

- Publ. in: Längle A (2005) Handhabung und Verwendung der Diagnostik aus Sicht der Existenzanalyse. In: Bartuska H, Buchsbaumer M, Mehta G, Pawlowsky G, Wiesnagrotzky S (Hrsg) Psychotherapeutische Diagnostik. Leitlinien für den neuen Standard. Wien: Springer, 85-92
- engl. (2008) The Process of Diagnosis in Existential Analysis (EA). In: Bartuska H, Buchsbaumer M, Mehta G, Pawlowsky G, Wiesnagrotzki S (Eds) Psychotherapeutic Diagnosis. Guidelines for the New Standard. New York: Springer, 83-90

Der Diagnoseprozeß in der Existenzanalyse

Alfried Längle

Zusammenfassung:

Diagnose wird in der Existenzanalyse verstanden als Erkenntnis der Störung, ihrer Regelmäßigkeiten in der Erscheinung, ihrer Struktur und individuellen Ausprägung zum Zwecke der Orientierung für die Behandlung. Sie kommt am Beginn der Psychotherapie (Erstdiagnose), im Behandlungsverlauf (Prozeßdiagnose) und als reflektierende Einschätzung am Ende der existenzanalytischen Behandlung (Abschlußdiagnose) zum Einsatz. In ihr geht es darum, das sich am Patienten zeigende Störphänomen so mit der existenzanalytischen Theorie in Verbindung zu bringen, daß eine dem Patienten, dem Phänomen und der psychotherapeutischen Ethik adäquate Behandlung möglich wird. Sinn der Diagnostik ist die Einschätzung des Phänomens hinsichtlich des Störungswertes (Behandlungsbedürftigkeit), der Störungsursache und -zusammenhänge (Anthropologie mit besonderer Berücksichtigung somatischer Mitbeteiligung, existentielles Milieu), der Prognose (Therapieerwartung, Hindernisse und Gefahren während Therapie) und eine Abstimmung der Erkenntnisse mit den Methoden einer optimalen Behandlung (inklusive ökonomische Kommunikation mit Fachleuten). In der Diagnostik wird die durch Anamnese, Tests und Phänomenologie erhobene konkrete Kenntnis durch die Vernetzung mit einem Allgemeinwissen im Aussagewert verdichtet. Die existenzanalytische Diagnostik geht als phänomenologische Diagnostik aus von dem, was den Patienten bewegt und richtet ihre Aufmerksamkeit auf die existentiellen Fähigkeiten und Erfordernisse des Patienten. Diese werden durch die Klärung der Voraussetzungen für ganzheitliche Existenz (Grundmotivationen) und der Begegnungsfähigkeit mit sich und der Welt (Personale Existenzanalyse) erhoben. Damit wird die dynamische Ebene und das Verarbeitungsniveau der Psychopathologie beleuchtet.

Einleitend wird der theoretische Hintergrund der Existenzanalyse vorgestellt, um deutlich zu machen, wo die Diagnostik in dieser Richtung der Psychotherapie ansetzt. Anschließend wird der spezifische Diagnosezirkel der Existenzanalyse vorgestellt und schließlich ein Überblick über die Diagnoseebenen in der Existenzanalyse gegeben. Als Grundlage dieser Arbeit dient das Ergebnis eines Projektes, das von Luss, Freitag, Längle A, Tutsch, Längle S, Görtz (1999) publiziert worden ist.

I. Theoretischer Hintergrund

Existenzanalyse - und ihr Teilgebiet „Logotherapie“ - ist von Viktor Frankl (z.B. 1990, 1992) in den 30er Jahren begründet worden und in den letzten zwanzig Jahren in der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (Wien) methodisch, theoretisch und praktisch in erheblichem Umfang weiterentwickelt worden. Existenzanalyse ist eine Psychotherapierichtung, die ihren Ursprung in der philosophischen Anthropologie (vor allem von Max Scheler) hat und einen Versuch darstellt, existenzphilosophisches und phänomenologisches Gedankengut für die Behandlung und Prävention seelischer Störungen fruchtbar zu machen (Frankl 1990; Längle 1999). Dabei wird Existenzanalyse verstanden als Analyse der Bedingungen für erfüllte Existenz, während Logotherapie für die Behandlung des frustrierten oder durch schwere Verluste entleerten Sinnbedürfnisses des Menschen vorgesehen ist. Der Ansatzpunkt der Existenzanalyse ist das „Personsein in der Welt“, worin das „vor die Wahl gestellt Sein“ des Menschen zentrale Aufgabe ist. Als Ziel sieht die Existenzanalyse, daß der Mensch von seinen Wahlmöglichkeiten so weit Gebrauch machen kann, daß er zu einer „affirmativen Haltung“ zu sich und zu seinem Leben kommen kann. Um dieses Therapieziel eines „Lebens mit innerer Zustimmung“ (d.h. in Freiheit und Verantwortung) zu erreichen, liegt die Hauptarbeit in der Regel im Finden eines Zugangs zur eigenen Emotionalität, welche die Basis einer authentischen Lebensführung darstellt (Längle 1999, 2003). Eine existenzanalytische Diagnostik wird von dieser Aufgabenstellung geleitet sein.

Die Zentralbegriffe der Existenzanalyse sind Person und Existenz. *Person* wird als jene Instanz im Menschen verstanden, in der sich der Mensch als sich selbst gegeben erfährt (Heidegger 1979, 193; Jaspers 1952, 42; Pannenberg 1986, 8). Als solcher steht der Mensch in einer ständigen "inneren Gegenwart" (Längle 1988, 97; 1992, 7), der ein "grundsätzliches Vermögen zum Dialog" eignet (Buber 1972). Aufgrund ihrer *dialogischen Natur* steht die Person im steten Austausch mit der Welt und in der Wechselwirkung mit sich selbst und der Welt. Der Mensch verwirklicht sein Personsein, indem er sich in Beziehung bringt zu sich selber wie zur Welt, die als "andere von ihm" ihn ergänzt ("ganz" = "heil" macht). Existenzanalytische Psychotherapie geht genau davon aus: von einem Personsein, das danach strebt, sich in Beziehung zu bringen, und zwar in der speziellen Weise der Begegnung (Längle 1993, 137). Störungen liegen der Existenzanalyse zufolge vor, wenn der Mensch nicht in der Lage ist, sein dialogisches Wesen zu realisieren (Längle 1992).

