

## Zusammenfassung

*Auch Familientherapeuten sehen sich zunehmend vor die Notwendigkeit gestellt, Diagnosen zu erstellen. Wie verträgt sich dies mit der eigentümlichen professionellen Leistung, Symptome in Beziehungen aufzulösen? Hier wird der Vorschlag gemacht, therapeutische Interaktion und Diagnoseerstellung als Systeme aufzufassen, die füreinander Umwelten bilden, aber nicht ineinander aufzulösen sind. Diese Position wird durch empirische Befunde aus der Psychotherapieforschung gestützt. Danach erweisen sich Diagnosen als abhängige Variablen der Interaktion. Es werden Überlegungen zu einer Einbettung diagnostischer Vorgehensweisen in ein Professionalisierungskonzept skizziert.*

# Sprachliche Interaktion und Diagnosen

Überlegungen zu einem System-Umwelt-Verhältnis der Profession anhand einiger empirischer Befunde

Michael B. Buchholz  
Göttingen

„Niemand leugnet in abstracto, daß Wörter vieldeutig und ohne klare Grenzen sind, aber keiner beachtet die Tragweite und die Folgen dieser Erscheinung. Allenthalben werden erbitterte Kämpfe geführt, die durch Erledigung einiger terminologischer Vorfragen sich ohne weiteres als gegenstandslos enthüllen würden. Diese Streitenden gleichen Naturforschern, die sich immer wieder wundern, daß ihre Beobachtungen nicht zusammenstimmen wollen, die aber nie auf den Gedanken kommen, die benutzten Mikroskope und Meßinstrumente auf ihre Fehlerquellen hin zu prüfen.“

„Jede interessante Unterhaltung setzt als Stimulans eine gewisse Unklarheit und gegenseitiges Mißverstehen voraus: alles klar heißt alles zu Ende.“

(Karl Otto Erdmann im Jahre 1900 in seinem Aufsatz „Die Bedeutung des Wortes“. Reprint 1966 Wissenschaftl. Buchgesell., Darmstadt. Zit nach Hülzer-Vogt 1991).

## Re-Individualisierung?

Auflösung verfestigter Persönlichkeitsmerkmale in aktualisiertes Beziehungsgeschehen, Reflexion interaktiver Systemkräfte bei der Herstellung stabil scheinender Symptomatiken, Verflüssigung individualisierender Problembeschreibungen zugunsten der Veränderung von Problemsystemen – dies alles hatte der familientherapeutischen Professionalisierung beflügelnde Anstöße verliehen; hier trafen sich durchaus systemische mit psychoanalytischen Interessen. Beiden war der Grundsatz gemeinsam,

daß der „Leidensort“ nicht mit dem „Tator“ identisch sein muß. Schon Freud hatte die Unterscheidung zwischen „normal“ und „krank“ im psychotherapeutischen Feld als bloße Konvention aufgefaßt, und die Bemühungen systemischer Therapeuten um „positive Konnotation“ vom Symptomen (zusammen mit anderen therapeutischen Techniken) konnte man als Versuche verstehen, das, was Aufmerksamkeit heischend als „krank“ erschien, zu renormalisieren<sup>1</sup> – es wurde verständlich als „normale“ Reaktion auf untragbare Beziehungskonstellationen. Der Folgen individualisierender diagnostischer Zuschreibungen konnte man sich sehr wohl bewußt sein:

Rosenhan (1973) hatte Pseudopatienzen in amerikanische Psychiatrien geschickt, die in-

<sup>1</sup> Da es nicht so bekannt ist, zitiere ich aus dem „Abriß der Psychoanalyse“ (GW XVII, S. 125), wo Freud am Ende seines Lebens zusammenfaßt: „Wir haben erkannt, dass die Abgrenzung der psychischen Norm von der Abnormalität wissenschaftlich nicht durchführbar ist, so dass dieser Unterscheidung trotz ihrer praktischen Wichtigkeit nur ein konventioneller Wert zukommt“. Freud hatte sich jahrelang darum bemüht zu zeigen, daß die gleichen seelischen Phänomene, die man bei den „Neurotikern“ verteuflte, auch bei den Normalos im Traum, beim Witz oder in den Fehlleistungen anzutreffen seien. Es ist verkehrt, wenn man der Psychoanalyse vorhält, sie trenne sorgfältig zwischen „gesund“ und „krank“; allerdings muß man manchmal den Eindruck haben, manche Analytiker könnten heute ohne diese Unterscheidung nicht leben

System Familie (1998) 11:47–59 © Springer-Verlag 1998

### Linguistic interaction and diagnoses. Considerations regarding a system-environment relationship in the profession on the basis of empirical findings

Michael B. Buchholz

#### Summary

Family therapists like many others in the psychotherapeutic field, are urged to use diagnostic systems like DSM or ICD. Is thinking in terms of classifications compatible with the professional aim of resolving symptoms in interpersonal relationships? To answer this question it is proposed that therapeutic interaction and "diagnoses" be seen as systems consti-

tuting environments for each other. Diagnosis follows from interaction, but therapeutic procedures do not follow from diagnosis. To support this thesis, the author draws on relevant empirical research confirming diagnosis as a interaction-dependent variable. However, a no-diagnosis-at-all position is not taken. Proposals are made to integrate diagnostic procedures into a concept of professional training.

struiert waren, sofort nach Aufnahme dem Personal zu berichten, keine Stimmen mehr zu hören, wieder gut zu schlafen und sich normal zu fühlen – aber dem Personal galten sie nun nicht als „normal“, sondern als „abklingende Psychose“. Und als sich dies bei verschiedenen Kliniken herumsprach, sank plötzlich deren Aufnahmequote, und viele Nicht-Pseudoptienten wurden abgewiesen unter dem Verdacht, sie seien solche. Nüchtern schlußfolgerte Rosenhan in seiner damals aufsehenerregenden Untersuchung, ein diagnostisches System, das solche fehlerhaften Beurteilungen ermögliche, könne weder besonders reliabel noch besonders valide sein. Hat sich daran etwas geändert? Elizur u. Minuchin (1989) beschreiben die Verhältnisse in amerikanischen Kliniken als vergleichbar zu Rosenhans Zeiten.

Immerhin wird seitdem an diagnostischen Systemen intensiv gearbeitet. Damit ist freilich verbunden, daß sich erneut eine individualisierende Psychopathologie durchsetzt. Wo individuelle Störungen diagnostiziert werden, rückt auch wieder die Unterscheidung „normal/krank“ in die Nähe. Werden Familientherapien durch die Kasse finanziert, ist die gesellschaftliche Anerkennung zu begrüßen, doch bleibt eine erhebliche Ambivalenz, denn dann müssen auch Familien-„Krankheiten“ vor der Behandlung diagnostiziert werden. Familientherapie riskiert, zu einer gesellschaftlichen Deutungsmacht zu avancieren, die Normales und/oder Krankes bei Familien definiert und da-

mit diagnostisch festschreibt, was sie therapeutisch verflüssigen möchte. Die daraus resultierenden Probleme im therapeutischen Alltag sind Anlaß meiner Beschäftigung mit dem Verhältnis von dem, was in einer therapeutischen Sitzung erzählt und dem, was als Diagnose formuliert wird.

Empirische Untersuchungen über das Verhältnis von Sprache und Diagnose unterstützen eine Diagnostik-kritische Position. Deshalb werde ich Ergebnisse der Psychotherapie-Forschung im weiteren, nicht nur systemischen Sinne präsentieren. Sie begründen Zweifel daran, ob es hilfreich ist, wenn Therapeuten diagnostisch-kategorial denken. Ich setze damit Überlegungen zur „prozessualen Diagnose“ fort, die wir an anderer Stelle (Buchholz u. Seide 1995; Buchholz u. von Kleist 1997) vorgestellt haben. Das Verhältnis von therapeutischem Dialog und Diagnose werde ich als System-Umwelt-Verhältnis sensu Luhmann (1984, 1990) und Baecker (1994) interpretieren.

#### Professionelle therapeutische Praxis und Diagnose – ein System-Umwelt-Verhältnis

Krankheit und Gesundheit haben sich in der Moderne als Gegensätze etabliert, verhalten sich jedoch asymme-

trisch zueinander, definiert durch ein beinahe „anthropologisches Schema“ (Herzlich 1991, 295). Danach wird Krankheit als extern verursacht angesehen, sie tritt symbolisch oder tatsächlich ins Leben eigentlich gesunder Personen ein.<sup>2</sup> Es sind irgendwelche Wesen mit bösen oder giftigen Absichten, die Krankheiten verursachen – während man in der Antike noch „heilige Krankheiten“ wie die Epilepsie (Stein 1997) kannte.<sup>3</sup> Aus der modernen Schematisierung folgt, daß Krankheiten *bekämpft* werden müssen. Erkrankte stehen in der Pflicht, „etwas dagegen zu tun“ und sich am *Krieg* der Medizin gegen die Krankheit zu beteiligen. Dieses Schema war in der Organmedizin weitgehend erfolgreich; Freud hatte es durchbrochen, indem er den Konflikt ins Zentrum der Neurosen (und dann der *Conditio humana*) stellte. Seine große Leistung war die des Zuhörens (Lorenzer 1984), nicht des Kämpfens und deshalb warnte er vor dem „*furor sanandi*“ – an die Anstrengung, das kriegerische Paradigma durch ein narratives zu ersetzen, knüpfen heute systemtheoretische Autoren (Simon 1983, 1987; Simon u. Weber 1988) an. Die damals neue Sicht ist mittlerweile in kritische Analysen des Gesundheitssystems vorgedrungen. Das medizinische Schema organisierte die Kooperation zwischen Arzt und Patient: Im wesentlichen wurde die Krankheit bekämpft, nicht die Person in ihren Konfliktbewältigungen reorganisiert. Im Bereich der Psychiatrie nahm dieser Kampf hochgradig moralisierende Formen an; es gab „Lügner“

<sup>2</sup> Das christliche Weltverständnis war für die kulturelle Trennung von Leib und Seele höchst folgenreich. Seelische Krankheiten wurden als Folge der Sünde angesehen, während körperliche Erkrankungen als zu ertragende „Prüfung“ galten. Beide Male waren sie von außen „geschickt“. Sind Körper und Seele erst einmal voneinander getrennt, kann die Ursache immer extern lokalisiert werden. Man reagiert depressiv, geschockt, verängstigt, verstört auf ein äußeres Ereignis oder aber es ist der Körper, der die Seele von außen beeinflusst (endogen)

<sup>3</sup> Starobinski (1991) erinnerte daran, daß in der Antike z. B. depressive Menschen an Philosophen, nicht an Ärzte überwiesen wurden. Die Behandlung bestand in „philosophischen Ermahnungen“ zur Lebensführung und in „Tröstungen“

und „Verschrobene“, „antisoziale“ oder „minderwertige“ Persönlichkeiten. Der moralisierenden Kritik als „Diagnose“ folgte unter antipsychiatrischem Einfluß die Kritik dieser Moral und ein Ergebnis dieser Auseinandersetzungen ist die heute anzutreffende Absicht, „a-theoretisch“, rein „deskriptiv“ zu diagnostizieren. Dem kann man nicht mehr mit einer moralisierenden Kritik der diagnostischen Moral begegnen.

