war sehr frustriert. Ich hatte den Eindruck, meine Therapeutin ebenso. Einmal sagte sie: ›Eric, ich habe eine gute Nachricht für dich, in drei Monaten gehe ich in Rente. Ich habe nicht die Absicht, auch nur einen Tag länger zu arbeiten. Um dich zu ändern, bräuchte man wahrscheinlich eine Atombombe.‹ Ich ging nach Hause. Die Worte der Therapeutin ließen mir keine Ruhe und zum ersten Mal dachte ich darüber nach, was ich selbst von der Therapie erwartete. In den nächsten drei Monaten machte ich mehr, als in den vorhergehenden sieben Jahren« (Greenleaf 2015).

Das hier beschriebene Beispiel illustriert auch gut, welche Rolle die Motivation im Veränderungsprozess spielt. Dieser Frage widmet sich Kapitel 6.

Martin Seligmann (2009) betont, dass die Vergangenheit in der Psychotherapie auch deshalb überbewertet wird, weil wissenschaftliche Instrumente fehlen, um mögliche zukünftige Ereignisse vorherzubestimmen, während umgekehrt unzählige Untersuchungen dazu existieren, wie Ereignisse aus der Vergangenheit das spätere Funktionieren beeinflussen.

All denen, die mit Kindern, Jugendlichen und Familien zusammenarbeiten, dürften die Schwierigkeiten, die dabei auftreten, wenn man sich auf ein Individuum konzentriert, wohlvertraut sein. Im Entwicklungsprozess lässt sich keine Störung als Norm oder Krankheit an sich beschreiben, alles muss im Kontext der Familie und der Situation betrachtet werden. Manchmal weicht das Verhalten eines Kindes, das laut psychiatrischer Diagnose als krank gilt, im Schulalltag überhaupt nicht vom Verhalten der anderen Kinder ab. Das Kind erzielt gute Leistungen und zeigt keinerlei Auffälligkeiten. Dagegen verhält es sich zu Hause und außerhalb der Schule aggressiv oder autoaggressiv. Ärzte und Lehrer können den Erzählungen der Eltern kaum glauben. Natürlich gibt es auch die umgekehrte Variante: Das Kind verhält sich zu Hause völlig unauffällig, zeigt jedoch im schulischen Umfeld ein von seinen Altersgenossen derart abweichendes Verhalten, dass es bei den Pädagogen Besorgnis und Unruhe hervorruft. Die Eltern dagegen

sind erstaunt, was die Lehrer über ihr Kind zu berichten haben. Ohne den situationsbedingten und sozialen Kontext ist dies nur schwer zu verstehen. Jay Haley beschreibt Erfahrungen von Therapeuten, die mit Familien zusammenarbeiten, folgendermaßen:

»Die Symptome einer einzelnen Person sind adäquat zur aktuellen Familiensituation. Das ist ein überzeugendes Argument dafür, diese Situation zu ändern« (Elkaim 2007, p. 138).

Hier ist eine Diagnose erforderlich, die das gesamte familiäre System einbezieht.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob die Diagnose bei einer, zwei oder mehreren Personen gestellt werden soll, die zur selben Zeit leiden und derselben Familie angehören. Sobald der Therapeut gezwungen ist, einen breiteren Kontext als nur den einer Einzelperson zu berücksichtigen, stellt sich die Frage, was in den Diagnoserahmen fällt: Die Familie, ein über die Familie hinausgehendes System, oder auch die gegenseitigen Beziehungen zwischen diesen beiden Elementen.

1.3 Diagnose und Suggestion

»Möchten Sie den Klienten bereits bei der zweiten Therapiesitzung zu seiner Vergangenheit befragen, dann sollten Sie dafür einen wirklich triftigen Grund haben.«
Norma Barretta

Die Beziehung zwischen der Person, die die Diagnose stellt und der Person, bei der die Diagnose gestellt wird, ordnet sich in einen breiteren Kontext hinsichtlich der Beziehung von Beobachter und beobachtetem Objekt ein. Auf der einen Seite dieser Beziehung steht die Forderung, dass der Beobachter dem beobachteten Objekt gegenüber neutral bleiben sollte, dass er nicht modifiziert und keinerlei Einfluss nimmt, sondern ausschließlich registriert.

