

**Hermann Kutt**

## **GFK-Diagnostik und GFK-Therapie im medizinischen Umfeld**

**In: GFK Texte 4, 1999, S. 45-46**

Seit Jahren ist die Landespolitik der Psychotherapeuten-Verbände und auch die der Psychotherapie-Institute darauf ausgerichtet, von den Sozialversicherern und den politischen Instanzen als selbständige Leistungserbringer im Gesundheitswesen anerkannt und entsprechend honoriert zu werden. Dieser Schritt impliziert, dass die einzelnen PsychotherapeutInnen und die Institute mehr zu Teilen des Gesundheitswesens (treffender genannt des Krankheitswesens) werden und damit der Welt der Medizin näher rücken. Es steht mir als Mediziner nicht zu, diese Entwicklung zu hinterfragen. Ich möchte einzig daran erinnern, dass schon vor Jahren ein gesellschaftskritischer Psychotherapeut wie Paul Parin unter dem Schlagwort des "Medicozentrismus" darauf hingewiesen hat, dass die Anpassung an und die Unterordnung unter die Medizin für die Psychotherapie den Preis des Verlustes an gesellschaftskritischer und revolutionärer Substanz beinhaltet. Dies ist aber nicht Hauptthema meines Artikels. Nichts desto trotz haben sich das GFK als Ausbildungsinstitut und viele GFK-TherapeutInnen um die Anerkennung von staatlichen Instanzen und von Sozialversicherern bemüht, weniger aus der Überzeugung heraus, Teil des Gesundheitswesens werden zu wollen, sondern schlicht und ergreifend, weil der Broterwerb damit verknüpft ist.

Wenn Psychotherapie und Medizin aufeinander treffen, dann kommt das mehr einer Vernunftfehe denn einer Liebesheirat gleich. Sicher gibt es Verbindendes: So dürfte sich die Motivation zur Berufswahl und Berufsausübung bei PsychotherapeutInnen und bei ÄrztInnen ziemlich ähneln: Beide wollen andern Menschen helfen, wollen oft Not und Unheil heile machen, wollen vielleicht die Welt etwas verbessern, gehen vielleicht auch gern mit Menschen um. Aber die beiden Welten der Medizin und der Psychotherapie bergen auch viele Gegensätze in sich. Die beiden Berufsgruppen tun sich oft auch schwer, locker miteinander zu reden, einander etwas zu verstehen. Ich versuche im Folgenden, einige dieser Gegensätze oder Spannungsfelder an den Themen Gesundheit, Krankheit, Symptome, Diagnostikverständnis, Therapieverständnis zu beschreiben und die jeweiligen unterschiedlichen Vorstellungen, Konstruktionen und Bedeutungen zu beleuchten.

Gemäss der optimistischen WHO-Definition würde Gesundheit körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden bedeuten. In der Medizin würde ein Mensch für gesund erklärt, wenn er keine Beschwerden, Symptome genannt, äussert und sich in technischen Untersuchungen alles normale Befunde ergeben. In einigen Fällen ergibt sich sogar eine einigermaßen klare Grenze zwischen gesund und krank. Doch meist ist dies auch in der Medizin nicht der Fall. Je älter ein Mensch wird, desto mehr Ablagerungen hat er in seinen Gelenken und in seinen Blutgefässen. Sie bergen das Risiko zum Teil schwerer Erkrankungen. Ist er nun, wenn er keine Beschwerden hat, bereits krank oder ist er noch gesund? Ebenso weiss man, dass ein Mensch bereits lange vor dem Ausbruch einer Krebserkrankung schon krebserartige Zellen in sich hatte. Ein Mensch hat Schmerzzustände, die Ärztin findet keine behandelbare Erkrankung, ist er nun gesund oder ist er krank? Auch in der Medizin gibt es also viele fließende Übergänge zwischen gesund und krank, so wie es uns in der Psychotherapie sehr vertraut ist. Doch wo ziehen wir PsychotherapeutInnen innerlich Grenzlinien zwischen gesund und krank oder gesund und gestört? Viele machen eine Grenze zwischen ambulant behandelbar und ambulant nicht mehr mit Psychotherapie behandelbar. Oder zwischen mit "reiner" Psychotherapie behandelbar und nur mit Psychopharmaka behandelbar.

