

Der klinische Blick: Intuition und Diagnostik

Prof. Dr. med. Gerd Rudolf

Vortrag am 17. April 2012 im Rahmen der
62. Lindauer Psychotherapiewochen 2012 (www.Lptw.de)

Kontakt:

Prof. Dr. med. Gerd Rudolf
Univ.-klinikum Heidelberg
Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
Thibautstr. 2, 69115 Heidelberg

Intuition als Erkenntnismethode

Wir werden uns heute mit Diagnostik beschäftigen. Diagnostik bedeutet die Fähigkeit, Krankheiten zu erkennen und zu beurteilen, d.h. vor allem, sie zu unterscheiden.

Wie erkennt man etwas richtig, wie unterscheidet man eines vom anderen? Das ist eine grundsätzliche Frage, bekanntlich beschäftigt sich eine ganze philosophische Disziplin, die Epistemologie mit der Frage, wie etwas erkannt werden kann. Fragen nach dem Wie werden gemeinhin durch den Hinweis auf Methoden beantwortet. Methoden (methodos, der gemeinsame Weg) beschreiben den Weg, auf dem etwas erreicht wird, sie sind Mittel zum Zweck des Erkennens. Der Erkennende und sein Gegenüber, das er zu erkennen sucht, müssen mithilfe von Methoden zueinander kommen, so ist es auch in der Diagnostik.

An diesem Punkt kommen wir zur der gestellten Aufgabe. Sie lautet: Welche Rolle spielt Intuition als Mittel der Erkenntnis und speziell als Mittel des diagnostischen Erkennens?

Intuition wird definiert als ein „unmittelbares Erfahren von Sachverhalten im Gegensatz zu der durch Beweis, Erklärung oder Definition vermittelten diskursiven Erkenntnis“^[1]. Diskursiv heißt also, „darüber müssen wir diskutieren“, intuitiv heißt, „das ist einfach so, das muss nicht erst bewiesen werden“. Man sagt auch, „das ist evident“, Evidenz ist ein weiterer interessanter Begriff in diesem Zusammenhang. Ursprünglich bedeutet er die unmittelbare Einsicht in etwas, das ganz augenscheinlich so ist. Insbesondere das intuitiv Erkannte wurde für evident gehalten.

Heidegger übersetzte „evidentia“ als das, was von sich her leuchtet, glänzt und dadurch sichtbar wird und gewissermaßen „erscheint“^[2]. Am Beispiel des Odysseus macht er deutlich, wie diesem die Göttin Athene erscheint, während sein Sohn Telemachus sie nicht sehen kann. Homer erklärt es: „Nicht nämlich allen erscheinen die Götter“. Salopp kommentiert: Der eine hat es, der andere hat es nicht, und der der es hat, oder zu haben glaubt, darf sich etwas darauf zugute halten, dass er Erscheinungen hat, denn es sind schließlich die Götter, die ihm Zeichen geben.

Nun allerdings hat sich der Evidenz-Begriff in unserer Zeit in seiner Bedeutung sehr verändert. Evidenzbasiert bedeutet heute, dass eine Erkenntnis durch methodisch strenge Prüfungen abgesichert ist, z.B. in der Medizin oder Psychotherapie durch randomisierte, kontrollierte klinische Studien^[3].

Darin wird ein radikaler Gegensatz erkennbar: Hier die mit großem methodischen Aufwand geprüften, in vielen Abwägungen von Pro und Contra diskursiv entwickelten Erkenntnisse; dort die intuitiv erfahrenen, ohne Zwischenschaltung von prüfenden Methoden gewonnenen evidenten Einsichten, die sich gleichsam wie Erscheinungen offenbaren.

So wie ich den Gegensatz hier aufgebaut habe, wird Skepsis erkennbar gegenüber dem Begriff Intuition, der wissenschaftlich schwer operationalisierbar ist. Gleichwohl weiß ich, dass viele Menschen ihn gerne verwenden und sich auf ihn stützen. Es kann daher durchaus interessant sein, erst einmal zu sammeln, wo der Begriff wie verwendet wird. Das will ich im ersten Teil des Referats versuchen und mich dabei allmählich an die mögliche klinische Bedeutung von Intuition heranarbeiten.