In der *Personalen Existenzanalyse* (Längle 1993, 2000) sind die Elemente systematisch gegliedert, die in einer personalen Begegnung enthalten sein müssen (Begegnung wird hier nicht nur zu anderen Menschen, sondern auch zu Situationen und Sachen gedacht): Wahrnehmung, emotionales Erleben (Eindruck), Verstehen (innere Stellungnahme) und Antwortverhalten (Ausdruck). Eine existenzanalytische Diagnostik achtet auf den Reifegrad und die Einsatzfähigkeit dieser personalen Prozeßvariablen.

Die Existenzanalyse folgt der humanistischen Tradition insofern, als die Therapie an den personalen Kräften des Menschen anknüpft. Im Unterschied zur humanistischen Psychologie werden diese in der Existenzanalyse aber nicht allein innerpsychisch behandelt, sondern stets mit der Intention des Dialoges mit der Welt, in der der Mensch steht. Die Welt hat im existenzanalytischen Verständnis keinen „funktionalen“ Charakter (z.B. dient nicht allein der Bedürfnisbefriedigung oder der Selbstaktualisierung). Im phänomenologischen Licht rückt ihre Eigenwertigkeit in den Vordergrund. Als solches stellt die Welt Angebot, Herausforderung und Aufgabe dar, zu deren Partizipation der Mensch "gerufen" (Heidegger) wird. *Existenz* bedeutet somit ein in innerer und äußerer Abstimmung vollzogenes und daher vor sich selbst verantwortetes und nach Maßgabe der Möglichkeiten gestaltetes Leben. In der von sich ausgehenden, sich aber zugleich überschreitenden Hingabe an die Sache oder an andere Personen vollzieht der Mensch seine Existenz (Frankl 1982, 160). Darin unterscheidet sich das Menschenbild der Existenzanalyse von manchen anderen psychotherapeutischen Menschenbildern, die als Therapieziel weniger die Fähigkeit sich auf andere auszurichten und hinzuordnen ansehen, sondern z.B. mehr die Verhaltenskontrolle oder die innere Spannungsfreiheit anstreben. Weil die situative Ausrichtung aber immer in der Gegenwart geschieht, ist das jeweils "Aktuelle" der Ausgangspunkt der existenzanalytischen Arbeit. Nur in dem Maße wie das Biographische "aktuell" wird und den unmittelbaren Lebensvollzug behindert, wird es Thema der Therapie und kann dann vorübergehend das, was heute in der Welt „draußen“ geschieht, in den Hintergrund drängen.

Um dieses In-der-Welt-Sein gestalten zu können bezieht sich der Mensch auf vier *Grundbedingungen menschlicher Existenz*: Sicherung der Existenz, Erfahrung des Lebens als Wert (Fühlen), Selbstwert (Wert der Person) und Sinnhaftigkeit des Lebensvollzugs. Existenzanalytische Diagnostik wird auch diese „Strukturelemente des Daseins“ erfassen müssen, um dem Therapieziel gerecht zu werden.

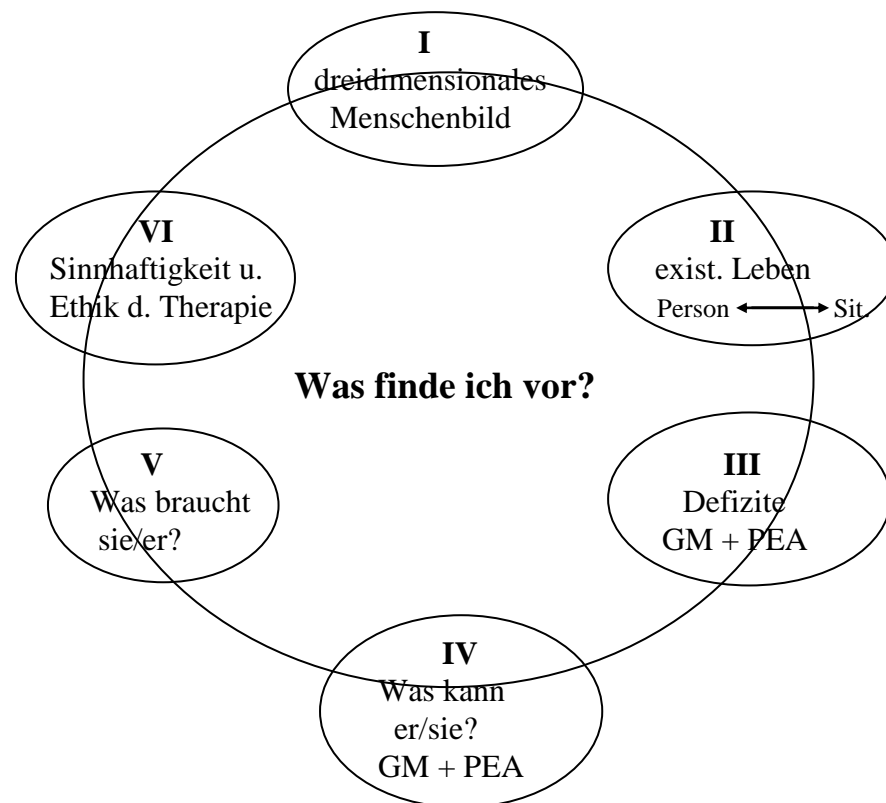
II. Existenzanalytischer Diagnosezirkel

Wie jede Diagnostik geht auch die existenzanalytische von dem aus, worunter der Patient¹ leidet und was sich im Gespräch an Problematik zeigt, um es in Bezug zu bringen zur eigenen Theorie, die das Vorgefundene auf das therapeutisch Relevante hin durchleuchtet. Gerade darin liegt die Chance (und Gefahr) einer methodenspezifischen Diagnostik, daß sie explizit auf eine Theorie der seelischen Gesundheit bezogen wird (und daher andere Aspekte, die von der Theorie nicht erfaßt sind, übersieht). In der Abfolge des existenzanalytischen Diagnoseprozesses lassen sich sechs Etappen unterscheiden, nach denen das geschilderte Symptom bzw. Problem sowie das eigene Erleben des Patienten (und des diagnostizierenden Therapeuten) beleuchtet wird, um die für eine existenzanalytische Therapie notwendige Information zu erhalten. Die Reihenfolge der Diagnoseschritte folgt einem losen Aufbau, ist aber nicht festgelegt. Die Diagnostik zieht sich in der Regel über mehrere Therapiestunden hin und bleibt im gesamten Therapieverlauf aktuell. Für ein vollständiges Diagnose-Bild sind alle Bereiche des Diagnosezirkels mindestens einmal zu beleuchten.