Sowohl in einer Ärztin - Patientinnen - Beziehung wie auch in einer psychotherapeutischen Beziehung können die Vorstellungen von Gesundheit oder Krankheit einer Klientin sehr auseinanderklaffen. Die Patientin fühlt sich leidend, eingeschränkt, krank, gestört, die Ärztin stützt sich auf normale objektivierbare Befunde und teilt mit: "Ihnen fehlt nichts". Alle psychosomatisch oder psychovegetativ Leidenden können mit ihren diesbezüglichen Erfahrungen in der Medizin ein Lied davon singen. Oder ein übergewichtiger Geniesser fühlt sich munter, der Arzt sieht ihn innerlich schon halbseitengelähmt im Rollstuhl hängen. Aber auch in der Psychotherapie kann die Beurteilung des Schweregrades einer Störung zwischen Therapeutin und Klientin unterschiedlich sein und zu Konflikten führen. PsychotherapeutInnen sind sich in der Regel ein partnerschaftlicheres Beziehungsverständnis gewohnt, werden mehr Übung darin haben, auch den Ansichten und Bewertungen der Klientin Raum

zu geben. Viele MedizinerInnen haben ein eher hierarchisches Beziehungsverständnis und werden unter Umständen die Definitionsmacht für gesund und krank allein für sich beanspruchen oder sich hinter so genannt objektiven Befunden verschanzen. Im klientenzentrierten Ansatz mit seinem partnerschaftlichen Beziehungsverständnis und seiner nicht direktiven Haltung haben die Krankheitsdefinition und die Bedeutungsgebung der Klientin Vorrang. Und es gehört zur Therapie, gerade der individuellen Bedeutung der Störung in der seelischen Welt der Klientin Raum zu geben und ihr nachzugehen.

Was vertreten nun die verschiedenen psychotherapeutischen Schulen diesbezüglich? Die psychoanalytische Neurosenlehre ist aus der Medizin heraus entstanden und in vielem einer organischen Krankheitslehre analog. Freud definierte seelische Gesundheit als Fähigkeit zu lieben und zu arbeiten. Die humanistischen Psychologinnen steigern sich zur fully functioning person als Idealvorstellung von Gesundheit. Ein Teil der humanistischen Therapierichtungen vertritt eine Krankheitslehre, z.B. die Bioenergetiker, ein anderer Teil lehnt aber eine Krankheitslehre und eine Diagnostik ab, wie z.B. die Gesprächspsychotherapie. Das Charakterstrukturmodell des GFK ist ausdrücklich kein Krankheits- oder Störungsmodell, sondern auf alle Menschen anwendbar. Entsprechend ist es keine Krankheitsdiagnostik im Sinne der Medizin (oder der Sozialversicherer), auch wenn selbstverständlich gewisse Analogien zwischen einzelnen Charakterstrukturen und dem Diagnostik-Verständnis des ICD bestehen.

Alle humanistischen Richtungen sehen die Aufgabe einer Therapie darin, seelisches Wachstum und Entwicklung zu fördern und nicht darin, eine Krankheit wegzubehandeln. Sie betonen auch für die Therapie die Wichtigkeit der "Arbeit mit den gesunden Anteilen, den gesunden Kräften" einer Person. Nebenbei: was meinen wir wirklich damit? Nach der heute geltenden Definition der Leistungsverordnung des KVG sind Therapien zur Entwicklungsförderung und Selbsterfahrung ausserhalb der Leistungspflicht der Sozialversicherer. Die Betonung von Wachstum und Entwicklung schliesst eine Einengung des Therapiezwecks auf eine Symptom-Beseitigung, das Wegbehandeln einer Störung, einer Krankheit aus. Auch wenn Bemühungen um Symptom-Beseitigung ein Inhalt der Therapie bleiben. Dies schliesst aber nicht aus, dass Klientinnen mit "medizinischen" Vorstellungen und Wünschen nach Symptom-Beseitigung, überspitzt gesagt mit Reparaturwartungen, in die Therapie kommen. So müssen eventuell Inhalte und Möglichkeiten, aber auch Grenzen einer Therapie immer wieder geklärt, erarbeitet werden.