Im zweiten Teil werde ich speziell die Situation der psychotherapeutischen Diagnostik im Blick auf ihre intuitiven Aspekte betrachten. Diagnostik erscheint mir diesbezüglich besonders interessant, weil hier viele unterschiedliche Facetten des psychotherapeutischen Geschehens verdeutlicht werden können.

Intuition als Beziehungsmodus

Beispiel 1: Als ich nach der Einladung zu dieser Thematik mit Frau Horn darüber diskutierte, fielen uns beiden kindliche Erinnerungen aus der Nachkriegszeit ein. Da wurden in vielen Familien ähnliche Geschichten erzählt, derart, dass während des Krieges bei irgendeiner Gelegenheit, z.B. beim abendlichen Zusammensitzen, plötzlich jemand sagte, „jetzt ist er tot“. In manchen Geschichten gehörte dazu, dass ein Glas klirrt oder im Schrank etwas umfällt. Einige Tage später kommt die Nachricht von der Front, dass der Sohn oder Mann zu ebendiesem Zeitpunkt gefallen ist. Ähnliche Geschichten gibt es bei Kriegsende im umgekehrten Sinne mit der geäußerten Gewissheit, der Mann oder Sohn werde lebend zurückkehren und kurz darauf steht er vor der Tür. Solche Geschichten vom intuitiven Wissen mancher Menschen haben uns als Kinder sehr beeindruckt. Das Phänomen hat allerdings Menschen immer schon beschäftigt. Bereits in der 1782 von Karl Philip Moritz angelegten, 10-bändigen „Erfahrungsseelenkunde“ gibt es etliche Berichte, die sich mit dem geheimnisvollen Ahnungsvermögen von Menschen beschäftigen und mit der Frage, über welche geheimnisvollen Kanäle die bedeutsamen Informationen einem weit entfernten Menschen zur Kenntnis gelangen^[4]. Vorausgeahnte Todesfälle spielen dabei eine besondere Rolle.

Das Beispiel vom Tod oder der Rückkehr eines Soldaten lässt sich allerdings auch recht einfach erklären. Alle Angehörigen der Frontsoldaten, Frauen, Mütter, Schwestern, lebten bezogen auf ihren jeweiligen Mann, Sohn, Bruder in zwei zentralen Gefühlszuständen, die sie Tag und Nacht nicht losließen:

- in der permanenten Angst, er werde sterben. Eine Annahme, für die es angesichts von bereits zigtausend Gefallenen gute Gründe gab; eine Angst, die immerzu präsent war, jeden Tag und jede Nacht;
- die übermächtige Hoffnung, er werde überleben und zurückkommen. Eine Überzeugung, die, entgegen aller Wahrscheinlichkeit, aus der emotionalen Verbundenheit resultierte; die von manchen Frauen noch Jahrzehnte nach Kriegsende aufrecht erhalten wurde („ich habe immer geglaubt, er wird zurückkommen“).

Wenn nun das Ereignis eintritt – er kommt zurück, oder, was sehr viel wahrscheinlicher ist, sein Tod wird gemeldet – wird eine der beiden zentralen Überzeugungen bestätigt und das Gefühl stellt sich ein, „ich habe es ja gewusst“. Wir können hinzufügen, zum Zeitpunkt seines Todes hat sie es gewusst, eben weil sie ständig daran gedacht hat.

Man benötigt keine übersinnlichen Medien oder Kanäle zum Verständnis solcher Erlebnisweisen. Es genügt die starke emotionale Bezogenheit, mit der Menschen aufeinander ausgerichtet sind, um zu verstehen, welche Überzeugungen das Denken daraus ableitet.

Beispiel 2: In der Jung'schen Psychologie spielt Intuition eine Rolle als eine der vier basalen Funktionstypen (denken, fühlen, empfinden, intuieren). Im expressionistischen Stil der 20er Jahre spricht Jung von „der geheimnisvollen Werkstatt des schicksalleitenden Dämons“ oder von den dem kindlichen Gemüt vermittelten „dunklen und mächtigen Gesetzen, welche nicht nur die Familie sondern vielmehr die Völker, ja die Menschheit als Ganzes zwingen und formen ... Naturgesetze und Naturgewalten, zwischen denen der Mensch auf des Messers Schneide geht“^[5]. Hier spricht eben doch der Pfarrerssohn, der sich nicht auf die Psychologie beschränken mag, sondern hinausweist ins Weite, Geheimnisvolle, Ungefähre, Numinose. Er offenbart darin ein bestimmtes Menschenbild, das ganz anders ist als das des skeptisch-ungläubigen Freud.