Hier soll gezeigt werden, daß die Fiktion einer kontext- und theoriefreien Diagnose das zentrale therapeutische Moment, Interaktion und Beziehung, ausschließt und *damit* der Remedialisierung nicht nur der Psychiatrie, sondern der gesamten Psychotherapie Tür und Tor öffnet. Medizinischer Fortschritt besteht in einer Zunahme von Technologien, die für diesen Kampf geeignet scheinen. Erst in jüngerer Zeit hat sich mit der Einführung des Facharztes für psychotherapeutische Medizin eine „sprechende Medizin“ etabliert. Der englische Psychoanalytiker Balint hatte eine patientenorientierte, nicht nur krankheitsorientierte Medizin gefordert, und so fanden ganzheitlich-psychosomatische Aspekte stärkere Berücksichtigung. Neuerdings geht Overbeck (1996) darüber hinaus und fordert eine „poetische Medizin“ – und in welchem Sinn wäre die noch Medizin? Dem erreichten person- oder sozialwissenschaftlichen Verständnis steht jedoch ein stärkerer Ausbau eines remedialisierten Krankheitsverständnisses im Feld der Psychotherapie gegenüber, der kritische Aufmerksamkeit finden muß. Er geschieht, vielfach beklagt (Lidz 1991; Auckenthaler 1997), in der Psychiatrie als Rebiologisierung, in der klinischen Psychologie als Re-Individualisierung von psychischer Krankheit und in der Psychotherapie durch Ausdehnung der Kategorien behandelbarer Störungen, wobei innerhalb dieser Richtungen erhebliche Verteilungskämpfe um den „Problembesitz“ (Levold 1997) entstehen. Dies sieht man freilich nur, wenn man sich eine sozialwissenschaftliche Perspektive zu eigen macht. Dann erscheinen Diagnosen nicht als „Beschreibungen“ von Menschen und ihren Krankheiten oder Störungen, sondern als Strategien zur

Allokation: Welche Probleme (und mit ihnen Menschen) werden welchem Teil des Gesundheitssystems zuständigkeithalber zugewiesen? Bemühungen um Entwicklung neuer Diagnosesysteme stehen im Zusammenhang von Verteilungskämpfen. Dabei gibt es rekursive Effekte zwischen dem, was wissenschaftlich ermittelt und dann ins Selbstdeutungsrepertoire von Menschen und Kulturen aufgenommen wird. Kütemeyer (1961), der sich schon früh der psychotherapeutischen Behandlung von Psychosen zuwandte, formulierte:

„Die Verbundenheit von Arzt und Krankem geht so weit, daß auch die ärztliche Auffassung von der Krankheit ein integrierender Bestandteil der Krankheit selbst wird.“<sup>4</sup>

Wissenschaftliche Theorien und Kategorisierungen dringen in die Alltagsdeutungen von Menschen vor und wirken von daher auf die Ausgestaltung von Krankheitsbildern mit – aber diesen Zusammenhang können diagnostische Systeme selbst nicht sehen, während er in der Sozialpsychologie (etwa bei Moscovici, Jüttemann oder Harré) durchaus thematisch werden kann. Während Freud im Jahre 1904 sein populärstes Buch noch als „Psychopathologie des Alltagslebens“ betitelte, haben wir es heute mit einer Psychopathologisierung des Alltags zu tun.<sup>5</sup>

Hier könnte man spekulieren, ob die Entstehung sog. neuer Krankheitsbilder als Versuch aufgefaßt werden kann, sich der kulturellen Deutungsmacht diagnostischer Systeme zu entziehen – und in einer Art verdeckter Kooperation diesen Systemen zugleich neue Beschäftigungen verschafft.

Seit 1979 ist die „International Classification of Diseases“ (ICD) der WHO in ihrer 9. Revision im Gebrauch; eine 10. Revision liegt vor und sollte ursprünglich, vom Gesetzgeber veranlaßt, zum Jahresbeginn 1997 verbindlich eingeführt werden. Dieser Start ist verschoben worden. Die ICD-10 gibt den Begriff der „Krankheit“ auf und spricht statt dessen von psychischen „Störungen“ – das impli-

ziert das genannte Schema: etwas „eigentlich Normales“ wird als „von außen gestört“ (Mruck u. Mey 1996) betrachtet.<sup>6</sup> Die ICD-10 gibt sich ausdrücklich „a-theoretisch“; der Verzicht auf Begriffe wie Neurose, Psychose oder Endogenität wird durch eine an deskriptiven diagnostischen Kriterien orientierte „Klassifikation“ (Dilling et al. 1995, S. 9) ersetzt.

In der Psychiatrie-Enquete von 1975 war die rechtliche Gleichstellung von psychisch Kranken mit organisch Kranken gefordert worden, und dies mußte man als Fortschritt ansehen, weil damit Behandlungsbedürftigkeit zugestanden wurde. Im juristisch-politischen Kontext von „Krankheiten“ zu sprechen und daran Forderungen zu knüpfen, schien sinnvoll. Wenn statt dessen von „Störungen“ gesprochen werden soll, mag der Anschein entstehen, die Kritik an den Etikettierungen habe ihr Ziel erreicht, doch wird abzuwarten sein, wieweit damit auch ein Rückgang der Anerkennung von Behandlungsbedürftigkeit einhergeht.

Das entstandene alphanumerische Kodierschema resultiert in einer erstaunlichen Zunahme: während die ICD-9 im Kapitel über psychische Störungen nur 30 Hauptkategorien vorsah, finden sich im Kapitel V der ICD-10 nun 100 psychische Störungen diagnostizierbar.<sup>7</sup> Neue Kategorien sind eingeführt. Es gibt mehrere Versionen. Eine strenge Fassung enthält Forschungskriterien, in anderen sind Kategorien zusammengefaßt, um in der medizinischen Primärversorgung Verwendung zu finden oder Schreibkräften die Arbeit zu erleichtern. Ein solcher Zuschnitt richtet sich erkennbar nicht an Patienten, sondern auf die Bedürfnisse einer Institution, die, um ihre Leistungen erbringen und abrechnen zu können, als diagnostisches System zuvor handeln muß. „Diagnose“ ist Teil des medizinischen Behandlungssystems, Patient und therapeu-

<sup>4</sup> In seiner Einleitung zu Siirala (1961, S. 17)

<sup>5</sup> Kühnlein (1993) hat diesen Einbau psychologischer Konzepte in die biographischen Selbstdeutungen von Patienten nach stationärem Aufenthalt sorgfältig beschrieben

<sup>6</sup> Karlsson u. Kamppinen (1995) beobachten ebenfalls den biologischen Trend in der Psychiatrie und unterscheiden zwei Arten des „Externalismus“. Eine starke Variante nimmt an, psychologische Erklärungen könnten irgendwann durch neurobiologische ersetzt werden; eine schwächere Variante betrachtet „mind“ als ein Epiphänomen von „brain“

<sup>7</sup> Dilling (1993, S. 19) gibt diese Zahl mit 10 multipliziert an: „Für psychische Störungen finden sich jetzt bei einem vierstelligen Schlüssel 1000 Möglichkeiten gegenüber früher nur 300 bei der ICD-9“

tisches Gespräch bilden dessen „Umwelt.“<sup>8</sup> Ich habe an anderer Stelle (Buchholz 1997) gegen Grawe deshalb gefordert, Profession und Wissenschaft voneinander zu unterscheiden. Was in therapeutischen Sitzungen geschieht, ist, wenn man es nur subtil genug beobachtet, keinesfalls als „Anwendung“ von Wissenschaft zu beschreiben – Wissenschaft kommt, wie auch Reiter und Steiner (1996) formulieren, in der Umwelt des professionellen Interaktionssystems vor. Wollte professionelles Können nur und ausschließlich wissenschaftlich operieren, müßte man eine Verarmung der Profession befürchten. Die hier noch zu referierenden Forschungsbefunde werden diese Position selbst unterstützen.

Auch diagnostische Systeme bilden eine Umwelt des therapeutischen Systems, sie operieren mit der Leitunterscheidung „gesund/krank“. Dieser Code ist asymmetrisch konstruiert. Die „kranke“ Seite der Unterscheidung wird immer weiter ausdifferenziert, die unmarkierte andere Seite bleibt im Dunkel. Es kann nicht positiv formuliert werden, was „gesund“ ist, „gesund“ funigert als „unmarked space“ – als andere Seite der Unterscheidung.

Wer mit dieser Leitunterscheidung beobachtet, findet mit Zunahme der Beobachtungszeit immer irgendetwas, das als „krank“ markiert werden kann. Diese Asymmetrie ist auch in der Organmedizin als Hayes-Effekt bekannt: Wenn man gesunde Personen nur lang genug durch diagnostische Prozeduren leitet, wird man mit zunehmender Zahl der Untersuchungen immer wahrscheinlicher irgendeine Störung finden.

Das diagnostische System sieht, was es sieht und sieht nicht, was es nicht sieht, was aber andere Systeme wie die Sozialpsychologie sehen können. Das diagnostische System operiert mit einer folgenreichen Tautologie.

<sup>8</sup> Deshalb stellen Schneider und Freyberger (1990) ebenso wie Janssen (1993) fest, daß diagnostische Interessen in einem therapeutischen Gespräch eine „gespaltene Haltung“ beim Interviewer zur Folge haben – er operiert dann zugleich als Angehöriger des diagnostischen Systems und des ad-hoc entstandenen therapeutischen Beziehungs-Systems. Im Bereich der sozialen Arbeit ist dies Dilemma zwischen „Kontrolle“ und „Hilfe“ wohlbekannt

Formale Diagnosesysteme sind Instrumente des Diagnostikers. Mit ihnen versucht er, ein außerordentlich vieldeutiges und komplexes Geschehen, an welchem er selbst immer beteiligt ist (Schön 1983; Buchholz 1997), einem Kategoriensystem zuzuordnen, das dem interaktiven Geschehen gegenüber vergleichsweise unterkomplex bleiben muß. Reduktion von narrativer und interaktiver Komplexität ist unvermeidlich. Gibt es jedoch keine Beobachtung zweiter Ordnung, keine Reflexion der eigenen Strategien der Komplexitätsreduktion, dann muß jedes diagnostische System wähen, Realität zu beobachten. Der naive Realismus diagnostischer Systeme will durch immer detailliertere Exaktheit deskriptiver Klassenbildung Sicherheit schaffen und kann es doch nie; denn „Klasse“ ist keine Kategorie der Welt, sondern der beobachtenden Systeme. Es resultiert der jedem Kliniker bekannte Befund, daß unterschiedliche Diagnostiker unterschiedliche Diagnosen stellen – immer ist der Diagnostiker beteiligt, aktiv und interaktiv herstellend, was er nur zu „beobachten“ vermeint (Fengler u. Fengler 1980; Streeck 1983; Buchholz 1993). In der diagnostischen Einstellung kann er diese konstruierende Mitbeteiligung nicht beobachten, weil er den Patienten beobachtet.