Das **Ziel** der Diagnose ist in jedem Falle zumindest festzustellen,

1. ob eine *existenzanalytische* Therapie indiziert ist oder ob es *anderer* Hilfe bedarf;
2. welche therapeutische *Vorgangsweise* zu wählen ist und wo sie ansetzen soll;
3. auf welche *Ressourcen* des Patienten und seiner Welt (Umwelt, Mitwelt) zurückgegriffen werden kann;
4. was an *Problemen und Gefahren* für den Patienten, den Therapeuten und die therapeutische Arbeit zu erwarten ist (Prognosewert);
5. welches *Ausmaß* und welcher *Rahmen* für eine vertretbare (zu verantwortende und zeitlich wie finanziell realistische) Behandlung anzupeilen ist;
6. wie sich die Symptomatik nach internationalen psychiatrischen *Diagnosesystemen* einordnen läßt, um eine bessere Kommunizierbarkeit, eine wissenschaftliche Vergleichsforschung und eine Kassenabrechnung zu ermöglichen.

¹ Der leichten Lesbarkeit halber wird das generische Maskulinum verwendet, das keine Geschlechtszugehörigkeit impliziert.



GM.....Grundmotivationen
PEA.....Personale Existenzanalyse

Abb. 1: Existenzanalytischer Diagnosezirkel: überblicksartige Zusammenfassung der wesentlichen Elemente, die in einer vollständigen, existenzanalytischen Diagnostik enthalten sind.

Eine existenzanalytische Diagnose erfolgt somit über zwei *Diagnoseschemata*: über die *methodenspezifische Diagnostik*, in der die spezifische Psychopathologie, Anthropologie und das Existenzverständnis beleuchtet wird, als auch über die gängigen, *schulenübergreifenden Diagnoseschemata* (ICD und DSM) zur Korrektur, Ergänzung und außerschulischen Kommunizierbarkeit.

Die Reihenfolge der Diagnoseschritte ist eine schematische Gliederung, die mehr der besseren Verstehbarkeit der einzelnen Elemente dient, aus denen sich die existenzanalytische Diagnose

zusammensetzt, als eine strenge Abfolge verlangt. In der Praxis handelt es sich um einen homogenen Prozeß, in welchem die einzelnen Schritte oft ineinander fließen.

1. Diagnoseschritt: Bezugnahme zum dreidimensionalen Menschenbild

Das dreidimensionale Menschenbild nach Frankl (z.B. 1990, 198f) bietet ein erstes, grobes Raster zur Lokalisierung des Störungsschwerpunktes im somatischen, psychischen und personalen (noetischen, existentiellen) Bereich.

In der *somatischen Dimension* geht es um die Erhaltung der körperlichen Funktionstüchtigkeit und Leistungsfähigkeit. Liegen Störungen dort vor, ist in erster Linie eine medizinische Behandlung indiziert.

Die *psychische Dimension* faßt die Bedürfnisse, die Triebe, Stimmungen und zuständlichen Gefühle (Angst, Depression etc.). Störungen auf der psychischen Ebene führen zu anhaltenden Spannungszuständen und stellen das spezifische Gebiet psychotherapeutischer Intervention dar, was wiederum den Einsatz der psychotherapeutischen Methoden und Techniken verlangt (Personale Existenzanalyse, Paradoxe Intention, Personale Positionsfindung, Dereflexion, Willenstärkungsmethode, Arbeit mit den Grundmotivationen mit ihren entsprechenden Subtechniken und Methoden).

Die *psychophysische Ebene* als Kombination der beiden Dimensionen steht in der Polarität zwischen Gesundheit und Krankheit. Sowohl die medizinische als auch die psychologische Diagnostik nehmen auf diese Ebene Bezug.

Die existenzanalytische Anthropologie beschreibt noch eine weitere Dimension des Menschseins, nämlich die *personale* (oder existentielle, noetische oder geistige) *Dimension*. Hier geht es dem Menschen um Sinn und Werte im Leben, um Themen wie Halt, Glaube, personale Beziehung, Gerechtigkeit, Freiheit, Verantwortung. Die geistige Dimension steht in der Polarität zwischen sinnvoll (wahr/richtig/gut) und sinnlos; im existentiellen Leben spannt sich diese Dimension zwischen "Erfüllung" und "Verzweiflung" auf. Störungen auf dieser Ebene verlangen eine Restrukturierung der Arbeit der Person vor allem mit Hilfe der Grundmotivationen, der Personalen Existenzanalyse und der Logotherapie mit ihren spezifischen Methoden (wie Sinnerfassungsmethode, Dereflexion und sokratischem Dialog).

Oft sind mehrere Dimensionen gleichzeitig betroffen, was es manchmal erschwert, den Störungsschwerpunkt ausfindig zu machen. In solchen Fällen wird man sich in der Diagnostik zunächst an die Primärsymptomatik halten.