In meiner psychotherapeutischen Ausbildung vor langer Zeit waren auch jungianische Elemente enthalten, z.B. die vier von Jung beschriebenen Grundfunktionen und die daraus abgeleiteten acht Persönlichkeitstypen. 1987 habe ich eine Diplomarbeit begleitet, in der man versucht hat, Probanden nach der Jung'schen Typologie einzuschätzen und zugleich mithilfe von Persönlichkeits-tests Daten zu erheben und beides zu korrelieren^[6]. Man fand, kurz gesagt, nicht viel. Die beiden

Sichtweisen seien kaum vergleichbar, hieß es in der Zusammenfassung. Ich fand immerhin interessant, dass der intuitive Typus mit dem PSKB-Faktor „emotional distanziert“ korrelierte. Mithilfe des Beschreibungsinstruments „Psychischer und sozialkommunikativer Befund“ hatte ich an 615 Patienten faktorenanalytisch neurotischer Interaktionsmuster ermittelt, also Dimensionen der psychischen Störung^[7]. Die Dimension „emotional distanziert“ beschreibt beim Patienten Schwierigkeiten der sprachlichen und emotionalen Kommunikation, das Erleben von Fremdheit, den vermeidend-distanzierten Umgang mit Menschen und diagnostisch das Vorherrschen schizoider Persönlichkeitsanteile. Der Bezug dieser Dimension zum intuitiven Typus schien mir damals schwer zu interpretieren, heute scheint er mir unter strukturellen Aspekten plausibler. Wahrscheinlich geht es um Patienten, die aufgrund eingeschränkter Fähigkeit zur Selbst-Objekt-Differenzierung am ehesten verstrickte Beziehungen erleben und darin scheitern; eine wirkliche Kommunikation zwischen den Subjekten ist nicht möglich, weil diese nicht voneinander abgegrenzt sind. Bei aller schizoiden Vermeidung von emotionaler Beziehung bleibt aber die Möglichkeit, gewissermaßen in den anderen hineinzuhorchen und damit intuitiv Informationen zu erhalten, (was manche Psychoanalytiker als projektive Identifizierung bezeichnen).

Nun benennt das jungianische Persönlichkeitsmodell ja nicht den ausschließlich intuitiven Menschen als Ideal, sondern einen, der fähig ist, zugleich wahrnehmen, fühlen, empfinden und intuieren zu können, sich also auf unterschiedlichen Ebenen der Welt zuzuwenden.

Beispiel 3: Eine deutliche Präferenz für das Intuitive entnehme ich einem in Lindau aufgezeichneten Vortrag von Galuska, der im Sinne humanistischer Ansätze (für Menschen miteinander und speziell für Psychotherapeuten bezogen auf ihre Patienten) die Notwendigkeit betont, für andere offen zu sein, den anderen zu spüren, zu fühlen, aber darüber hinaus auch sich berühren zu lassen von der Existenz des anderen, vom menschlichen Dasein schlechthin, vom Lebendigen, vom Unendlichen, von der Transzendenz^[8]. Die für mich hierin erkennbare Unabgegrenztheit ist ein zentrales Postulat, es soll Multiperspektivität, Integration, Ganzheit angestrebt werden. Alles dies führt nach Galuskas Verständnis schließlich zu einer intuitiven Sicht des anderen und zu intuitiven therapeutischen Antworten.

An den verwendeten Begriffen „Eintauchen in ein Ganzes, in einen erweiterten Bewusstseinsraum, in die Stille, die Verbundenheit, in das Große, das uns trägt“ entnehme ich, dass diesem Erleben Techniken der Meditation zugrunde gelegt sind und dass die in diese Ganzheit eingewobene spirituelle Dimension wahrscheinlich buddhistische Wurzeln hat sowie christlich-mystische, vielleicht auch vorchristlich-schamanistische. Es ist da nicht mehr die Rede von der Psyche, sondern von der Seele, nicht mehr von Besserung, sondern von Heilung, nicht mehr von Behandlung, sondern von Heilkunst. Für mein Verständnis klingt in diesen Ansätzen, die auch eine besondere Wertschätzung für das Intuitive haben, etwas von dem an, das wir aus dem deutschen Idealismus kennen. In Schillers Kunsttheorie ist der Künstler der Ermöglicher für das Bereitliegende. Das was dann zum Vorschein kommt, ist „das Schöne in der Freiheit seiner Erscheinung, von Anmut und Würde bestimmt, weil sich das gefühlshafte Begehren bereits mit der sittlichen Vernunft versöhnt hat“^[9]. Es ist das, was Schiller eine „schöne Seele“ nennt.