Selbst wenn man ein mehrdimensionales System für die Verortung psychischer Störungen zur Verfügung hat, wird es immer Differenzen in der Beurteilung eines Einzelfalles geben, oder aber dieselben diagnostischen Kategorien verdecken außerordentlich heterogene Erfahrungen – ein Problem der Reliabilität ist deshalb zu erwarten! Der Psychiater Helmchen (1991) hatte dies bereits an den älteren diagnostischen Systemen moniert. So meint er (1991, S. 19) mit Bezug auf Diagnosesysteme wie z. B. das ICD-9:

„Im allgemeinen ist die Spezifität der Beziehung zwischen diagnostischen Klassen und bestimmten Behandlungen ziemlich begrenzt. Mit anderen Worten: je individueller das Behandlungsziel ist, um so weniger brauchbar ist eine der gegenwärtigen psychiatrischen Diagnosen, und umgekehrt.“

Helmchens Kritik geht noch weiter: Die Diagnose erstelle Daten für Verwaltungszwecke, vermittele die Finanzierung von Behandlung und Versor-

gung, mache günstigenfalls auf die Notwendigkeit einer Behandlung aufmerksam, aber helfe im individuellen Fall nicht, eine Entscheidung über die notwendige Behandlung zu treffen. Im besten Fall organisiere die Diagnose die Befunddaten mehr oder weniger angemessen. Auch im umgekehrten Fall gelte, daß gleiche Behandlungen bei höchst unterschiedlichen Diagnosen durchgeführt werden.<sup>9</sup> Am Beispiel affektiver Störungen wird deshalb nun im ICD-10 offen angemerkt, daß Psychiater, solange sie diese Störungen nicht „auf der Grundlage physiologischer und biochemischer Messungen“ unterscheiden könnten, „unterschiedlicher Auffassung sein“ werden (Dilling et al. 1995, S. 29) – hier wird auf das Schema der externen Krankheitsverursachung rekurriert.

Diese Einschätzung trifft auch für das DSM zu. Empirische Studien, die Widiger (1993) gründlich referiert, zeigen, daß das DSM eine schlechte bis unzureichende Reliabilität aufweist. Es gibt eine irritierende Menge an Überschneidungen zwischen den verschiedenen Arten der „Persönlichkeitsstörungen“ und zwischen Persönlichkeitsstörungen und den klassischen Syndromen wie Depression oder Angstzuständen.

Schüßler und Köhle (1993) haben im Rahmen der sog. Forschungskriterien-Studie zur ICD-10 die Reliabilität bei der Diagnose der Depression überprüft. Sie kommen zu einem Ergebnis, das ich hier in Vertretung vieler anderer zitieren möchte:

„Anwände einer neuen Klassifikation sollten den Beweis führen können, daß ihre Neueinteilung besser (also valider und nicht nur reliabler) ist und dadurch im Vergleich zu bestehenden Klassifikationen Vorzüge besitzt, zum Beispiel dadurch, daß sie besser mit dem therapeutischen Ansprechen oder Erkrankungsverläufen korreliert (Kendell 1976). Dies muß zumindest für den Bereich der ‚neurotischen Depression‘ bezweifelt werden“ (S. 128).

Die im Video gezeigten und vordagnostizierten Patienten können von kompetenten Beurteilern anhand der

<sup>9</sup> Wälte et al. (1996) finden, daß es einen scheinbaren Zusammenhang zwischen bestimmten Diagnosegruppen und der Dauer eines stationären Aufenthalts gibt. Die Varianzanalyse zeigt jedoch, daß die Streuungen innerhalb der Diagnosegruppen „auffälliger (waren) als die Unterschiede zwischen den Gruppen“ (Wälte, Kröger und Petzold 1996, S. 42)

ICD-10-Kriterien Diagnosen erhalten, die mit ganz anderen ätiologischen Hypothesen verbunden sind. Helmchen (und ganz ähnlich Wälte et al. 1996) beklagt die Heterogenität der Diagnosesysteme mit der Folge multipler Diagnosen beim gleichen Patienten, die „Willkür“ der Diagnosevergabe<sup>10</sup>, die Inflation diagnostischer Systeme<sup>11</sup> und den Mangel an prädiktiver Validität aus einem Mangel an Einsicht „in die instrumentelle Natur psychiatrischer Diagnosen“.<sup>12</sup>

Es wäre verfehlt, wollte man Bemühungen um ökologisch valide Diagnoseinstrumente verwerfen. Helmchens Kritik kann auch positiv gewendet werden. Dann ergibt sich zwanglos die Einsicht, daß formale Diagnosen für Zwecke benötigt werden, z. B. für Forschung, finanzielles „fundraising“, Verwaltung oder für die Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit. Diagnosen werden für Ziele benötigt, die Teil des operierenden Systems sind. Das System steigert seine Beobachtungsfähigkeit durch Ausdifferenzierung von immer mehr Kategorien, kann aber offenbar den menschlichen Schicksalen in seiner Umwelt nicht zureichend gerecht werden. Deshalb kann man prognostizieren, daß auch weitere Differenzierungen keine höheren Reliabilitäten erbringen werden. Was „Störung“ ist, ist Teil des beobachtenden Systems, nicht der beobachteten Umwelt.

Diese Analyse wird indirekt bestätigt durch den Hinweis in der Einleitung (S. 20) der ICD-10, daß der Kliniker sich sein „eigenes

<sup>10</sup> Damit meint er ganz klar: „Von Autor zu Autor oder von einem Expertengremium zum nächsten wechselndes und regelloses Vorherrschen solcher verschiedenen Aspekte bei der Definition psychiatrischer Diagnosen enthüllt die Natur bisheriger psychiatrischer Diagnosen als diejenige von Konventionen ...“ (S. 20)

<sup>11</sup> Denn neben den offiziellen Systemen verfügen Therapeuten noch über unformulierte „private“ Systeme (s.u.)

<sup>12</sup> Schneider und Freyberger (1990) sind ganz ähnlicher Auffassung. Sie formulieren die klinische Erfahrung, daß im Laufe länger dauernder Behandlungen nach einigen Monaten eine neue Diagnose gestellt werden könnte, diskutieren die Geschichte des Ein- und Ausschlusses psychodynamischer Gesichtspunkte in Diagnosesystemen und stellen in Frage, ob eine an Beschwerden orientierte Diagnostik mit prozessualen Gesichtspunkten vereinbar sei

Urteil über die Angemessenheit einer Diagnose bilden“ muß. Es gibt demnach einen Unterschied zwischen der Bildung eines diagnostischen Urteils und der dann erforderlichen Notwendigkeit, die Angemessenheit und Korrektheit der Diagnose einzuschätzen. Die Sicherheit in der Urteilsbildung des Systems kann nicht an deskriptiven Zeichen aus dessen Umwelt gebildet und stabilisiert werden. Der Diagnostiker muß immer auf sein klinisches und alltägliches Hintergrundwissen Bezug nehmen – aber letzteres kann das diagnostische System selbst nicht beobachten, sondern nur „ausbeuten“ (Wolff 1994).

Die Gefahr wurde nun deutlich gesehen, daß nur noch das Vorhandensein von Symptomen exploriert wird. Die „Forschungskriterienstudie“ ermittelte höchst unzureichende Reliabilitäten für die ICD-10. Es bildeten sich, veranlaßt durch die Initiative von S. O. Hoffmann (1993), Arbeitsgruppen, die v. a. psychoanalytische Gesichtspunkte von Diagnosen zu operationalisieren suchen (Cierpka et al. 1995). In der neu entstandenen „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik“ (OPD) werden verschiedene „Achsen“ (wie Konflikt, Krankheitserleben, Beziehung und Struktur) als Dimensionen entworfen, die sowohl dem Kliniker als auch wissenschaftlichen ratern bei der Einschätzung eines Störungsbildes behilflich sein können.

Die Ziele der OPD ergeben sich in wünschenswerter Klarheit aus der Arbeit von Cierpka et al. (1995). Ein *allgemeines* Ziel der OPD – „die Grenzen einer rein deskriptiven psychiatrischen Klassifikation [zu] überschreiten“ (S. 71) – wird hier genannt und dann die folgenden Ziele im einzelnen:

1. Es sollen klinisch-diagnostische Leitlinien vorgegeben werden, die „dem Anwender einigen diagnostischen Spielraum lassen“ (S. 71).
2. Ein zweites Ziel betrifft die Weiterbildung. Mit der beobachtungsnahen Beschreibung psychischer Phänomene könne „die psychodynamische und phänomenologische Klassifikation geübt werden“ (ebd.).
3. Ein drittes Ziel betrifft die „Stichprobenhomogenisierung in Studien“ (ebd.), bezieht sich also auf die Verwendung der OPD als Instrument der Forschung.
4. Ein viertes Ziel visiert die bessere Kommunikation „innerhalb der ‚scientific community‘“ (ebd.) an.

Nur das erste Ziel bezieht sich auf Patienten; der „Spielraum“ wird durch die genannten „Achsen“ strukturiert. Wir werden noch sehen, daß in anderen Forschungen die interpretative Schlußbildung durch den Diagnostiker als abhängige Variable aufgefaßt wird – abhängig von der Interaktion, die jedoch selbst nicht klassifiziert werden kann. Sie ist Umwelt des diagnostischen Systems.

Wenn Diagnostik und interaktives Geschehen in einem System-Umwelt-Verhältnis zueinander stehen und das diagnostische System aus „systematischen“ Gründen unterkomplex bleiben muß, dann müßte man auch für die OPD nicht ausreichende Übereinstimmungen zwischen Beurteilern erwarten können. Eine der ersten Studien, die sich die Überprüfung der Reliabilität der OPD zum Ziel gesetzt haben (Rudolf et al. 1996) fand, daß Diagnostiker Konflikte vom Typ der Unterwerfung, Selbstwert- und ödipale Konflikte mit relativ guten Reliabilitäten beurteilen. Als „gut“ werden in dieser Studie allerdings bereits Kappa-Werte über .60 angesehen.<sup>13</sup> Andere Konflikttypen konnten nicht oder nur schlecht unterschieden werden, wie z. B. der Unterschied zwischen „Abhängigkeit vs. Autonomie“ und „Versorgung vs. Autarkie“.

Die zu beurteilenden Patienten waren aufgefordert worden, „zum Kennenlernen“ ein „beliebiges“ und „in irgendeiner Weise bedeutsames Beziehungsereignis“ zu berichten. Man wollte auch wissen, ob sich aufgrund des anfänglichen OPD-Befundes die Ergebnisse einer etwa 3-monatigen stationären Behandlung vorhersagen lassen.

Zu den Reliabilitäten teilen die Untersucher interessanterweise mit, daß „es am wenigsten Übereinstimmung bezüglich der Frage gibt, wie der Untersucher sein eigenes Verhalten in der Beziehung zum Patienten erlebt“ (S. 348) und in der zusammenfassenden Diskussion (S. 355 f.) heißt es, es sei hinsichtlich der OPD-Achse „Beziehung“ nur „weniger klar zu sehen, wie eine substantielle Verbesserung der Reliabilitätswerte erreicht werden kann. Die Urteilsprozedur ist in diesem Bereich besonders schwierig, weil

<sup>13</sup> Das bedeutet, daß bei nur etwa 35% der Patienten übereinstimmende Beurteilungen gefunden werden

weder eine dimensionale Einschätzung noch eine kategoriale Zuordnung möglich ist.“ Dies bestätigt die beschriebene Auffassung: der Diagnostiker sieht den Patienten, nicht aber seinen eigenen interaktiven Beitrag bei der Herstellung des Ergebnisses, das dann als Diagnose über die Krankheit des Patienten formuliert wird, um diese Diagnose dann administrativ, in der Forschung oder für andere Zwecke weiter prozessieren zu können. Die Diagnose findet in der Umwelt des interaktiven Systems statt und umgekehrt ist Interaktion Umwelt der Diagnose.