Auf der anderen Seite dagegen steht die Überzeugung, dass durch den bloßen Fakt der Interaktion Beobachter und beobachtetes Objekt in einer solch starken Beziehung zueinander stehen, dass sie ohne einander gar nicht existieren würden. Die Position eines objektiven Beobachters, der keinen Einfluss auf den beobachteten Raum nimmt, ist somit reine Illusion. Die heisenbergsche Unschärferelation sagt

aus, dass man Eigenschaften von Objekten unmöglich definieren kann, solange keine Beobachtung erfolgt. Dieses Prinzip gilt zwar für die Quantenphysik, kann aber auch hier als sinnvolle Metapher dienen. Der Therapeut, der den Klienten kennenlernt und beschreibt, beeinflusst den Klienten und wird gleichzeitig auch selbst von ihm beeinflusst.

Ähnlich ist auch die Musik nicht nur eine präzise Aufzeichnung von Noten, sondern eine subjektiv erlebte innere Erfahrung des Zuhörers. So sind die Erfahrungen zweier Personen, die dasselbe Musikstück gehört haben, in ihrem Wesen nicht miteinander vergleichbar. Ein jeder erlebt die Musik individuell. So verleiht allein der Empfänger – durch den bloßen Akt des Zuhörens – den Tönen einen einzigartigen inneren Klang (Botstein 2014). Ebenso behaupten viele Künstler, die im Bereich der bildender Kunst tätig sind, dass ihre Arbeit lediglich den Rahmen darstellt, den Ausgangspunkt für einen Dialog mit dem Empfänger. Ohne diesen Dialog existiert die Arbeit nicht. Der Betrachter belebt das Bild durch seine ganz individuelle Wahrnehmung, er verleiht dem Werk einen eigenen und einmaligen Ausdruck. Da jeder Betrachter eine andere Sichtweise hat, kann niemals nur von einem Kunstwerk gesprochen werden, vielmehr existieren so viele Werke, wie es Betrachter gibt (Rottenberg 2016).

Der Diagnoseprozess kann auch als Raum zwischen zwei Polen betrachtet werden: Zwischen dem Pol der völligen Neutralität des Therapeuten und dem Pol einer absoluten Abhängigkeit beider Seiten voneinander.

Trägt der Therapeut Informationen zum Klienten zusammen, so ist er weder objektiv noch neutral. Unmöglich ist aber auch, dass der Therapeut am entgegengesetzten Pol verweilt, an dem beide Seiten des Diagnoseprozesses – der Therapeut und der Klient – in einem Maße voneinander abhängig sind, das ein Kennenlernen der jeweils anderen Person ausschließt. Der Klient existiert schließlich unabhängig vom Therapeuten und der Therapeut unabhängig vom Klienten. Sowohl die Beschwerden als auch das gesundheitsförderliche Potenzial der erkrankten Person existieren unabhängig davon, ob sich diese im Diagnose- und Therapieprozess befindet oder nicht.

Begegnen sich unterschiedliche Personen und treten in eine Interaktion miteinander, beeinflussen sie sich gegenseitig. Lernt der Therapeut eine Person mit Beschwerden kennen, sollte er sich dessen bewusst sein, dass beim Diagnoseprozess und durch die Diagnose,

die gestellt wurde, immer eine Einflussnahme auf den Klienten stattfindet. Dieser Einfluss zeigt sich auf unterschiedliche Art.