So hat es den Anschein, dass manche therapeutische Richtungen ein solches idealistisches Bild vom Menschen, von seiner schönen Seele entwerfen. Dazu passt dann das Eintauchen in Ganzheit, Verbundenheit und Intuition recht gut. Bekanntlich gab es zu Zeiten der idealistischen Klassiker auch andere Autoren, die wie z.B. Heinrich von Kleist nicht die schöne Seele, sondern die menschlichen Abgründe beschrieben. Kein Wunder also, dass z.B. Goethe Kleist als unheilbar krank ablehnte. Kleist betont die Unberechenbarkeit der Seele, die Gleichzeitigkeit widersprüchlicher Züge, was dazu führt, dass sich die Kleist'schen Figuren oft wie im Nebel bewegen und in ihrer Geschichte die Dinge von einem Moment zum anderen in ihr, meist schreckliches, Gegenteil stürzen können. So sehen wir als Gegenpol zu Goethes tragisch erhabener

Iphigenie die mörderische Penthesilea oder die dissoziierte Marquise von O. An die Stelle des klassischen Ideals und seiner Tragik tritt bei Kleist der Horror der Moderne, in der er die zerrissene Identität seiner Figuren geradezu borderlinehaft ausgestaltet.

Ich komme deshalb darauf zu sprechen, weil idealistische Modelle immer ein erhebliches Risiko tragen. Wenn wir uns das Seelische idealistisch schön reden, müssen wir uns auf böse Überraschungen gefasst machen. Die mildeste Strafe für Idealisten ist eine abgrundtiefe Enttäuschung, denken Sie an unsere zahlreichen Patienten, deren Idealismus im Erleben vom Mobbing, Burn Out und ähnlichen Zusammenbrüchen untergegangen ist und die nun das erleiden, was Linden eine Verbitterungsstörung genannt hat, d.h. meist eine depressive Somatisierung, die diesen Patienten aus allen sozialen Bezügen herausfallen lässt.

Durch das letztgenannte Beispiele, in dem Intuition besonders hoch geschätzt wird, wollte ich deutlich machen, dass wir uns bei der Ausrichtung auf die menschliche „Seele“ aus dem psychotherapeutischen Bereich heraus und in einen religiös-spirituellen Bereich hinein bewegen.

Meine Empfehlung wäre es, dass sich Psychotherapeuten im Umgang mit Patienten auf deren Psyche beschränken, während sie für sich selbst durchaus Antworten auf die erwähnten grundlegenden philosophischen oder religiösen Fragen suchen und ihre, wenn man so will, spirituellen Bedürfnisse leben und Überzeugungen ausgestalten können. Das Ergebnis dieser Bemühungen bildet ihren persönlichen Hintergrund und macht vieles von ihrer Persönlichkeit aus und wirkt implizit therapeutisch. Diese Überzeugungen sollten aber nicht explizit therapeutisch eingesetzt werden, in dem Sinne, dass der Therapeut den Patienten für seine Sichtweisen zu gewinnen, von seiner weltanschaulichen Orientierung zu überzeugen sucht. Auch wenn er es gut mit seinen Patienten meint (alle Missionare meinen es gut, denn sie wollen Seelen retten), gibt er damit seine spezifische psychotherapeutische Position auf und verhält sich nicht anders als der Mormone in der Fußgängerzone, der mich freundlich mit amerikanischem Akzent anspricht: „Haben Sie schon einmal über den Sinn des Lebens nachgedacht?“ und mir dann seine spezifische religiöse Antwort anbietet.

In meinem psychotherapeutischen Verständnis grenze ich also diese Form der Intuition aus, die aus einem religiös gefärbten Eintauchen in das Ganze und dem sich existentiell berühren Lassen resultiert, weil ich darin eher eine idealistische Konstruktion und weniger eine psychologisch-wissenschaftliche Gegebenheit sehe.