Auch Schuldkonflikte werden eher mit geringen Übereinstimmungen geratet. Rater müssen „interpretieren“. Daraus folgen unvermeidlicherweise höchst unterschiedliche Werturteile und Modelle. Es böte sich zur Lösung dieses Problems an, Interpretationen der Rater (die als diagnostische Einschätzung formuliert werden) als *abhängige Variable* zu interpretieren. Im Zusammenhang diagnostischer Studien ist ein solcher Ansatz bislang nicht verfolgt worden, wohl aber in anderen Bereichen der empirischen Forschung zum therapeutischen Prozeß, die ich deshalb referieren werde.

*Zusammenfassend:* Die Ziele der OPD – Weiterbildung, Forschung und wissenschaftliche Kommunikation – beziehen sich nicht auf den diagnostischen Prozeß, sondern weisen die OPD als Instrument für Zwecke in dessen Umwelt aus. Die Bemühungen um die OPD beanspruchen im politischen und insbesondere im wissenschaftspolitischen Kontext große Bedeutung. Welche Relevanz allerdings neue diagnostische Systeme für individuelle Fall(re)konstruktion und therapeutischen Prozeß haben, muß offen bleiben. Der therapeutische Dialog ist eine andere Umwelt des diagnostischen Systems, die Diagnose Umwelt des Dialogs.

Klassifikationssysteme, die sich nicht auf Personen, sondern auf Interaktionen beziehen, dürften nicht viel weiter führen.<sup>14</sup> Overlaet (1991) hatte nach einer gründlichen Durchsicht entsprechender Verfahren einen plausiblen Grund genannt: eine Handbewegung kann dem Gespräch einer ganzen Stunde nachträglich eine völlig andere Bedeutung geben. Er weist

damit einerseits darauf hin, daß klassifizierende Ansätze immer stichprobenartig verfahren müssen, nie jedoch sicher sein können, ob sie für den individuellen Fall nicht höchst Entscheidendes übersehen. Zum anderen macht er deutlich, daß die *Zeit in der Interaktion* nicht wie die physikalische Zeit chronologisch verläuft, sondern iterativ vor und zurückgeht, und dieser entscheidende Aspekt muß jedem diagnostischen Ansatz entgegen. Diagnostische Beobachtungen sind nicht auf Zeit bezogen. So muß ungewiß bleiben, was sie über individuelle Patienten aussagen, welche Zusammenhänge zwischen Diagnose, Behandlungsstrategie, therapeutischer Interaktion und Verlauf bestehen – solange nicht gleichzeitig „Interaktion“ mit in die diagnostische Praxeologie „eingebaut“ wird und ebenso die interpretative Kompetenz des Diagnostikers/Therapeuten. Dann aber kann man nicht mehr klassifikatorisch diagnostizieren. Das wird nur für andere Zwecke in der Umwelt der professionellen Interaktion benötigt.

Etwas resigniert klingt es aus dem Buch von Benjamin (1993, S. 113) zu den schweren Persönlichkeitsstörungen, wenn sie schreibt, daß „individuals eligible for these labels inspire chaos both in their lives and in the professional literature.“ Aber in einem anderen Kontext, wie dem von empirischer Wissenschaft, machtgeleiteter Auseinandersetzung in der Gesundheitspolitik oder wenn institutionelle Entscheidungen zu treffen sind,<sup>15</sup> wird man dennoch nicht auf Diagnosen ver-

zichten können. Die Unterscheidung dieser Kontexte ist wesentlich und könnte professionelle Praktiker davor bewahren, in der Organmedizin bewährte Systemstrategien ins psychotherapeutische Feld allzu unreflektiert zu übernehmen. Denn was professionelle psychotherapeutische Praktiker zu hören und zu sehen bekommen, sind sprachliche und nichtsprachliche Mitteilungen, die sie in das System von Diagnosen übersetzen – unter Inkaufnahme erheblicher Informationsverluste. Ein anderer Zweig der Forschung hat sich dieses Themas angenommen.

### Sprache und Diagnose

Diagnostisches System und therapeutische Interaktion habe ich als System-Umwelt-Verhältnis zu beschreiben versucht. Ich frage nun: Denken Psychotherapeuten im Prozeß klassifikatorisch? Wir wissen aus anderen Untersuchungen (Benedek 1992), daß Psychotherapeuten nur zu Beginn einer Behandlung „in abstract terms“ (diagnostisch oder theoretisch) über ihre Patienten denken; ihre mit solchen Begriffen gemachten Voraussagen über Behandlungsverläufe und die Entwicklung der Behandlungsbeziehung treffen wenig zu. Werden sie nach einem Jahr über dieselben Patienten erneut befragt, sprechen sie umgangssprachlicher, „wärmer“ über ihre Patienten. Diagnostische Einordnung wäre so gesehen erneut als abhängige Variable einer noch am Anfang befindlichen, „unentwickelten“ Beziehung bestätigt. Therapeuten „ticken“ im Prozeß auf andere als klassifikatorische Hinweise an (Meyer 1988) an.

Diagnosen machen Sinn, wenn sie sowohl Prognosen gestatten als auch in Zusammenhangsannahmen fundiert sind. So behaupten Cierpka et al. (1995), daß „wir über fundierte klinische Erfahrungen mit den ... psychoanalytischen Krankheitskonzepten verfügen, die eine Verbindung zwischen der Symptomatik, den auslösenden Konflikten und den dysfunktionalen Beziehungen des Patienten herstellen“. Diese Behauptung ist deshalb überraschend, weil Cierpka (1989 a, b) die Annahme einer solchen Spezifität im Feld der Familientherapie – wo wir am ehesten „dysfunktionale Beziehungen“ direkt beobachten könnten –

<sup>14</sup> Vergleiche verschiedener Methoden am selben Transkript-Material liegen vor. Für ein therapeutisches Einzelgespräch siehe Buchholz (1995), für das Transkript einer Gruppensupervision siehe Buchholz und Hartkamp (1997). Hier haben wir als Herausgeber sorgfältig diejenigen Probleme aufgelistet, denen Ansätze begegnen, die Interaktionen klassifizieren und dabei zeitfrei beobachten wollen

<sup>15</sup> Etwa die, wenn man eine Beratungsstelle oder eine Station für eine bestimmte Gruppe von Patienten einrichten und für besondere Bedingungen sorgen möchte – allerdings zeigen auch hier die Erfahrungen, daß es meistens anders kommt, als man denkt. In solchen Einrichtungen werden nach einer gewissen Zeit immer auch eine mehr oder weniger größere Zahl von Menschen behandelt, für die sie gar nicht vorgesehen waren

nachhaltig unter Hinweis auf eine Fülle empirischer Studien bestritten hatte.<sup>16</sup> Allerdings – hier denken Kliniker anders als empirische Forscher und auch deshalb wäre es interessant, mehr über die kognitive Organisation von „clinical facts“ in Erfahrung zu bringen.

Darüber finden ausgedehnte klinische Diskussionen statt und die Forschung reagiert ebenfalls. Strupp (1996), Alt- und Großmeister der Psychotherapieforschung, sieht neuerdings gruppenstatistische Designs skeptisch und fordert die intensiviertere Zuwendung zu Einzelfallstudien. Insbesondere entspreche eine manualgesteuerte Behandlungspraxis weder naturalistischen Bedingungen noch bilde sie ab, was professionelle Psychotherapeuten tatsächlich zu leisten vermögen.

Sprechverhalten bzw. sprachliche Interaktion ist nun mit einer Reihe von Merkmalen in Verbindung gebracht worden. Ich nenne eine kasuistische Studie von Overbeck et al. (1996) an einer Anorexiepatientin. Die Autoren analysieren linguistische Merkmale des Sprechverhaltens und stellen fest, daß die Patientin sich häufiger über andere Personen äußere, aber seltener die 1. Person Plural („wir“) für die therapeutische Beziehung verwende. In der häufigeren Verwendung des Modalpartikels „doch“, der als Abgrenzung, Aufforderung, als Zustimmung, Vorwurf und Wunsch verstanden werden kann, sehen die Autoren ein Indiz dafür, „daß die Patientin zunehmend Position bezieht“ (S. 308). Erfolgreich behandelte Patienten sprechen „personal“, sie sehen sich eher als „Subjekt“. Aber auch Therapeuten ändern ihr Sprechverhalten. Overbeck et al. stellen fest, daß der Therapeut im Verlauf deutlicher Ärger zeigt, aber auch mehr die konjunktivische Möglichkeitsform benutzt, um die Fähigkeiten der Patientin zu formulieren; immer

weniger spricht er von Wünschen und Absichten. Der Patientin gelingt es nicht nur, ihre versteckten Ablehnungen der Gesprächsaktivitäten des Therapeuten zu reduzieren; vielmehr tauchen immer mehr zustimmende Reaktionen auf. Von großer Bedeutung ist, daß der Gebrauch figurativer Sprechformen (Verwendung von Symbolen und Metaphern) einen Parameter mit sehr hoher Variabilität darstellt, „ein Hinweis darauf, daß es der Patientin in einzelnen Stunden offenbar besser als in anderen Stunden gelingt, ihre Erfahrungen und Gedanken mit Hilfe von Metaphern auszudrücken“ (S. 311 f.) Dieser Befund steht in sehr guter Übereinstimmung mit der Studie von Kasulke (1992), die in der Zunahme von metaphorischen Sprechformen bei der systemischen Behandlung eines Paares einen Indikator für den Therapieerfolg sieht.<sup>17</sup> Einsicht ist weniger an „Objektivität“, sondern an passende Bildgebungen gebunden.<sup>18</sup> Stirn (1996) hat diese Studien an 3 Anorexie-Patientinnen fortgeführt und bestätigt.

Wie schwierig die Zuordnung einfacher grammatischer Indizes zu klinischen Bedeutungen ist, zeigen Overbeck et al. daran, daß die Patientin das Personalpronomen „Ich“ zu Beginn sehr häufig verwendete – dann aber im Zusammenhang mit von ihr geschilderten Pflichten und Zwängen. Der „Ich“-Gebrauch nimmt sogar mit fortschreitendem Verlauf ab, und das wird klinisch als abnehmende Selbstbezogenheit interpretiert. Andere Indikatoren klinischer, nicht linguistischer Art lassen dennoch auf vermehrte Selbstbehauptung schließen. Die Autoren halten fest, daß sich die psycholinguistische Untersuchung psychopathologischer Zusammenhänge „im Stadium der Grundlagenforschung“ befinde, sie warnen vor „simplifications terribles“.

Die Suche nach Korrelationen, teils des sprachlichen Verhaltens mit anderen Merkmalen, teils innerhalb des sprachlichen Bereichs, war motiviert von dem Bemühen, Indikatoren für die Unterscheidung erfolgreicher und weniger erfolgreicher Therapien zu finden. Der Blick richtete sich dabei verstärkt auf die therapeutische Interaktion.

Hölzer u.a. (1994) beschreiben die Entwicklung des Ulmer „Affective Dictionary“, welches ein computergestütztes Maß für die Beschreibung affektiver Vokabulare bildet. Es kann als Indikator für therapeutische Prozesse verwendet werden. Wie stark beeinflußt das therapeutische Setting (ein Erstinterview, Kurztherapie und Psychoanalyse) das verwendete affektive Vokabular eines deutschen männlichen Psychotherapeuten? Diese am Kontext des Gesprächs ansetzende Untersuchungsstrategie zeigte eine positive Korrelation zwischen der Intensität des Settings und emotionaler Fremd- bzw. Selbstreferenz. Sie kommt zum Schluß, daß eine Intensivierung des Settings zu einer verstärkten Arbeit an den Objektbeziehungen führt.