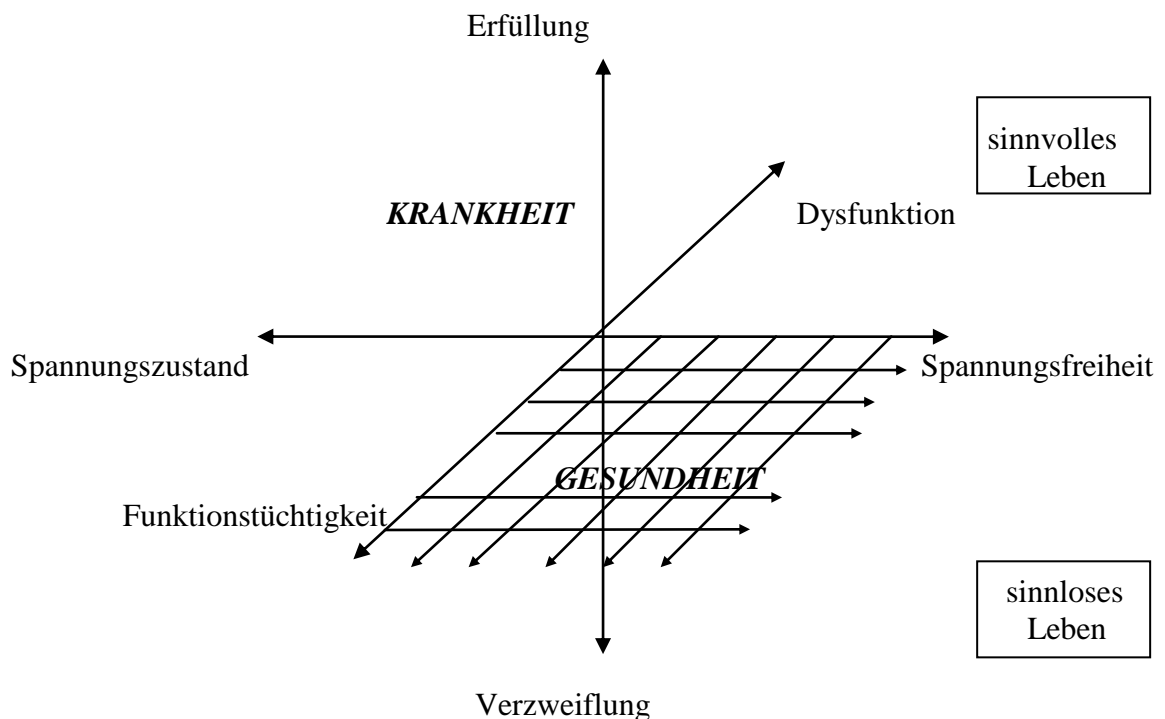


Abb. 2: Die anthropologischen Dimensionen des Menschen und die Spannungspole, zwischen denen die Dimensionen eingespannt sind (Längle 1992, 358)

Der erste Schritt der Diagnostik dient einer ersten, groben Orientierung und Zuordnung des Störbildes nach dem anthropologischen Schwerpunkt und der Klärung, ob zur existenzanalytischen Psychotherapie auch noch andere Behandlungsverfahren einbezogen werden sollen (Überweisungen und weitere Untersuchungen in anderen Fachdisziplinen).

2. Diagnoseschritt: Existentialität - die Person im dialogischen Austausch mit der Situation

Im nächsten Diagnoseschritt geht es darum, die Person in ihrer Existentialität zu erfassen. Zur Existenz gelangt die Person dann, wenn sie eine innere und äußere Offenheit leben kann, die ihr einen dialogischen Austausch mit der jeweiligen Situation, in der sie gerade steht, ermöglicht. Sowohl das Unterlegensein bzw. das Bedrängtwerden durch die Lebensumstände,

als auch ein gefühlloses sich über sie Hinwegsetzen führen zu einer Einbuße von Existentialität und somit zu einem Verlust der entscheidenden Fähigkeit des Menschen für eine erfüllende Lebensführung.

Dank der Existentialität steht der Mensch nicht nur körperlich, sondern auch geistig gleichsam "atmend" in der Welt. Er vermag die Inhalte der Welt in sich aufzunehmen, sie in eine Wertbezüglichkeit zu sich selbst zu bringen, zu verarbeiten und dann das Eigene in die jeweilige Situation zu geben, sie zu verändern, durch sein Dazutun zu gestalten und zu bereichern.

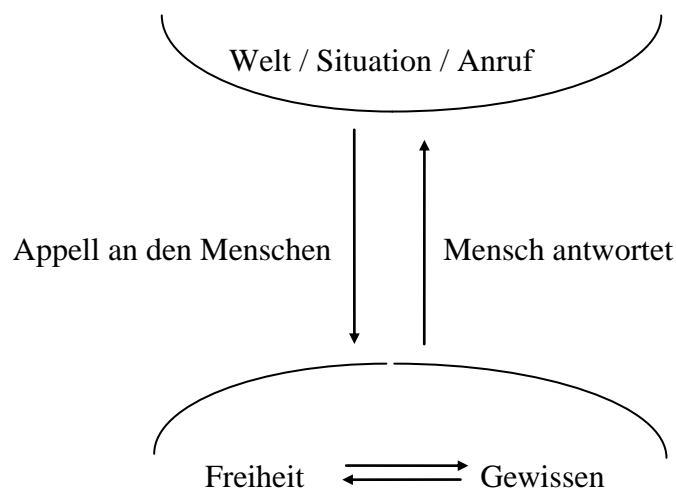


Abb. 3: Schematische Darstellung der dialogischen Wechselbeziehung zwischen Mensch und seiner Welt: der Mensch erfährt sich als angesprochen durch die Situation, auf die er seine Antwort gibt.

Die dialogische Offenheit kann grundsätzlich auf *drei Ebenen* gestört sein: auf der Inputebene, auf der Prozeßebene und auf der Outputebene. Liegen hier Blockaden vor, so kommt es zur existentiellen Verarmung des Menschen, die den Nährboden für die Psychopathologie darstellt.

Die Diagnostik der Beziehungs- und Begegnungsfähigkeit des Menschen ist dem Bericht des Patienten zu entnehmen, wenn er seinen Umgang und sein Verhalten in seinen Lebenssituationen schildert. Sie spiegelt sich außerdem unmittelbar in der *therapeutischen Beziehung*, die daher erhebliche diagnostische Relevanz besitzt. Der *Störungsgrad* der Existentialität vermittelt einen Einblick in die Schwere der psychischen Krankheit.

In der Praxis kann die Existentialität mit zwei einfachen Fragen überblicksartig eröffnet werden, mit denen wir die Therapiestunden gerne beginnen: "Wie geht es in Ihnen? - Wie fühlen Sie sich (wie geht es Ihnen mit sich selbst)?" So kann aus dem täglichen Leben schon

viel über die existentielle Verfassung des Menschen erfahren werden, was dann durch die Analyse der Probleme und das Beachten der therapeutischen Beziehung abgerundet wird.

3. Diagnoseschritt: Psychopathologie und Psychopathogenese

Nach der Erfassung der existentiellen Situiertheit des Patienten geht es nun um die Diagnose des *spezifischen Leidens* mit seinen kausalen Zusammenhängen. Das Ziel dieses Schrittes ist ein doppeltes. Zum einen geht es um das Verstehen des Patienten in seinem (bewußten und unbewußten) Anliegen, Fremdhilfe aufzusuchen. Damit wird die Therapiemotivation des Patienten diagnostiziert. Von ihrer Fundiertheit und Tragfähigkeit hängt die Form und der Radius der therapeutischen Behandlung ab. In diesem Schritt wird auch das *subjektive Krankheitsverständnis* erhoben, also jener Erklärungen, die der Patient für die Entstehung und Weiterentwicklung seiner Krankheit hat. Damit sind auch *Einstellungen* zur Krankheit (welchen Sinn sie für ihn hat und wie er mit ihr umgeht) sowie *Erwartungen* in die Psychotherapie (das subjektive Therapieziel) verbunden.