Eine GFK-Therapeutin muss im medizinischen Umfeld beides schaffen: In Wachstumskategorien denken und fühlen können, zyklisch denken und fühlen können, das Modell der Charakterstrukturen anwenden können und eine Therapie, eine Klientin aus dem medizinischen Blickwinkel betrachten und beschreiben können, auch wenn dies in einigen Punkten einem geistigen Spagat gleichkommt. Was die Beschreibung und Beurteilung einer Therapie angeht, so kombiniert in der medizinischen Welt die Ärztin aus Beschwerden, Symptomen und aus Untersuchungsergebnissen die Diagnose zusammen. Streng genommen darf keine Therapie begonnen werden, bevor nicht die Diagnose feststeht. Und die Therapie soll die festgestellten Symptome beseitigen. Die Behandlung mancher Krankheiten erfolgt nach diesem Schema. So kann es durchaus sinnvoll sein, dass, bevor ein Bauch operativ eröffnet wird, eine klare Diagnose gestellt wird. Aber vieles in der Medizin läuft nicht nach diesem Muster, z.B. behandeln Hausärzte oft, ohne eine Diagnose zu kennen. Oder sie erschliessen sie nachträglich aus dem Verlauf oder finden sie in prozesshaftem, zyklischen Vorgehen. Dies nähert sich schon der Psychotherapie: Die Behandlung läuft von Beginn weg, eine diagnostische Beurteilung kann sich, muss sich aber nicht, im Laufe des Beziehungsprozesses ergeben. Ebenso können, müssen aber nicht zwingend, Symptome im Laufe der Behandlung bessern oder verschwinden.

In der Medizin dient die Benennung, die Diagnostik einer Erkrankung der Systematisierung, der Einordnung, allenfalls in ein System, sie dient aber auch der kollegialen Verständigung. Dies kann von der psychotherapeutischen Diagnostik in keiner Art und Weise gesagt werden: Im besten Fall werden wenigstens innerhalb derselben Schulen die gleichen Begriffe verwendet, einer kollegialen Verständigung dienen die Benennungen aber kaum. Es herrscht eine derartige Vielfalt oder anders gesagt, es herrscht ein derartiger Wirrwarr an diagnostischen Ausdrücken und Systemen, dass im Dialog nur Verwirrung und nicht Klärung entstehen kann. Man denke nur an die vielfältigen Bedeutungen von Begriffen wie Borderline, wie hysterisch oder psychopathisch. Das GFK darf sich sicher rühmen, noch einige eigene Farbtupfer, nicht die unoriginellsten, zu dieser bunten, wirren Diagnostik-Begriffslandschaft beigetragen zu haben.

GFK-TherapeutInnen müssen aber, um sich kollegial und interdisziplinär verständigen zu können, lernen, die GFK-spezifische Sprache zu übersetzen und zu ergänzen und zu erklären. Dies muss um

so mehr tun, wer seine Therapien gegenüber den Kostenträgern legitimieren will (oder muss). Sie muss sich also "medizinnahe" ausdrücken und beschreiben können. Sie muss mindestens den glaubhaften Anschein erwecken, in ersten Gesprächen eine gewisse Anzahl an Symptomen erfahren oder erfragt und diese zu einer ICD-10 kompatiblen diagnostischen Beurteilung kombiniert zu haben. Die Diagnostik muss einen Krankheitswert oder einen Schweregrad bedeuten und die gewählte Behandlungsart muss dem Krankheitszustand, der diagnostischen Beurteilung angemessen sein und erst noch ökonomisch durchgeführt werden.

Entsprechend weist ein Zwischen- oder Verlaufsbericht im Idealfall ein Verschwinden oder mindestens ein Nachlassen gewisser Symptome aus. Dies gilt dann auch als Hinweis auf die Wirksamkeit der Therapie. Gleichzeitig weist der Bericht ein weiteres Bestehen gewisser Symptome zur Legitimation der weiteren therapeutischen Arbeit aus.

Im klinischen Seminar erwies es sich schon mehrmals, dass die zweigleisige Betrachtungsweise, GFK-gelernt und ICD-10 kompatibel und die teilweise notwendige diagnostische Übersetzungsarbeit leichter fallen, als es die TeilnehmerInnen anfänglich erwarten. Aber manchmal wird das Spannungsfeld sichtbar, spürbar, und die Gefahr von Bewertungen und Abwertungen nimmt zu. Wer innerhalb des Gesundheitswesens Therapie machen will, wird sich wohl oder übel mit den Gesetzen nicht nur der medizinischen, sondern mehr und mehr der politischen Welt auseinandersetzen und ungeachtet der persönlichen Meinung und Einstellung damit leben müssen.