In einer früheren Arbeit (Hölzer et al. 1993) wurden linguistische Stile an 20 Patienten mit Knochenmarkstransplantation im Alter von 17–50 Jahren hinsichtlich der bei ihnen gefundenen Abwehrmechanismen und dem Auftreten distinkter Emotionskategorien untersucht. Die Abwehrmuster wurden mit einem Fragebogen, die Emotionskategorien wiederum mit dem Ulmer Affektwörterbuch kodiert. Es ergeben sich sowohl positive als auch negative Korrelationen. Es wird diskutiert, ob diese Uneindeutigkeit mit der Materialerhebung zu tun haben könnte, denn die Maße wurden an retrospektiven Interviews, nicht an Therapietranskripten erhoben.

In einer weiteren Arbeit (Hölzer et al. 1996) entwickelten die Autoren Maße für die Häufigkeit bestimmter Worte bzw. Wortkombinationen, um an deren Veränderung den outcome einer Psychotherapie evaluieren zu können. Die Hypothese formuliert, daß Therapeut und Patient sich im Gebrauch affektiver Worte im Fall erfolgreicher Therapien stärker aneinander annähern, als wenn die Therapie scheitert. Wie wenig Interesse dabei noch formalen Diagnosen gilt, erhellt daraus, daß über die Patienten lediglich mitgeteilt wird, daß sie nach dem DSM-III als „nonpsychotic“ galten (S. 97). Das steht in Übereinstimmung mit den empirischen Befunden: „Thus it could be concluded that predicting outcome is more successful with in-treatment information about the communication between therapist and patient rather than patient and therapist variables that leave out the actual therapeutic interaction“ (S. 96). Helm-

<sup>16</sup> Zieht man die Untersuchungen von Steimer-Krause (1996) heran, ergibt sich noch ein anderer Gesichtspunkt. Diese Autorin beobachtet „krankheitsspezifische mimische Kennwerte“, aber sie ergeben sich nur bei mikrostrukturellen Beobachtungen. Diese könnten verantwortlich sein für die Neigung von Klinikern, an der Spezifitätshypothese festzuhalten, auch wenn Kliniker sie selbst in der Regel nicht beschreiben können

<sup>17</sup> Ebenso schon Barlow et al. (1977) und neuerdings Buchholz (1996), Buchholz und v. Kleist (1997) sowie Schmitt (1995), McMullen et al. (1994)

<sup>18</sup> Canetti formulierte in der „Geretteten Zunge“: „Stark fühlt sich, wer die Bilder findet, die seine Erfahrung braucht“

chens Kritik ist hier empirisch bestätigt; die therapeutische *Interaktion* hat höheren prädiktiven Wert als diagnostische *Klassifikationen*. Die konversationelle Balance (wieviel spricht der Therapeut im Verhältnis zum Patienten?) ist potenter Prädiktor. Ein zweites Maß erfaßte das „private vocabulary“, jene besonderen Worte, die nur einer der beiden Sprecher benutzt, während das „shared vocabulary“ jene von beiden erfaßte. Die Hypothese lautete, daß die Fähigkeit eines Therapeuten, sich an die Sprache seines Patienten zu akkomodieren, wahrscheinlich bessere Ergebnisse zur Folge haben wird. Als drittes Maß wurde das „regressive image dictionary“ (RID) verwendet. Es ist ein Maß für das Auftauchen bildhafter oder ikonischer Sprechformen. Die erwarteten Hypothesen konnten gut bestätigt werden. In ihrer Diskussion aber merken die Autoren an, daß die Verwendung lexikalischer items an eine auch mit Computerhilfe nicht zu bewältigende „neglect of contextual information“ gebunden sei (S. 105). Darin sehe ich ein Beispiel für die Sensibilisierung der Forschung für die Probleme eines zeichentheoretischen Ansatzes der Diagnostik – auch wenn den Autoren ein ausgewiesener Begriff von „context“ fehlt. Dasselbe Zeichen hat in verschiedenen Kontexten höchst unterschiedliche Bedeutungen. So fand Christian-Widmaier (1988), daß Klinikseelsorger sterbender Patienten eine Art Diagnose stellen, wenn ein Patient ihnen sagt, „Ich habe nur wenig Zeit“. Diese Formulierung hat hier eine ganz andere Bedeutung als im Alltag. Wie eigentlich, möchte man fragen, kann ein deskriptives Diagnosesystem angesichts solcher kontextueller Komplexität überhaupt noch als chancenreich eingeschätzt werden?

Hochgradig aufmerksam für Interaktion ist die Studie von Spence, Mayes und Dahl (1994). Die Autoren verwendeten Transkripte für ihre Analyse.

Es wurde ein raffiniertes Maß für die Beziehung entwickelt: Patienten teilen manchmal einfach etwas mit, dann aber gibt es auch solche Äußerungen, in welchen ein Patient sich direkt an seinen Therapeuten wendet. Der Typus der letztgenannten Äußerungen ist erkennbar daran, daß der Patient sich als Per-

son indiziert und in wenigen Worten darauf seinen Therapeuten adressiert. Gemeint sind Sätze derart: „Ich wollte, daß Sie ...“; „Ich dachte daran, wie Sie in der letzten Stunde...“

Stunden lassen sich danach unterscheiden, ob solche adressierenden Äußerungen gehäuft vorkommen oder nicht. Die Autoren sprechen von „related hours“ und „isolated hours“. Das interessante Phänomen ist nun, daß der Therapeut in „related hours“ nicht nur mehr, sondern auch zu einem früheren Zeitpunkt spricht als in „isolated hours“. Die Analyse der scheinbar oberflächlichen linguistischen Merkmale enthüllt eine „Technik“, mit der ein Patient seinen Therapeuten zum Sprechen bringt, ihn gleichsam „steuert“. Das ist ein Phänomen der Interaktion, es kann nicht als diagnostische Variable dem Patienten allein zugeordnet werden.<sup>19</sup>

Das könnte durch linguistische Modelle wiederum erklärt werden. Matarazzo et al. (1987) fanden, daß die meisten Zwei-Personen-Beziehungen auf zwei stabilen Faktoren beruhen: a) wie lange schweigt jemand bzw. wartet, bevor er antwortet (Antwortlatenz) und b) die Zahl und Dauer dieser Kommunikationshandlungen. Zwei weitere Faktoren beeinflussen die Beziehung, werden aber als weniger einflußreich eingeschätzt: c) wie häufig setzt jemand einen *neuen* Kommunikationsakt, d) wie gut oder schlecht gelingt die Synchronisation mit einem Partner. Diese Autoren fanden, daß es große Unterschiede zwischen den Personen gibt; bei den einzelnen Personen sind sie jedoch nur dann relativ stabil – und das ist eine entscheidende Einschränkung –, wenn auch der Partner selbst einen relativ stabilen Stil benutzt. Stabilität des persönlichen Stils wird damit an die Interaktion gebunden, es ist

<sup>19</sup> Overbeck et al. (1996) fanden in der bereits erwähnten Untersuchung, daß sich das „Anrede-Sie“ bei der von ihnen untersuchten anorektischen Patientin während 13 Sitzungen überhaupt nicht fand; sie kommen zu dem Schluß, daß die linguistische Analyse auf die klinische Falldarstellung interpretierend bezogen werden muß. Die Frage, ob es Möglichkeiten der Zuordnung sprachlicher Merkmale zu diagnostischen Kategorien gibt, wird durch so subtil durchgeführte Untersuchungen immer weniger chancenreich. Nur etwa 30–35% linguistischer Parameter lassen klinische Interpretationen zu und sind vieldeutig

keine davon unabhängige persönliche Variable! Die Stabilität der Reaktionsweise des Anderen wird von der eigenen Stabilität beeinflusst. Dieser Befund kann als Hinweis darauf aufgefaßt werden, daß Interaktionspartner einander einschätzen und zwar auch auf der Dimension der Stabilität. Sie rechnen diesen Faktor einander wechselseitig zu. „Stabilität“ muß somit als Faktor angesehen werden, der sich gewissermaßen nicht manifest äußert, sondern von komplexen kognitiven und wechselseitigen Interpretationsleistungen erbracht wird. Sie ist Produkt der Interaktion. Weiter finden die Autoren: ein Therapeut wird dann als empathisch empfunden, wenn er längere und häufiger Äußerungen macht, weniger schweigt und eine längere Reaktionszeit zeigt, bevor er antwortet und schließlich den Gesprächspartner nur selten unterbricht. Aufgrund solcher Analysetechniken kann näherungsweise verstanden werden, was Empathie erzeugt. Empathie ist nicht mehr eine personale Fähigkeit begnadeter Therapeuten, sondern wird als Produkt gemeinsamer interaktiver Herstellungen analysierbar.

So meinen auch Makari u. Shapiro (1993), Empathie könne nie (!) sicher sein, den anderen „von innen“ her zu verstehen. Es ist aufregend, daß hier nichtklassifikatorische Möglichkeiten geschaffen werden, Empathie als interaktive Hervorbringung zu analysieren. „Like Reik's third ear, empathy can too easily be reified into an organ, and therefore become mystified“. Makari u. Shapiro entwerfen ein Modell, das zu referieren sich lohnt, weil daran die linguistische „Magerkeit“ diagnostischer Modelle abgeschätzt werden kann. Die Autoren meinen, alles Zuhören beginne mit einer Unterscheidung (und darin ähneln sie Luhmann!) zwischen Sprechen und Schweigen. Der Zuhörer muß diese Unterscheidung operativ verwenden, er muß „Geräusche“ aussondern.<sup>20</sup> Therapeuten deuten, was in anderen Kommunikationen als „white noise“ weggeblendet wird (Beispiel: Fehlleistungen) jedoch als Mitteilung; darin unterscheiden sich therapeuti-

<sup>20</sup> Shanon (1989) hatte deshalb provokant, aber konsequent formuliert, Kommunikation basiere auf Ignoranz!



sche von anderen Dialogen. Drei semiotische Kategorien werden unterschieden:

- „paralinguistics“: gemeint ist „the music of the words“.
- „kinesics“: Gesten und körperliche Bewegungen, die das Sprechen begleiten; hier können „representing“ von „focusing gestural behaviors“ unterschieden werden
- „linguistics“ im engeren Sinne: Es gibt immer eine deutliche und prägnante Mitteilungsabsicht, aber jede Mitteilung hat auch einen „shadow“; sie verrät immer mehr, als in der Mitteilungsabsicht liegt.

Therapeutisches Zuhören kann man nun definieren als jene Interaktion, die „shadow narratives“ in „intended narratives“ verwandelt. Das bislang im Hintergrund Gebliebene bekommt eine Chance, selbst Gestalt zu werden.

Hieran ist mehrerlei interessant. Ausdrücklich wird auf die Subtilität therapeutischer Mitteilungen verwiesen. Nonverbale Gesten und intonatorische Markierungen werden als relevante Kontextualisierungen herausgestellt und die Kommunikation mit einer Metapher aus der Musik, statt mit der üblichen Sender-Empfänger-Metaphorik des „Austauschs“ beschrieben.