Abgesehen von den subjektiven Erwartungen, die der Patient in die Therapie hat, geht es hier auch um die *fachliche Feststellung* von Störelementen und krankheitsbedingenden Ursachen, die das Vorliegen des Störbildes sowohl *erklären* können als auch *verstehbar* machen. Während der Verstehenshorizont durch eine phänomenologische, einfühlsame Vorgehensweise ausgeleuchtet wird, bedarf es für die Erklärungen des Krankheitsbildes die Kenntnis der speziellen, existenzanalytischen Psychopathologie, ihrer Entstehungs- und Wirkzusammenhänge, auf die die erhobenen Befunde bezogen werden. Das Hinzuziehen der existenzanalytischen Theorie der Psychopathologie und Psychopathogenese vermag eine Verstehenshilfe für die geschilderten und spürbaren Leidenszustände des Patienten zu geben.

Dieser Diagnoseschritt wird durch die Beschreibung des *aktuellen* Leidenszustandes und die *anamnestischen* Rückfragen über die Entstehung und Entwicklung des Zustandsbildes erhoben.

4. Diagnoseschritt: Personale Ressourcen „Was kann der Patient?“

In diesem und dem nächsten Diagnoseschritt wird das gestörte Erleben, die Leidenserfahrung und das pathologische Verhalten des Patienten auf die Theorie der Person und auf die Theorie der Existenz bezogen. Zunächst geht es darum, die subjektiven Fähigkeiten des Patienten zur selbständigen Lösung oder Verbesserung seiner Problemlage und damit zur Verbesserung

seiner Existentialität zu erkennen. In der Existenzanalyse werden dazu in erster Linie die personalen Ressourcen beleuchtet, aber ergänzend dazu auch die psychischen, somatischen sowie sozialen, ökonomischen und beruflichen Ressourcen zu Hilfe genommen.

Der Blick auf das, was der Patient von sich aus kann, das Erheben jener Mittel, über die er aufgrund seiner äußeren Lebensumstände verfügt, stellt ein notwendiges *Gegengewicht zur Diagnose der Psychopathologie* dar, die das Defizitäre und das eigene Unvermögen aufzeigt. Mit der Erhebung der Ressourcen und personalen Kräfte wird nun der *spezifische Boden für die existenzanalytische Psychotherapie* erarbeitet. Existenzanalytische Therapie operiert mit den vorhandenen Fähigkeiten der Person und stärkt verschüttete bzw. verloren gegangene Fähigkeiten. Der Therapeut ist Katalysator zur Mobilisierung personaler Fähigkeiten, insbesondere der „Primärressource“ der Person, des Beziehung-Aufnehmens (Längle 1989). Der Patient soll mit Hilfe des Therapeuten die Beziehung zum Problem bzw. Leiden verändern, insbesondere die Beziehung zu seinen Beweggründen, Beziehung nach außen (unter anderem zum Therapeuten) und nach innen (zu dem, was ihm möglich ist, zu dem, was ihm einmal möglich war, zu seinen Werten, die ihm zusätzliche Kraft verleihen) aufnehmen und verstärken. In manchen Fällen (z.B. bei Kindern) ist dazu auch eine *Außenanamnese* hilfreich oder gar erforderlich.

Für das Finden der personalen Ressourcen dient als schematischer Hintergrund das Modell der personalen *Grundmotivationen* (Längle 1997, 2002). Es erlaubt die systematische Exploration, welche der Grundbedingungen des Existierens entfaltet oder blockiert sind. Es werden insbesondere die folgenden vier spezifischen Fähigkeiten für den Zugang zu den existentiellen Grundbedingungen beleuchtet:

1. Die Fähigkeit, das Problem bzw. den Leidenszustand *annehmen* zu können, was zur Voraussetzung hat, das der Patient/Klient genügend Halt verspürt, um sich neben dem Problem behaupten zu können.
2. Die Fähigkeit, sich dem Problem aber auch insbesondere der als wertvoll empfundenen Inhalte sich *zuwenden* und Beziehung aufnehmen zu können, was zur Voraussetzung hat, daß die eigene Vitalität empfunden und das Leben in seiner Wertigkeit erfüllt wird.
3. Die Fähigkeit, sich selbst und andere Menschen zu *achten* (Selbstwert und Wertschätzung), was einen authentischen Zugang zum eigenen Gespür und eine selbstdistanzte Sicht seiner selbst zur Voraussetzung hat.
4. Die Fähigkeit, sich mit der jeweiligen Situation *abstimmen* zu können und sich auf das jeweils Sinnvolle einlassen zu können.

Diese Diagnostik wird mithilfe des intuitiven Gespürs und mit methodenspezifischen Tests betrieben (Längle, Orgler, Kundi 2000; Längle, Eckhard 2001).

Diese Grundbedingungen der Existenz beleuchten die "Substanz" des Existieren-Könnens (sie bilden die *Strukturelemente der Existenzanalyse*). Zusätzlich werden aber auch die Fähigkeiten hinsichtlich der personalen Dynamik auf dem Hintergrund der Personalen Existenzanalyse eingeschätzt. Zur aktuellen und situativen Bewältigung der Situation verfügt die Person über vier dynamische Verhaltensformen, die in der Personalen Existenzanalyse beschrieben sind (Längle 1993, 2000), und die als "*Personale Prozeßvariablen*" bezeichnet werden können:

1. Es ist hilfreich, wenn eine Person ihr Problem *beschreiben* kann und damit eine gewisse Distanz durch das "Sprechen über" ihr Problem gewinnen kann. Durch die Feststellung und das Benennen des Problems wird es für sie faßbar und für andere verständlich. Dazu sind kognitive Fähigkeiten erforderlich, die natürlich nicht nur im Zusammenhang mit der Problematik bzw. dem Leiden zum Einsatz kommen. Wenn auch die Diagnostik in erster Linie von der Beschreibung des Leidens ausgeht, ist sie allenfalls zu erweitern und die deskriptive Fähigkeit des Patienten/Klienten in anderen Lebensbereichen zu prüfen.
2. Die *Fähigkeit zur Emotionalität*, das heißt zur inneren Freigabe gegenüber der primären Gefühlsregung und Impulsivität, die sich im *Eindruck* niederschlägt und der die emotionale Beziehung des Patienten/Klienten zum Problem bzw. Leiden ausdrückt. Darin ist die Art des emotionalen Umgangs mit den Themen der Psychotherapie erfaßt.
3. Die *Fähigkeit zur Stellungnahme* zum Problem/Leiden. Darin kommt einerseits die Fähigkeit zur Abgrenzung wie auch zur Einbindung des Erlebten in die weiteren Lebensbezüge des Patienten/Klienten zum Vorschein.
4. Die Fähigkeit, das ganz *Eigene*, das in der Stellungnahme gefunden wurde, zum *Ausdruck* zu bringen und damit in Kommunikation zu treten.