Ein Teil der Informationen, auf deren Grundlage die Diagnose gestellt wird, stammt aus den Antworten des Klienten auf die Fragen, die ihm gestellt wurden. Jede Frage, jede Intervention des Therapeuten steuert die Aufmerksamkeit des Klienten und übt somit Einfluss auf ihn aus. Die Psychotherapie kann als Prozess beschrieben werden, der die Aufmerksamkeit des Klienten in Richtung Gesundheit lenkt. In jeder Frage des Therapeuten ist eine Suggestion enthalten, zumindest die Suggestion, dass das, wonach der Therapeut fragt, wichtig für die Therapie ist. Wenn viele Fragen zur Vergangenheit gestellt werden, wird damit suggeriert, dass frühere Geschehnisse eine grundlegende Bedeutung für Gesundheit und Heilung haben. Stellt der Therapeut Fragen zur Familie und zu Beziehungen zu nahestehenden Personen, dann lautet die unterschwellige Suggestion, dass familiäre und systemische Aspekte wichtig sind. Fragen zur Sexualität suggerieren, dass dieser Bereich von Bedeutung ist, Fragen zu Gefühlen unterstreichen die Wichtigkeit von Emotionen und Fragen zum Verständnis die Bedeutung kognitiver Prozesse. Genauso verhält es sich, wenn der Therapeut bestimmte Dinge nicht erfragt, dazu schweigt oder auf ein vom Klienten angesprochenes Thema nicht weiter eingeht. Damit sendet der Therapeut die Botschaft, dass dieses Gebiet nicht so wichtig sei. Spätestens mit der ersten Frage, die er dem Klienten stellt, entfernt sich der Therapeut von seiner Neutralität, vom objektiven Zusammentragen von Daten. Durch den Inhalt der Fragen, die Zeit, die er den einzelnen Themen widmet, durch die Art und Weise der Gesprächsführung sowie durch sich verstärkende oder abflauende Reaktionen, steuert der Therapeut (bewusst oder unbewusst) die Aufmerksamkeit der Person, mit der er sich im Gespräch befindet. Informationen zusammenzutragen ist nur scheinbar eine neutrale Tätigkeit. Indirekt präsentiert der Therapeut hierbei seine Ansichten zum Thema Gesundheit und Krankheit sowie zu seinem eigenen Wertesystem.

Selbst wenn der Therapeut während der ersten Sitzung nur wenige Fragen stellt, so suggeriert er doch indirekt, indem er bei gewissen Erzählsträngen länger oder aufmerksamer zuhört als bei anderen, was hörensenswert und somit wichtig ist. Auf diese Weise beeinflusst er während der Therapiesitzung die Aufmerksamkeit des Klienten.

Auch das Zusammentragen von Informationen besitzt therapeutisches Potenzial, da hierbei die Aufmerksamkeit in Richtung des ge-

wünschten Ziels gelenkt werden kann, wodurch das Erreichen dieses Ziels näher rückt.

Als Resultat des Diagnoseprozesses kann es dazu kommen, dass sich das Identitätsgefühl des Klienten verändert. Infolge der medizinischen Diagnose erfährt sich der Klient nicht nur als Person, die etwa an einer hartnäckigen und langwierigen Erkrankung leidet, sondern nimmt sich selbst als Alkoholiker (oder als erwachsenes Kind eines Alkoholikers) wahr, als Bulimikerin oder Epileptiker. Indem sie sich mit der Krankheit identifizieren, beschränken viele Menschen ihre Aktivitäten nicht nur auf eine Weise, die sich mit der Sorge um ihre Gesundheit begründen lässt, sondern ziehen sich aus vielen weiteren Lebensbereichen zurück. Oft geschieht dies ohne medizinische Notwendigkeit, sondern ist Ausdruck einer falschen und eingeschränkten Persönlichkeitsperspektive. Das Thema Persönlichkeitsaspekte der Diagnose ist besonders bei jungen Menschen wichtig, da sie gerade erst damit beginnen, ihr Selbstbild zu entwickeln. Auch in besonderen Entwicklungsmomenten, wenn das bisherige Selbstbild Veränderungen unterliegt, sollten derartige Überlegungen zum Thema berücksichtigt werden. Hier sind beispielsweise Veränderungen als Folge biologischer Prozesse wie Menopause oder Andropause gemeint, oder wichtige Ereignisse im Leben, wie etwa Mutterschaft oder Vaterschaft, Arbeitsplatzverlust, Eintritt ins Rentenalter oder Tod des Lebenspartners.