Das könnte direkt an Humboldts Sprachtheorie anschließen, der schon vor über 100 Jahren festhielt, daß Verstehen daran gebunden sei, ob das eigene Instrument zum Klingen gebracht werden könne. „Die Menschen verstehen einander nicht dadurch, daß sie sich Zeichen der Dinge wirklich hingeben, auch nicht dadurch, daß sie sich gegenseitig bestimmen, genau und vollständig denselben Begriff hervorzubringen, sondern dadurch, daß sie gegenseitig einander dasselbe Glied der Kette ihrer sinnlichen Vorstellungen und inneren Begriffserzeugungen berühren, dieselbe Taste ihres geistigen Instruments anschlagen, worauf alsdann in jedem entsprechende, nicht aber dieselben Begriffe hervorspringen ... Wird ... auf diese Weise das Glied der Kette, die Taste des Instruments berührt, so erzittert das Ganze, und was als Begriff aus der Seele entspringt, steht im Einklang mit allem, was das einzelne Glied bis auf die weiteste Entfernung umgibt“ (W. v. Humboldt, zit. nach Cassirer 1923, S. 105).

Der Hinweis auf die Musik bettet Verstehen und Verständigung in einen älteren geisteswissenschaftlichen Kontext, auf den auch so erfahrene Kliniker wie Cox u. Theilgaard (1987)

immer wieder verweisen. Vor dem Begreifen steht das Ergriffen-Sein. Das Verhältnis von therapeutischem Dialog und Diagnose kann am besten als System-Umwelt-Verhältnis sensu Luhmann (1984, 1990) und Baecker (1994) verstanden werden. Von hier aus ließe sich die Differenz zwischen dem forschungspragmatisch Notwendigen und dem, was professionelle Kliniker tun, aufklären. Einem Diagnostiker aber, der nur Austausch von „Informationen“ oder deskriptives Vorhandensein von symptomatischen Zeichen beobachten kann, muß entgegen, was Makari und Shapiro beschreiben können.

Diese Einsicht kann durch andere Untersuchungen gestützt werden. Lenga u. Gutwinski (1979), Gutwinski (1981) und Gutwinski-Jeggle (1983) hatten Transkripte von Balint-Gruppen studiert und kamen zum Ergebnis, daß Interpretationen wesentlich bestimmt sind von nebenbei gemachten Äußerungen, von der Art und Weise, wie die Beteiligten selbst bereits „interpretieren“. Interpretation darf die Beteiligten nicht zum „Objekt“ eines evaluierenden oder diagnostischen Zugriffs machen, wodurch ihnen die Kompetenz zur „Interpretation“ (von sich selbst, des anderen, ihrer Interaktion, der Themen usw.) abgesprochen wird. Sie müssen als „kompetent“ (Buchholz 1993) angesehen, ihre Interpretationen berücksichtigend interpretiert werden. Diagnose, so zeichnet sich ab, ist kein Vorgang, den außenstehende Dritte an einem „Material“ umstandslos vornehmen könnten; es handelt sich um einen außerordentlich komplexen Vorgang, den die Beteiligten selbst erbringen. Was außenstehende Dritte, also evaluierende Wissenschaftler oder Diagnostiker tun, muß zwar umständlich, aber als die Ebenendifferenz genau markierende „Interpretation von Interpretationen“ bezeichnet werden. Mit einer solchen Ebenendifferenz wäre ein neuer, komplexer Gegenstand für empirische Forschungen ausgewiesen. Hier werden qualitative Untersuchungsstrategien des psychotherapeutischen Interaktionsprozesses verstärkt zum Zuge kommen (Buchholz u. Streeck 1994).

Es gibt Entwicklungen in der Forschung zur Psychoanalyse, die auch

für „Systemiker“ von großem Interesse sein könnten:

Hoffman (1983) hatte Verhaltensweisen und Äußerungen des Patienten als Kommentare zum Therapeuten interpretiert und Smith (1991) verfolgt ebenso die Idee, alles, was ein Patient sagt, als entstellten Kommentar zu seinem Therapeuten aufzufassen.<sup>21</sup> Hoffman u. Gill (1988) haben dies zum Grundgedanken ihrer PERT-Technik (Patient's Experience of the Relationship to the Therapist) gemacht. Gill entwickelte seine klinische Theorie immer mehr zu einer sozial-konstruktivistischen Position, derzufolge Übertragung nicht nur aktive Herstellung durch den mitbeteiligten Analytiker ist, sondern Übertragung meint die Interpretation dessen, was der Patient an seinem Analytiker wahrnimmt, wie er ihn „auslegt“ und aufgrund dieser unbewußten Auslegung auf ihn reagiert und die Beziehung gestaltet. Herold (1995) hat eine deutsche Version des PERT, das BIP (Beziehungserleben in Psychoanalysen) entwickelt und teilt dann trotz Herstellung genügend guter Inter-Rater-Reliabilitäten mit: „Für die Beurteilung des latenten Textes, also der Interpretation von Anspielungen auf die Übertragung mußte ich zeigen, daß das von Gill und Hoffman verfolgte Konzept einer statistischen Raterübereinstimmung nicht nur unpraktikabel ist, sondern tatsächlich die Interpretationsaufgabe der Beurteiler (zer)stört.“ (Zit. nach Leuzinger-Bohleber 1996<sup>22</sup>). Herold hat sich für ein rein qualitatives Vorgehen entschieden, das auf Plausibilität und die Offenlegung der Interpretationsschritte setzt.

Doch nicht nur die qualitative, sondern auch die quantitative Forschung hat für den Umstand, daß „Interpretation“ elementarer Bestandteil von Interaktion ist, mittlerweile Belege beibringen können. Krause (1992) hatte in einer vielbeachteten Studie die Synchronisation der Gesichtsmimik von Gesunden und psychiatrisch diagnostizierten Menschen während eines Gesprächs über Politik untersucht. Die

<sup>21</sup> Rank u. Ferenczi schrieben bereits 1924 in ihren „Entwicklungszielen der Psychoanalyse“, „Die regelrechte Psychoanalyse ist in diesem Sinne sozusagen ein sozialer Vorgang“ (S. 38) und wenige Seiten zuvor haben sie die behandlingstechnischen Konsequenzen bereits entwickelt: Die „aktuelle Aufgabe“ in jeder Analyse bestünde „darin, daß man jede Äußerung des Analysierten vor allem als Reaktion auf die gegenwärtige analytische Situation (Abwehr oder Anerkennung von Aussagen des Analytikers, Gefühlsreaktionen auf dieselben usw.) verstehen und deuten muß...“ (S. 35)

<sup>22</sup> In ihrer Rezension des Buches von Herold im Heft 3 der Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis

mimischen Ausdrucksgehalte wurden in außergewöhnlicher Präzision festgehalten. Er kann dabei feststellen, daß gesunde Interaktionsteilnehmer sich innerhalb weniger Sekunden an die karge und ausdrucksarme Mimik von psychotischen Patienten angleichen und Krause zögert nicht, diese rasche Anpassungsreaktion als „Stellen einer Art von vorbewußter Diagnose“ aufzufassen. Die Diagnose wird gleichsam im Gesicht des Gesunden abgebildet und zwar auch gerade dann, wenn dieser gar nicht selbst mitbekommt, daß er eine Diagnose stellt.

Das stimmt gut mit einer klinischen Beobachtung, wie sie z. B. Havens (1986) mitteilt, überein: Betritt man ein Konferenzzimmer, in dem gerade ein depressiver Patient interviewt wurde, dann könne man die Diagnose am leeren Gesichtsausdruck der Interviewer ablesen – selbst wenn der Patient schon gegangen ist. Diese Beobachtungen gehen über diagnostische Kategorisierungen weit hinaus, sie beobachten, daß und wie beobachtet wird.

Eine weitere Studie aus Krauses Arbeitsgruppe (Merten, Anstadt, Ulrich, Krause, Buchheim 1996) beginnt mit der Feststellung, die „therapeutic relationship“ sei eine wesentliche Frage der psychotherapeutischen Prozeßforschung. Genannt werden: „Communicative contact variables such as the expressivity of the patient, the empathy of the therapist, the mutual attunement of patient and therapist, and affective exchange“ (S. 198).

Mit Hilfe des Emotional Facial Action Coding System (EMFACS) wurden zwei kurztherapeutische Behandlungen miteinander verglichen; die eine erfolgreich, die andere nicht. Eine andere Skala, die DAS (Differenzielle Angst Skala) maß den Grad der affektiven Erfahrung bei allen vier Beteiligten. Die Korrelationen zwischen EMFACS und DAS erwiesen sich nicht als Patienten-, sondern als dyadenspezifisch!

In der erfolgreichen Behandlung reagierte der Therapeut auf die mimisch mitgeteilten Affekte *komplementär*, während der erfolglose Therapeut *reziprok* reagierte. Damit ist gemeint: Betrachtet man die Patienten allein, zeigen sie ein annähernd gleich hohes Maß an Affektausdruck. Der Unterschied besteht bei den Therapeuten: in der erfolgreichen Behandlung hatte der Therapeut die höchsten Werte an „affective display“. Höchst interessant ist nun die Synchronisa-

tion: Wenn die erfolglose Patientin A Affekte zeigte, dann erfuhren sie und ihr Behandler gemeinsam Freude; zeigte sie negative Affekte, insbesondere Angst, dann verstärkte sich der mimische Angsausdruck des Therapeuten. Kam es zu keinen positiven Affekten durch die Patientin, war der Therapeut „sad“ (S. 205), war sie unkonzentriert, reagierte der Therapeut mit einer Zunahme von „social smiling“ – das ist das reziproke Muster der Affektkommunikation: Der Therapeut „geht mit“ in seinem Affektausdruck. Beim komplementären Muster des erfolgreich behandelten Patienten H spielt sich das genau anders herum ab; hier gibt es affektive Differenzen und sie werden stabil aufrechterhalten.

Aber in beiden Behandlungen gab es keine Kongruenz zwischen der rückblickenden verbalen Beurteilung der eigenen Affektlage und dem mit dem EMFACS beobachteten affektiven „display“. In einem Rückblick auf diese Untersuchung schreibt Krause (1996, S. 196), hinter dem „komplementären“ Muster verberge sich „das, was man früher als Takt, Höflichkeit, Herzensbildung oder vielleicht überhaupt Bildung verstanden hat“ – ist der Patient traurig, ist es nicht taktvoll, ebenfalls Traurigkeit zu „zeigen“, sondern freundlich-zugewandt, aber distanziert zu bleiben.