5. Diagnoseschritt: Bedarfsanalyse: Was braucht er/sie?

Eng mit dem letzten Diagnoseschritt verbunden ist die Bedarfsanalyse. Es geht darum, wie der Therapeut auf der Grundlage seines Fachwissens und seiner Beobachtungen die existentielle Situation des Patienten/Klienten *einschätzt* hinsichtlich dessen, was es in einem ersten Schritt zur Verbesserung seiner Lebenssituation bedarf. Diese fachliche Einschätzung macht den Therapeuten zum echten *Dialogpartner* für den Patienten/Klienten und verlangt von

Therapeuten den Einsatz derselben Fähigkeiten der Personalen Existenzanalyse. Das fachliche Einschätzen des Erforderlichen wird mit dem Patienten/Klienten in adäquater, dialogischer Weise kommuniziert und in Abstimmung gebracht. Sollten sich Divergenzen zwischen Therapieziel und dem ergeben, was der Therapeut als erforderlich ansieht, so ist dies in der Regel das erste Thema in der Therapie. In diesem Schritt geht es also um die Frage, was der Patient benötigt, um mit seinem Problem besser zu recht zu kommen.

Dieser Diagnoseschritt führt zur Erstellung des *Therapieplans* durch die Aufsummierung der Information aller vorangegangenen Schritte. Was der Patient zur Besserung seines Zustandes braucht, können Elemente sein, die sich bereits in der ersten groben Orientierung beim dreidimensionalen Menschenbild abgezeichnet haben, und vielleicht gar nicht mit Psychotherapie zu tun haben. Es kann der Überblick über die dialogischen Blockaden ergeben, daß das Störungspotential weniger bei ihm selbst liegt, als im System bzw. in der Pathologie des Partners. Die Kenntnis der Psychopathologie erlaubt die Fokussierung des spezifischen Störherdes, der mit Hilfe der vorhandenen Ressourcen angegangen werden kann. Darüber hinaus ergibt sich aufgrund des Gesamtbildes bereits eine prognostische Einschätzung, die noch spezielle Maßnahmen als angeraten erscheinen lassen können, damit die Therapie in einem sicheren Rahmen vonstatten gehen kann. Insbesondere sind dabei auch Fragen des Settings, aber auch der Prophylaxe und des Schutzes vor weiteren Störungen bzw. einer Eskalation der Problematik mit zusätzlicher Schädigung des Milieus zu bedenken. Auch ist zu klären, ob die Behandlung in beraterischer Form das Auslangen findet oder ob es einer psychotherapeutischen Beziehung bedarf.

6. Diagnoseschritt: Selbsteinschätzung des Therapeuten

Zur Abrundung der psychotherapeutischen Diagnostik im Rahmen einer phänomenologisch orientierten Vorgangsweise gehört auch das *Einschätzen der eigenen Kompetenz*, der eigenen Motivation, der persönlichen Zuständigkeit sowie der Sinn- und Zweckhaftigkeit der Therapie. Diese Fragen gehören nicht eigentlich in den Rahmen, in dem im medizinischen Bereich Diagnostik betrieben wurde, weil die medizinische Diagnostik einem positivistischen Paradigma folgt. Da existenzanalytische Therapie dem phänomenologischen Paradigma folgt, ist nicht nur eine Aussage über das Objekt der Betrachtung, sondern ebenso über den Beobachter bzw. Therapeuten erforderlich, um zu klären, ob der interaktionelle Prozeß einer Psychotherapie zwischen den beiden Personen stattfinden kann. Die Diagnostik der eigenen Persönlichkeit im Spiegel der Persönlichkeit, Symptomatik und Problematik des Patienten ist

einerseits zum Schutz des Patienten und für einen effizienten Therapieverlauf von Wichtigkeit, wie andererseits auch für den Schutz und die Psychohygiene des Therapeuten selbst.

Die Selbstbefragung des Therapeuten kann wieder theoriekonform anhand der vier Grundbedingungen menschlicher Existenz erfolgen. Dies ist darum berechtigt, weil es im Rahmen der Therapie auch um ein Existieren-Können geht. Die erste Frage ist daher, ob der Therapeut mit *dieser* Diagnose und *dieser* Persönlichkeit des Patienten erfahren und kompetent genug ist, um mit ihr arbeiten zu können. Das ist die Frage des Zutrauens in die eigenen Fähigkeiten. Das Zutrauen hat zur Voraussetzung das Gefühl des *Annehmen*-Könnens und des nicht Bedrohtseins durch Diagnose oder Patient, was durch ähnlich gelagerte Eigenproblematiken, Ähnlichkeiten des Patienten mit problematischen Personen der eigenen Mitwelt, Massivität des Störbildes bzw. der Persönlichkeitsstörung (z.B. Borderline, Psychose), Persönlichkeitseigenschaften des Patienten, mit denen der Therapeut erfahrungsgemäß schlecht kann, oder einfach Unerfahrenheit und Unsicherheit in der Behandlung des vorliegenden Störbildes usw. gestört sein kann.

Entsprechend der zweiten Grundmotivation ist es hilfreich, wenn der Therapeut sich von Anfang an fragt, ob er eine emotionale Beziehung zum Patienten und seiner Störung aufzubringen glaubt. *Mag* er überhaupt diese Therapie übernehmen? Glaubte er, sich darin einfühlen zu können? Oder geht ihm umgekehrt die Situation zu nahe, gefällt ihm der Patient zu sehr, so daß seine Attraktivität ihm zum Problem werden könnte? Glaubte er, dies mit Supervision abfangen zu können, oder könnte eine unnötige Verkomplizierung der therapeutischen Beziehung entstehen?