Intuition als Ausdruck eines Bindungsstils

Beispiel 4: Nach diesen etwas weit gesteckten Überlegungen, versuche ich, wieder in die Alltagswelt zurückzukehren. In meinem Winterurlaub hörte ich eine Frau sagen, „das war eben meine weibliche Intuition“. Sie hatte in einer stark verschneiten Bergregion ihr Auto quergestellt und festgefahren und ihre Intuition hatte ihr gesagt, sie brauche nur in den nächsten Bauernhof zu gehen, wo sie gewiss einen Mann finden werde, der sie mit seinem Traktor aus dem Graben zieht. Dass sie gleich im nächsten Haus einen älteren Bauern mit fahrbereitem Unimog gefunden hatte, war, wie sie freundlich lächelnd und auch recht selbstbewusst sagte, ihre weibliche Intuition. Man kann sich anlässlich der Szene auch Gedanken machen über den Bindungsstil der Betroffenen. Wenn jemand in einer Notlage ganz gewiss an rasche Hilfe glaubt, dann spricht das für eine sichere Bindung. Mir z.B. als Kriegskind ist diese Gewissheit nicht gegeben. Ich wäre überzeugt, wenn ich etwas in den Graben gefahren habe, müsse ich es mühsam allein herausarbeiten oder stundenlang auf Hilfe warten oder teuer dafür bezahlen. Leute meines Schlages staunen über den Optimismus der Alles-wird-gut-Einstellung. Die genannte Person verwendet eine Selbstzuschreibung: „Ich besitze die Intuition, dass und wie mir geholfen wird.“ Darin kommt das implizite Beziehungswissen der Frau zum Ausdruck. Sie ist sicher, wie die Situation sich gestalten wird. Dieser „Riecher“ für Beziehungskonstellationen gilt ja, zumindest aus der Sicht von Männern, als

weibliche Eigenschaft. Gerade las ich in einem Roman folgenden Satz (Brief einer Frau an ihre Freundin): „Früher oder später musste es passieren. Mein Mann hat ein Verhältnis mit einer Assistentin an seinem Lehrstuhl. Ich habe eine geradezu animalische Intuition – sie ist mir sofort aufgefallen, als ich sie auf dem Bankett zum ersten Mal sah. Schon damals ist das Flittchen die ganze Zeit um ihn herumscharwenzelt“^[10]. Die Lebensgeschichte dieser Frau, die im deutsch besetzten Polen aufgewachsen ist, ist durch zahlreiche schmerzliche Verluste geprägt. Ihre Beziehungsgewissheit sagt ihr, dass diese „früher oder später passieren müssen“.

Beispiel 5: Zu der Frage, was es mit dem intuitiven weiblichen Beziehungswissen auf sich hat, gibt es interessante wissenschaftliche Befunde. Ich nehme als Beispiel die frühe Mutter-Kind-Beziehung und das magische Band, das beide verbindet, so dass die Mütter intuitiv wissen, was das Baby braucht und tun wird. Mithilfe neurobiologischer Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass das Gehirn der Mutter auf Unlust-Äußerungen eines Kindes intensiver reagiert als das Gehirn von Nicht-Müttern und ferner, dass sie auf Signale des eigenen Kindes intensiver reagieren als auf die fremder Kinder. Die Mütter sind kognitiv-emotional präokkupiert im Blick auf ihr Kind, speziell auf auftauchende Unlustsignale und rasch bereit handelnd darauf zu reagieren. Was man ihre Intuition nennen könnte, korreliert mit einer neurobiologischen Aktivierung^[11].

Aber die Untersuchungen haben noch weiteres gezeigt: Wenn die Mütter eine beeinträchtigte Bindungserfahrung besitzen oder, noch schlimmer, an einer postpartalen Depression erkrankt sind, wird dieses System der intuitiven Ausrichtung nicht aktiviert. Die Funktion ist störbar, sie kann ausfallen.

Wodurch aber wird die Funktion gefördert und aktiviert? Möglicherweise durch den Geburtsvorgang und die entsprechenden Hormonausschüttungen. Aber genau das ließ sich nicht belegen. Vielmehr zeigte sich, dass der Aufbau eines solchen intuitiven Beziehungssystems auch bei Vätern aktiviert werden kann und sogar bei nicht blutsverwandten Pflegeeltern. Offenbar ist es gar nicht die Stimme des Blutes oder das spezifisch Mütterliche, sondern es handelt sich um eine intensive gefühlshafte und kognitive Ausrichtung eines Erwachsenen auf ein Baby, das zu einer solchen inneren Präokkupiertheit führt, die, wie gezeigt wurde, neurobiologische Korrelationen besitzt.