Aufgrund dieser Ergebnisse plädieren die Autoren für sorgfältige Einzelfallstudien, denn die gleichen statistischen Parameter wären in einem Gruppenvergleich „verschwunden“. Der hier gewählte Ansatz macht für die Vieldeutigkeit mimischer „displays“ hochgradig sensibel: „The facial affective sign per se has *no built-in information* to indicate whether it reflects the state of the sender, the relationship, or whether it is attached to an object the sender is discussing“ (S. 210, meine Hervorhebung, M. B. B.). Ob sich Ärgerausdruck auf das Gegenüber, die Beziehung oder das besprochene Thema bezieht, wird von den Beteiligten selbst interpretiert: Ist der Ärger Ausdruck der Person, bezieht er sich aufs Thema oder kommentiert er die Beziehung? Der „behavioral context“ wird benutzt, um solche attribuierenden Bedeutungen auszurichten. Die Zeichen

selbst haben keine „built-in“ Information, sondern sie erhalten sie durch die Kommunikation. Der gefühlte Affekt variiert mit dem mimischen Ausdruck des Partners. Therapeutische „Fehler“ entstehen, wenn die Affektregulation des Therapeuten sich an die affektiven Signale des Patienten bindet – der Therapeut erscheint dann in seinem affektiven Erleben und Reagieren als beständig vom Patienten gesteuert. Und nun folgt eine für diagnostische Schlußbildungen entscheidende Bemerkung der Autoren. Therapeuten, die sich solcher Art vom Patienten affektiv „steuern“ lassen, „often develop a model for the patient’s personality to justify their strategy. For example, they might call the patient ‘ego weak’, which would dictate the need for a supportive strategy and not allow confrontation“ (S. 210). Therapeuten, die allzusehr „affektiv mitgehen“ scheuen die Konfrontation und begründen dies dann mit der „Ich-Schwäche“ eines Patienten, die sie „diagnostiziert“ haben. Hier wird in bewundernswerter Klarheit dargestellt, daß die *diagnostische Schlußbildung eine von der affektiven Interaktion abhängige Variable* darstellt; der diagnostische Schluß kann rekursiv zur Stabilisierung des Interaktionsmusters beitragen<sup>23</sup> – wo nicht konfrontiert wird, erscheint der Patient dann auch tatsächlich als „Ich-schwach“. Wie Therapeuten zu solchen Schlüssen gelangen, welche Interaktionen welche diagnostischen Interpretationen nach sich ziehen, bietet sich der Forschung als höchst interessantes Feld an. Zieht man diese Befunde mit Helmchens Kritik zusam-

<sup>23</sup> Blaser (1989) hatte an drei Studien gezeigt, daß es diagnostische Stereotypen gibt (Verbalisierungsfähigkeit, Suggestibilität, körperliche Attraktivität u.a.), die als Grundlage für die Indikationsstellung verwendet werden. Diese Studie wird wenig zitiert, aber sie ist sorgfältig konzipiert und durchgeführt. Die Untersucher sind sich der „Reize“, aufgrund derer sie Diagnosen stellen und Indikationsentscheidungen treffen, oft nicht bewußt, aber sie werden „ausgearbeitet“ und dann „auch rationalisiert“ (S. 66) – ähnlich also, wie es in der Untersuchung der Krause-Gruppe aufgefaßt wird. Gerade weil man das solange schon weiß, ist ein deskriptiver Ansatz, der Interaktion ausschließt, fragwürdig – daß man sich dennoch nicht davon lösen kann, verweist auf andere „Umwelten“, die ich genannt habe

men, dann ergibt sich die Einsicht, daß die Diagnose der Interaktion folgt, nicht aber folgt die therapeutische Interaktion – schon gar nicht in ihren Feinheiten – aus der Diagnose.

Elementar ist, daß mit der Feststellung interaktiver Muster ein Prädiktor für den Behandlungserfolg bereits nach dem Erstinterview gefunden zu sein scheint: Das reziprok hedonische Muster, worin sich die affektive Interaktion kaum von einer „netten“ Alltagsbeziehung unterscheidet, hat den geringsten therapeutischen Erfolg. Der beobachtete Leitaffekt des Therapeuten (viel Freude und „social smiling“) korreliert negativ (mit  $r = -0.67$ ) mit dessen verbaler Erfolgseinschätzung. Diese Beobachtung interpretieren Krause u. Merten (1996) so: „Das heißt, unsere Therapeuten haben ganz unabhängig von ihrer theoretischen Orientierung bereits in der 1. Stunde ein vorbewußtes Wissen über das Mißlingen, das sich unbewußt daran aufhängt, inwiefern sie selbst in der 1. Stunde einen einzigen mimischen Affekt haben“ (S. 271) Was hier als „vorbewußtes Wissen“ bezeichnet wird, ist in der Supervisionsarbeit immer schon zu nutzen versucht worden. Hier gelingt ein empirischer Nachweis der prognostischen Bedeutung dieses professionellen Wissens. Es unterscheidet sich wesentlich von formalen, rein deskriptiven Diagnosesystemen. Streeck (1987) hatte darauf verwiesen, daß Psychotherapeuten von „Hintergrundannahmen“ gesteuert sind, die ihrerseits nicht so recht „theoriefähig“ sind. In informellen Mitteilungen enthüllen sie ein subtiles Wissen über ihre Patienten. Sie diagnostizieren Patienten bei solchen Gelegenheiten höchst umgangssprachlich, sprechen von „Schlawinern“ oder von „zarten Pflänzchen“; dabei machen sie häufig von der Metapher Gebrauch,<sup>24</sup> mit deren Hilfe sie seelisches Geschehen darstellen. Seit den professionstheoretischen Arbeiten von Polanyi (1964)

ist der Unterschied zwischen lexikalischem und praktischem Wissen gut bekannt. Er dürfte das De-facto-Vorhandensein von offiziellen neben inoffiziellen Diagnosesystemen erklären – aber er wird anders zu gewichten sein: es geht nicht mehr um die *Eliminierung* des „inoffiziellen“ Wissens, sondern zu fordern ist dessen *Anerkennung* als spezifische professionelle Leistung (Stiles 1995; Buchholz 1997).

Reiter u. Gabriel (1973) fanden in ihrer Untersuchung von Krankenakten, daß die Untersucher nicht nur die psychopathologische Fachsprache benutzten, sondern ihre Patienten in 44% der Fälle mit umgangssprachlichen Ausdrücken belegten. Das müsse, „vom Standpunkt der institutionalisierten (und stark ritualisierten) psychopathologischen Fachsprache aus“ als ein „sprachliches Ausder-Rolle-Fallen“ (S. 127) betrachtet werden. Unterscheidet man aber „positive“ und „negative“ umgangssprachliche Kennzeichnungen, dann bildet sich in diesen Merkmalen der „gute“ oder „schlechte“ Kontakt des Untersuchers zu seinem Patienten ab. Das Merkmal „schlechter Kontakt“ und das Merkmal „negative umgangssprachliche Beschreibung“ traten gemeinsam auf.

Auch aus ganz anderen Forschungen läßt sich Material für die Beobachtung beibringen, daß sich das Forschungsinteresse auf die Ebene der „Interpretation von Interpretationen“ zu verschieben beginnt. Der Sozialwissenschaftler Frank Nestmann (1988) hat eine Studie über „Alltägliche Helfer“ vorgelegt. Damit sind Friseur, Barkeeper, Taxifahrer gemeint.

Sie verwenden ein „Diagnostikum“ (Nestmann 1988, S. 201) zur Einschätzung ihrer Kunden, von dem aus sie gewissermaßen auf zu erwartende Problemgespräche hochrechnen. Taxifahrer schätzen den Gang eines Kunden aufs Taxi zu ein, Gastwirte orientieren sich an der Sitzplatzwahl. Ein Gast, der sich in eine Ecke verdrückt, wird als eher „problemgeladen“ angesehen.

Bemerkenswert an dieser Studie ist, daß alltägliche Helfer nicht nur de facto „diagnostizieren“, sondern daß sie darüber hinaus Verhaltensbeobachtungen präzise formulieren und sogar ihr diagnostisches „System“ in Interviews darstellen können. Diese Leistung erbringen auch Klinikseelsorger (Christian-Widmaier 1988). Auch sie verwenden nichtoffizielle Diagnosesysteme, die ihnen ihre professionelle Leistung ermöglichen. Wir

(Buchholz u. von Kleist 1997) haben zeigen können, wie auch Therapeuten ihre „Diagnose“ der Kontaktstörungen an eher alltagstheoretischen Vorstellungen orientieren und diese ihre (Be-)Handlungen sinnvoll leiten. Wie wenig berechtigt es ist, solche alltagssprachlichen Diagnostiken in einem abwertenden Sinn als „naiv“ zu bezeichnen, erhellt daraus, daß es bei Rosenhans Studie die Mitpatienten waren, die treffsicher die Pseudopatienten erkannten, nicht aber das klinische Personal.

### Einbettung der Diagnostik in eine Professionstheorie

Formale Diagnosesysteme wie das ICD oder DSM sind in einer sozialwissenschaftlichen Perspektive Allokationsstrategien; sie verfolgen Ziele in der Umwelt therapeutischer Interaktion und regeln den Problembesitz (Levold 1997). Ihr Wert für therapeutische Interaktionen ist recht begrenzt. Empirische Untersuchungen belegen, daß formale Diagnosen abhängig sind von therapeutischer Interaktion; die Sammlung von Patientenmerkmalen allein klärt nur 8–9% der Varianz des „outcome“ therapeutischer Behandlungen (Kächele und Fiedler 1985; Bachrach et al. 1991). Die in Maßnahmen der Qualitätssicherung derzeit erprobte Strategie, diagnostisch eingrenzbar Störungen mit spezifischen „Techniken“ zu begegnen, ist gerade unter Heranziehung solcher empirischer Befunde fragwürdig. Diese Strategie unterstellt fälschlich sowohl Einheitlichkeit der „Störungen“ als auch Einheitlichkeit der Behandlungen – beides ist bislang unwidersprochen schon vor langer Zeit als „Einheitsmythos“ kritisiert worden. Professionelle Interaktion ist eine emergente Ebene, d. h. nicht-reduzierbar auf Merkmale des Patienten oder des Therapeuten. Sie bildet ein eigenes interaktives System (das selbst wiederum „gestört“ sein oder werden kann), in dessen Umwelt Diagnostik vorkommt. Denkt man an die Rosenhans'schen Befunde mit Pseudopatienten, dann muß man in jedem einzelnen Fall die Frage untersuchen, inwiefern diese Umwelt selbst „störend“ in therapeutische Interaktionen eingreift.

<sup>24</sup> Berlin et al. (1991) haben die Rolle der Metapher in der Psychotherapie untersucht, ebenso Kasulke (1992) und Najavits (1993). Mit qualitativen Verfahren haben sich dem gleichen Thema v. Kleist (1987), Schmitt (1995) und Buchholz (1996) zugewandt. Neuerdings hat Kronberger (1997) eine Arbeit über die Metaphern der Depression vorgelegt

Die Entwicklung diagnostischer Systeme hat ihren Wert im Kontext gesundheitspolitischer Konflikte, im individuellen Fall sagen Diagnosen wenig über die Prognose und über das, was in einer Behandlung geschieht –, und das kann man mit empirischer Forschung belegen. Soll man nun formale Diagnosesysteme im Feld der Psychotherapie verwerfen? Die Antwort ist eindeutig: nein, aber man muß ihre Begrenzungen erkennen. Sie nutzen dann, wenn sie in ein mehrstufiges Professionalisierungskonzept eingebettet werden können. Dann helfen sie Anfängern bei einer ersten Orientierung und vermitteln im optimalen Fall eine gewisse Sicherheit. Eine solche erste Stufe der Professionalisierung kann aber überwunden und diese Überwindung auch in Ausbildungen gelehrt werden. Die Psychoanalytikerin Paula Heimann sprach einmal davon, Ziel therapeutischer Kompetenz sei, die „Wiedererlangung der Kunst, natürlich zu sein“, und damit ist ein Paradox gemeint: Therapeutische Beziehungen sind kunstvoll eingerichtet, aber man beginnt immer mit der jedem zur Verfügung stehenden „natürlichen Kompetenz“, einen anderen Menschen oder ein „System“ zu verstehen – wie auch immer fragmentarisch diese „natürliche Kompetenz“ anfänglich beschaffen sein mag. Jeder erinnert sich aus seiner psychotherapeutischen Ausbildung, wie man in einer zweiten Stufe seinen Patienten nicht gerecht wurde, weil man ihnen ein diagnostisches Korsett aufzuzwingen versuchte, und erst, wenn man auch dies wiederum überwunden hat, erlangt man die Fähigkeit zurück, natürlich zu sein – dann aber in einem hohen Grad an Verfeinerung. Diese bezieht sich insbesondere auf die Fähigkeit, anderen Menschen „begegnen“ zu können, wie dieser interaktive Aspekt in der Professionstheorie von Welter-Enderlin u. Hildenbrand (1996) genannt wird. Auf dieser Stufe wird die diagnostische Suche nach „externen“ Ursachen von einer Suche nach dem Sinn komplettiert. Aus dem einen folgt „Kampf“, aus dem andern Verstehen – sogar des Wunsches, dagegen zu kämpfen. Einmal folgt man einer Kausalkette und stellt Warum-Fragen, auf der nächsten Stufe aber stellt sich die Frage nach der Botschaft der Störung.