Drittens wird er sich fragen, ob *er die geeignete Person* für diesen Patienten ist. Er wird sich fragen, warum der Patient gerade zu ihm kommt, über welche Arten der Zuweisung, Empfehlung und Vorinformationen der Patient Erwartungen in ihn setzt, die in Verbindung mit seiner Persönlichkeit möglicherweise Komplikationen mit sich bringen können. Es stellen sich Fragen der Ethik, wie z.B. nach der Zuverlässigkeit des eigenen Therapieangebotes (Krankheiten, Zeitmangel, Einschätzung der eigenen Verlässlichkeit, Schwangerschaften, Pensionierung), der Möglichkeit, auftauchende Krisen auch zeitlich abfangen zu können, nach der Zumutbarkeit der Honorarhöhe. Es ist wichtig, daß sich der Therapeut im Klaren ist, ob er die eigene Art und Weise zu leben mit der Aufnahme der neuen Therapie aufrecht erhalten und entsprechend gut von der Lebenswirklichkeit des Patienten abgegrenzt bleiben kann.

Schließlich wird man sich auch fragen, auf was hin eine Therapie/Beratung *sinnvoll* sein könnte, und ob sie zu diesem Zeitpunkt, mit den vorhandenen Mitteln und mit den Rahmenbedingungen für den Patienten/Klienten zielführend erscheint, oder ob z.B. ein Zuhören oder andere Formen der Behandlung und Hilfestellung (anderer psychotherapeutischer Richtungen, anderer Personen, anderer Methoden wie Massage, Gymnastik, Sozialarbeit, Coaching) besser geeignet wären.

Im Anschluß an die Erhebung der existenzanalytischen Diagnose (oder parallel zu ihr) wird eine **theoriefremde Diagnose** anhand der von Kommissionen erstellen, jeweils aktuellen Diagnoseschemata erhoben. Sie hat die Aufgabe, Korrektur zur methodenspezifischen Diagnose zu sein und allfällige „blinde Flecken“ aufgrund der Anthropologie und Methodik aufzudecken und den breiteren Erfahrungsschatz der Disziplin beizuziehen. Durch die standardisierte und schematisierte Gliederung kann die Diagnose der Psychopathologie noch eine weitere Präzisierung erhalten. Diese schulenübergreifende Diagnostik erlaubt außerdem eine leichtere Kommunizierbarkeit mit Vertretern anderer Methoden bzw. Disziplinen.

III. Der Diagnoseprozeß im Überblick

Am Ende des diagnostischen Zirkels hat man anhand der Anthropologie, der existentiellen Struktur und der personalen Prozeßdynamik ein Bild des Patienten/Klienten und seines Problembereichs gewonnen und mit einer allgemeinen Deskription der Psychopathologie (ICD, DSM) abgestimmt. In dem nachfolgenden Schema wird der Diagnoseprozeß durch einen Kegel dargestellt, dessen Basis von der theoriespezifischen Diagnostik gebildet wird. Durch zunehmende Abstraktion entsteht ein einheitliches Bild, das im Schema als Spitze des Kegels symbolisiert ist. Dort erfolgt die Anbindung an die theoriefremde Diagnostik. Dieses Ergebnis liefert die Grundlage für die praktische Behandlung, was als Hauptaufgabe der Diagnostik angesehen wird. Die gewonnene Erkenntnis wird in der Folge auf die praktische Ebene gehoben. Das, was den Patienten bewegt, wird nun im Spiegel dessen aufgefangen, was er braucht, um aus seinem Leiden/Problem herauszufinden. Dafür dienen gleichermaßen wie beim Erfassen des Problems die Anthropologie, die Strukturelemente der Existenz und die Prozeßdynamik der Verarbeitung. Damit kommt die gewonnene Erkenntnis gewissermaßen auf den Boden. Als Modell zur Darstellung schlug Silvia Längle einen Doppelkegel vor, der die komplexen Abläufe übersichtlich darstellt (vgl. Abb. 4). Er verdeutlicht die epistemologischen Schritte der Diagnostik, die zunächst in einer progredienten Abstraktion

liegen, um dann wieder den gegenteiligen Weg in ein zunehmendes Konkretwerden zu folgen.