Die Diagnose, die ein Klient vernimmt, kann eine beruhigende Wirkung haben oder aber, ganz im Gegenteil, seine Besorgnis noch verstärken. Nachdem ihnen ihre Diagnose mitgeteilt wurde, atmen viele Klienten erst einmal erleichtert auf. Sie sind (wenn auch unbewusst) der Meinung, dass, wenn der Therapeut »weiß, was mit mir los ist, er auch weiß, wie man das therapieren kann. Er hat bei mir eine Krankheit festgestellt und gegen jede Krankheit gibt es schließlich Medikamente.« Zahlreiche Klienten hingegen machen sich Sorgen. Sie verleihen der vernommenen Diagnose eine negative Bedeutung, vor allem, wenn das Internet als Quelle aller möglichen Katastrophenszenarien zurate gezogen wird.

Es ließe sich die Aussage wagen, dass die Neutralität des Therapeuten wohl eher eine Illusion ist oder im besten Falle eine unmöglich zu erfüllende und dadurch zweifelhafte Forderung.

Das Zusammentragen von Informationen und das Untersuchen des Klienten verlaufen nicht spurlos, sie beinhalten Suggestionen

und führen zu Veränderungen bei der Person, die untersucht wird. Die Aktivitäten des Therapeuten, der Informationen zum Klienten sammelt, greifen also in das untersuchte Gebiet ein und verändern es.

Wichtig ist auch die Frage nach der Parallelität von Diagnose- und Therapieprozess unter den eben behandelten Gesichtspunkten der Suggestion. Manche Therapeuten bemühen sich, den Diagnose- vom Therapieprozess zu trennen. Solch ein Konzept würde bedeuten, dass zuerst die Diagnose gestellt und später eine Hypothese aufgestellt und verifiziert wird. Danach wird ein therapeutischer Handlungsplan bestimmt und im nächsten Schritt mit der Therapie begonnen. Dieses Konzept stützt sich auf die Argumentation, dass es schließlich unmöglich sei, eine Behandlung durchzuführen, wenn nicht bekannt ist, was behandelt werden soll.

Eine solche Denkweise ist Ausdruck eines linearen Zeitverständnisses, obwohl ein lineares Zeitverständnis bei Weitem keine Selbstverständlichkeit ist.

Alltägliche klinische Erfahrungswerte zeigen, dass Diagnose- und Therapieprozess parallel verlaufen und miteinander, auch zeitlich, verbunden sind. Die zeitliche Parallelität dieser beiden Prozesse, der Diagnostik und der Therapie, zeigt sich beispielsweise dann, wenn der Therapeut die Reaktionen des Klienten bereits beobachtet, während er noch mit dem Zusammentragen von Informationen beschäftigt ist. Dies schafft die Möglichkeit schneller Interventionen und verkürzt den Behandlungsprozess.

Das in diesem Buch vorgestellte Diagnosekonzept wurde zum Gebrauch der Psychotherapie erstellt. Ziel ist es, dass der Therapeut mithilfe der diagnostischen Reflexion nützliche Hinweise dazu erhält, wie er vorgehen kann, damit diese seine weitere therapeutische Arbeit lenkt.

1.4 Die Diagnose in der ericksonschen Therapie

Wie Joseph R. Dunn (2006, p. 56) betont, erinnert der Begriff Diagnose sehr stark an die Beschreibung von Psychopathologie, in deren Rahmen eine bestimmte Krankheit diagnostiziert wird. Das Verständnis für den Klienten beschränkt sich meist darauf, dass er eine statistische Nummer für seine Krankheit erhält, und damit hat sich die Sache oft auch schon erledigt. Als Beispiel nennt der Autor den Umgang mit der Diagnose Depression. Infolge einer solchen Diagnose