Die Frage heißt dann: Wozu? – ohne das Leiden zu ignorieren oder gar zu legitimieren.

Eine Depression kann dann als sinnvolle Antwort in einer belastenden Lebenssituation verstanden werden oder eine Angstattacke als Schutz vor Wiederbegegnungen mit traumatischen Situationen oder als Vermeidung von als „gefährlich“ phantasierten Situationen.

Eine „Störung“ zu verstehen bedeutet, sie als Zeichen auf der Suche nach einem „Adressaten“ (v. Uexküll 1989, S. 232) aufzufassen; wer versteht, wird Adressat der „Begegnung“. Viktor von Weizsäcker hatte in seiner Schrift „Der Gestaltkreis“ diesen Begriff zum „Kernbegriff der Wissenschaft erhoben“ – einer Wissenschaft, die mit ihren Objekten „redlich“ umgehe.

Mit Hilfe eines solchen mehrstufigen Professionalisierungskonzept läßt sich das Risiko diagnostischer Klassifikationen zwanglos bestimmen: Es ist gegeben, wenn die formale Diagnose das Verstehen ersetzt oder so übersteuert, daß auch in der Psychotherapie wieder krankheitsorientiert und nicht mehr patientenorientiert gearbeitet würde. Diagnostik ohne solche professionstheoretische Einbettung bliebe „unterhalb“ dessen, was Therapeuten – gleichgültig welcher Schule – alltäglich an Verstehensleistungen für andere Menschen erbringen. Es wäre lohnend zu diskutieren, ob diese Gefahr auch in der Familientherapie als gegeben angenommen werden muß.

Die Untersuchung therapeutischer Interaktion (statt Klassifikation von Patientenmerkmalen) muß deshalb in Zukunft verstärkte Aufmerksamkeit finden. Soweit Untersuchungen vorliegen, sind sie eher mit dem familientherapeutischen Grundansatz kompatibel als mit individualisierenden Psychopathologien. Das familientherapeutische Feld kann sich auf solche empirischen Befunde stützen und einen Re-Import medizin-analoger Behandlungskonzepte als auch Versuche einer Re-Individualisierung psychischer Störungen kritisch erörtern. Auch für eine politische Diskussion der Folgen eines Aus- oder Einschusses von Familientherapien in die kassenfinanzierte Versorgung dürften diese Befunde Bedeutung haben. Ich plädiere nachhaltig sowohl für eine

sozialwissenschaftlich-qualitative Anbindung an die Untersuchung der Mikrostruktur von Interaktionen als auch für eine breite Diskussion der Frage, in welchem Verhältnis diagnostisch-klassifikatorische und professionell-therapeutische Kompetenzen zueinander stehen. Die von mir referierten empirischen Untersuchungen sprechen dafür, letztere als vorrangig anzusehen – aber in einem verschärften politischen Verteilungskampf scheint das klassifikatorische Denken derzeit die Oberhand zu gewinnen.

### Fazit für die Praxis

*Auch in der familientherapeutischen Praxis werden in Zukunft häufiger Diagnosen gestellt werden müssen. Gerade Praktiker müssen deshalb wieder mehr darüber nachdenken, welche Folgen diagnostische Zuschreibungen haben. Die hier referierten empirischen Untersuchungen zeigen sehr anschaulich, daß die Diagnose aus der therapeutischen Begegnung insofern folgt, als sie vorhergesagt werden kann, aber es wäre ein Irrtum anzunehmen, daß die Diagnose die Behandlung insgesamt oder die therapeutische Beziehung in ihren Feinheiten steuere. Es ist deshalb fraglich, ob psycho- und familientherapeutische Behandlungen mit der Medizin-Metapher betrieben werden können. Die therapeutische Beziehung ist vielmehr ein ganz eigenes Interaktionssystem, für dessen Reflexion professionelle Kompetenzen erheischt sind, die weit über das Diagnostizieren-Können hinausgehen. Die Entwicklung solcher reflexiver Kompetenzen hilft bei der Klärung von Schwierigkeiten in Behandlungen und sollte in Ausbildungen gefördert werden.*

## Literatur

(Die vollständige Literaturliste ist beim Autor auf Anfrage erhältlich)

Berlin RM, Olson ME, Cano CE, Engel S (1991) Metaphor and psychotherapy. *Am J Psychother* 45: 359–366

Buchholz MB (1993) Probleme und Strategien qualitativer Psychotherapieforschung in klinischen Institutionen. *Psyche* 47: 148–179

Buchholz MB (Hrsg) (1995) Psychotherapeutische Interaktion – Qualitative Studien zu Konversation und Metapher, Geste und Plan. Westdeutscher Verlag, Opladen

Buchholz MB (1996) Metaphern der ‚Kur‘. Studien zum therapeutischen Prozeß. Westdeutscher Verlag, Opladen

Buchholz MB (1997) Psychoanalytische Professionalität. Andere Anmerkungen zu Grawes Herausforderung. *Forum Psychoanal* 13: 75–93

Buchholz MB, Hartkamp N (Hg) (1997) Supervision im Fokus – Polyzentrische Analysen einer Teamsupervision. Westdeutscher Verlag, Opladen

Buchholz MB, Kleist C v (1997) Szenarien des Kontakts – Eine metaphernanalytische Studie zur stationären Psychotherapie. *Psychosozial-Verlag*, Gießen

Buchholz MB, Streeck U (1994) Psychotherapeutische Interaktion: Aspekte qualitativer Prozeßforschung. In: Buchholz MB, Streeck U (Hrsg) Heilen, Forschen, Interaktion. *Psychotherapie und qualitative Sozialforschung*. Westdeutscher Verlag, Opladen

Christian-Widmaier P (1988) Krankenhaus-seelsorger und todkranker Patient. Im Spiegel ihrer wechselseitigen Wahrnehmung. Springer, Berlin Heidelberg New York

Cierpka M, Buchheim P, Freyberger HJ, Hoffmann SO, Janssen P, Muhs A, Rudolf G, Rüger U, Schneider W, Schüßler G (1995) Die erste Version einer Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-1). *Psychotherapeut* 40: 69–78

Cox M, Theilgaard A (1987) Mutative metaphors in psychotherapy. *The Aeolian mode*. Tavistock, London New York

Dilling H (1993) Zur Geschichte nosologischer Klassifikationen in der Psychiatrie. In: Schneider W, Freyberger HJ, Muhs A, Schüßler G (Hrsg) Diagnostik und Klassifikation nach ICD-10 Kap. V. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, pp 15–21

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg) (1995) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien, 2. Aufl. Huber, Göttingen Toronto Seattle

Elizur J, Minuchin S (1989) Institutionalizing madness. *Families, therapy, and society*. Basic Books, New York

Freud S (1940) Abriß der Psychoanalyse. G. W., Bd 17 S Fischer, Frankfurt, S 63

Helmchen H (1991) Der Einfluß diagnostischer Systeme auf die Behandlungsplanung. *Fundamenta Psychiatrica* 5: 18–23

Hölzer M, Scheytt N, Mergenthaler E, Kächele H (1994) Der Einfluß des Settings auf die therapeutische Verbalisierung von Affekten. *PPmP Psychother Psychosom med Psychol* 44: 382–389

Karlsson H, Kamppinen M (1995) Biological psychiatry and reductionism. Empirical findings and philosophy. *Br J Psychiatry* 167: 434–438

Krause R, Merten J (1996) Affekte, Beziehungsregulierung, Übertragung und Gegenübertragung. *Z Psychosom Med* 42: 261–280

Levold T (1997) Problemsystem und Problembesitz: die Diskurse der sexuellen Gewalt und die institutionelle Praxis des Kinderschutzes. Teil I. *System Familie* 10: 21–30

Lidz T (1991) Die Regression der Psychiatrie (übersetzt von Reich G, Buchholz MB). *Psychosozial* 14 (Heft 48): 67–80

Luhmann N (1984) Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Suhrkamp, Frankfurt

Luhmann N (1990) Sthenographie. In: Luhmann N, Maturana H, Namiki M, Redder V, Varela F (Hrsg) Beobachter: Konvergenz der Erkenntnistheorien? Wilhelm Fink, München

Nestmann F (1988) Die alltäglichen Helfer: Theorien sozialer Unterstützung und eine Untersuchung alltäglicher Helfer aus vier Dienstleistungsberufen. de Gruyter, Berlin New York

Overbeck G, Müller T, Jordan J, Grabhorn R (1996) Der stationäre Therapieverlauf bei einer eßgestörten Patientin im Spiegel der formalen psycholinguistischen Textanalyse. Ein Beitrag aus der intensiven multimodalen Einzelfallforschung. Teil I. *Z psychoanalyt Theorie Praxis* 11: 210–224

Reiter L, Gabriel E (1973) Diagnose „Psychopathie“ und diagnostischer Prozeß bei Jugendlichen. In: Strotzka H (Hrsg) Neurose, Charakter, soziale Umwelt. Beiträge zu einer speziellen Neurosenlehre. Kindler, München

Rosenhan DL (1973) On being sane in insane places. *Science* 179 (19, January)

Rudolf G, Grande T, Oberbracht C, Jakobsen T (1996) Erste empirische Untersuchungen zu einem neuen diagnostischen System: Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). *Z Psychosom Med* 42: 343–357

Schmitt RO (1995) Metaphern des Helfens. Beltz, Weinheim

Schön DA (1983) The reflective practitioner. How professionals think in action. Basic Books, New York

Shanon B (1989) Metaphors for language and communication. *Revue Internationale de Systémique* 3 (1): 43–59

Siirala M (1961) Die Schizophrenie des Einzelnen und der Allgemeinheit. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Simon FB, Weber G (1988) Das Ding an sich. Wie man eine ‚Krankheit‘ erweicht, verflüssigt, entdinglicht... *Familiendynamik* 13: 57–61

Streeck U (1983) Abweichungen vom „fiktiven Normal-Ich“: Zum Dilemma der Diagnostik struktureller Ich-Störungen. *Z Psychosom Med* 29: 334–349

Strupp HH (1996) Nachhaltige Lektionen aus der psychotherapeutischen Praxis und Forschung. *Psychotherapeut* 41: 84–87

Uexküll T v (1989) Naturwissenschaft als Zeichenlehre. *Merkur* 43 (481): 225–235

Welter-Enderlin R, Hildenbrand B (1996) Systemische Therapie als Begegnung. Klett-Cotta, Stuttgart

Wolff S (1994) Innovative Strategien qualitativer Sozialforschung im Bereich der Psychotherapie. In: Buchholz MB, Streeck U (Hrsg) Forschen – Heilen – Interaktion. *Psychotherapie und qualitative Sozialforschung*. Westdeutscher Verlag, Opladen