Abstraktion und Konkretion in der existenzanalytischen Diagnostik

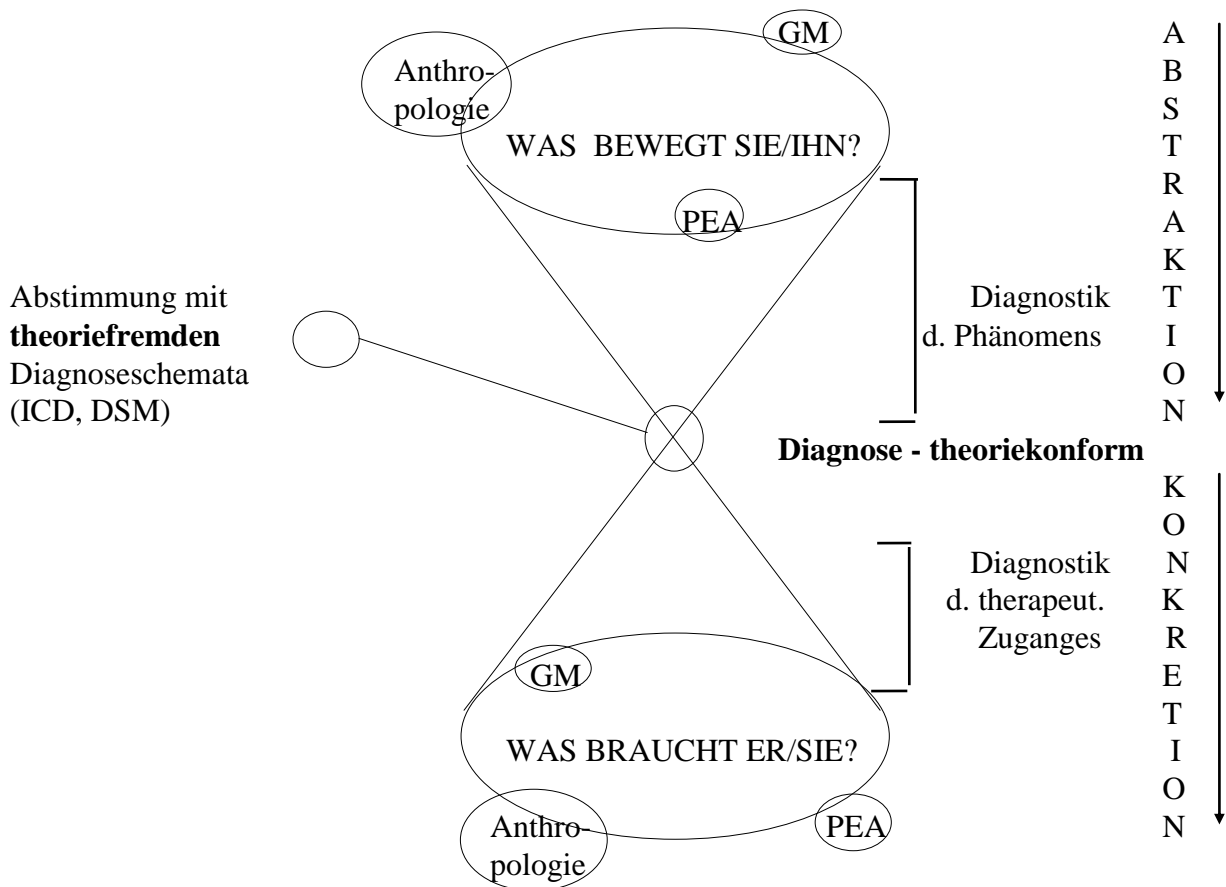


Abb. 4: Existenzanalytische Diagnostik beginnt mit der *phänomenologischen* Frage, was den Patienten/Klienten bewegt. Das konkrete Leiden wird anhand der Anthropologie, der Strukturelemente der Existenz und der Fähigkeit zur prozessualen Verarbeitung der lebensrelevanten Information erfaßt. Ausgehend vom subjektiven Erleben und dessen Abbildung in den theoretisch als wichtig erachteten Dimensionen erreicht die Abstraktion des Problems ihren Höhepunkt in der Gegenüberstellung mit theoriefremden Diagnosekriterien.

Auf ihrer Basis kippt der diagnostische Prozeß ins *Praktische* und bringt die gewonnene Information auf die pragmatische Ebene der methodischen Zugänglichkeit. Aus der Höhe der gewonnenen Abstraktion wird durch erneute Konkretion versucht, sich auf der Handlungsebene dem Patienten/Klienten anzunähern. Dieser Suchprozeß steht unter der Frage: Was braucht der Patient? (Aus Luss et al. 1999)

Damit ist sowohl inhaltlich als auch methodisch der Diagnoseprozeß in der Existenzanalyse beschrieben. Wohl sind die individuellen Differenzen in der Vorgangsweise unterschiedlich von Therapeut zu Therapeut, und das ist auch zu fördern. Denn zu einer phänomenologischen Weise des Arbeitens gehört es, daß der Therapeut entsprechend seiner Wahrnehmung und seinem Empfinden vorangeht. Und entsprechend wichtig ist es, daß der Patient/Klient in seiner Art und in seiner Fähigkeit des Sich-Zeigens Raum findet. Nur in der dialogischen Begegnung kann sich jene Information einstellen, die für eine fundierte Diagnostik wesentlich ist und dann über den Prozeß der Abstraktion mit den allgemeinen Themen, der Theorie und der allgemeinen Methodik in Verbindung gesetzt wird. Doch würde dem Patient/Klienten nicht genüge getan, wenn man es auf der Ebene der Allgemeinheit beließe und man ihm damit käme. Diese erkenntnisrelevante Ebene ist wiederum zu verlassen und das Instrumentarium und die Vorgangsweise maximal auf den einzelnen Patienten anzupassen. Denn keine Person ist wie die andere. Aber alle Pathologie hat ihre Gleichförmigkeit. – Mit diesem Modell wird versucht, diese Paradoxie in eine Methode zu bringen.

Literatur:

- Buber, M., (1973) Das dialogische Prinzip. Heidelberg: Schneider
- Frankl, V., (1990) Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie, Neuausgabe. München, Piper
- Frankl, V., (1992) Ärztliche Seelsorge. Wien: Deuticke
- Heidegger, M., (1979) Sein und Zeit. Tübingen: Niemeyer
- Jaspers, K., (1952) Vernunft und Wiedervernunft in unserer Zeit. München: Piper
- Längle, A., (1988) Entscheidung zum Sein. München: Piper
- Längle, A., (1989) Die Bedeutung der Persönlichkeit und der Selbsterfahrung des Psychotherapeuten für den Therapieverlauf - aus der Sicht der Existenzanalyse. In: Bulletin der GLE, 1/1989, S. 3-5
- Längle, A., (1992) Existenzanalyse und Logotherapie. In: Pritz A., Petzhold H. (Hrsg.) Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Paderborn, Junfermann, S 355-369
- Längle, A., (1993) Personale Existenzanalyse, In: Längle, A. (Hrsg.) Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Tagungsbericht der GLE 1+2, 7. Wien: GLE, 133-160
- Längle, A., (1997) Modell einer existenzanalytischen Gruppentherapie für die Suchtbehandlung. In: Längle A., Probst Ch. (Hrsg.) Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten. Wien: Facultas, 149-169
- Längle, A., (1999) Existenzanalyse – Die Zustimmung zum Leben finden. In: Fundamenta Psychiatrica 12, 139-146
- Längle, A., (2000) (Hrsg.) Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: Facultas.
- Längle, A., (2002) Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstruktur existenzanalytischer Psychotherapie. In: Fundamenta Psychiatrica 16,1, 1-8
- Längle, A., (2003) Emotion und Existenz. Wien: WUV-Facultas

- Längle, A., Eckhard, P. (2001) Skalen zur Erfassung von existentieller Motivation, Selbstwert und Sinnerleben. In: Existenzanalyse 18, 1, 35-39
- Luss, K., Freitag, P., Längle, A., Tutsch, L., Längle, S., Görtz, A. (1999) Diagnostik in Existenzanalyse und Logotherapie. In: Laireiter, H. (Hrsg) Diagnostik in der Psychotherapie. Springer, Wien
- Längle, A., Orgler, Ch., Kundi, M. (2000) Existenzskala ESK. Göttingen: Hogrefe-Beltz
- Pannenberg, W., (1986) Der Mensch als Person. In: Heimann, H., Gaertner, H. (Hrsg.) Das Verhältnis der Psychiatrie zu ihren Nachbardisziplinen. Heidelberg: Springer
- Simhandl, Ch., (1997) Diagnostik psychischer Störungen in der Praxis. Existenzanalyse 14, 1, 33-37

Anschrift des Verfassers:

Alfried Längle, Dr. med., Dr. phil.

Ed. Sueßgasse 10

1150 Wien

alfried.laengle@existenzanalyse.org