Therapeutische Aspekte der Intuition

Es scheint mir von Interesse für uns als Therapeuten, dass womöglich auch unsere kognitiv-emotionale Ausrichtung auf Patienten ein solches Beziehungssystem entstehen lässt, in dem wir angedeutete Unlustsignale des anderen besonders deutlich erfassen bzw. uns davon erfassen lassen und darauf reagieren. Dazu ist dann wahrscheinlich keine sichere Bindung erforderlich, die unverbrüchlich an das Gute glaubt (sie ist nach Lage der Studien bei Therapeuten ohnehin selten). Es genügt, in der Lage zu sein, ein wohlwollend-mitfühlendes Interesse auf die Persönlichkeit eines anderen richten zu können. Damit ließe sich möglicherweise eine intuitive Einstellung von Therapeuten (ob weiblich oder männlich) auf ihre Patienten beschreiben als eine allgemeine Ausrichtung auf das Beziehungshafte und darin wahrscheinlich am ehesten die Fokussierung auf das Unlustvolle, Leidvolle, Klagende im Beziehungssystem. Dieses scheint geeignet, im Therapeuten eine Beziehungsantwort aufzurufen, die am ehesten sorgend, annehmend gefärbt ist. Die bewusste Wahrnehmung dieser Gefühlsantwort auf das Beziehungsangebot des anderen wäre womöglich identisch mit dem, was man als Wahrnehmung der Gegenübertragung beschreibt.

Wenn man sich vorstellt, dass ein Therapeut jahrelang und jahrzehntelang mit diesem System arbeitet, wird ein weiterer Aspekt erkennbar: Es ist die ständig mitlaufende aber nicht ständig reflektierte Erfahrung, die es ermöglicht, rasche kategoriale Einschätzungen vorzunehmen, ohne deren Herleitung im Einzelnen nachvollziehen zu können. Wir nutzen damit womöglich eine evolutionär entwickelte Funktion, die uns rasch entscheidungsfähig und handlungsfähig macht, während lange Überlegungen und Abwägungen unzweckmäßig und risikoreich wären. Ich könnte

mir vorstellen, dass man auch diese Funktionen neurobiologisch fassen könnte, weiß aber nicht, ob das bereits geschehen ist.

Damit hätten wir zwei Facetten des Intuitiven erfasst, die für die Psychotherapie, speziell auch für die diagnostische Begegnung von Bedeutung sind:

- die Fähigkeit, in Beziehung einzutauchen und auf Beziehungssignale zu reagieren (eine „Gegenübertragung intuition“)
- die Fähigkeit, der aus der Summe eigener therapeutischer Erfahrungen rasche Einschätzungen und Urteile zu gewinnen, die in ihrem Verzicht auf Begründungen ebenfalls intuitiv wirken („Erfahrung intuition“).

Diesem diagnostischen und therapeutischen Vorgehen, das gleichsam im Stillen und zunächst Unbewussten abläuft und sich dann ins Bewusstsein schiebt, stünde das bewusste Abklären gegenüber, das von der präzisen Wahrnehmung des Anderen und dem klaren schlussfolgernden Denken geprägt ist (oder zumindest geprägt sein sollte).

Damit sind wir bei dem, was man den klinischen Blick nennt. Jede klinische Disziplin hat eine spezielle Variante des klinischen Blicks. Der Psychiater stützt sich auf sein Präcox-Gefühl im Umgang mit psychotischen Patienten. Der Orthopäde erfasst mit einem Blick die Bewegungsauffälligkeiten, die er aber gar nicht am Gang abliest, sondern an den ungleich abgetretenen Absätzen der Schuhe. Der Anästhesist sieht prima vista, dieser Mann ist schwer zu intubieren und schaut dabei, ohne es zu reflektieren, auf die starke Nackenmuskulatur, die das Zurückbeugen des Kopfes erschwert. Das sind sehr simple Beispiele, die aber zeigen, dass der Erfahrene dorthin schaut, wo für ihn eine relevante Information bereitliegt.

Im Folgenden möchte ich mit Ihnen zusammen durchgehen, auf was Psychotherapeuten in der diagnostischen Situation implizit oder explizit achten, welche Aspekte des Wahrnehmens und Denkens jeweils wirksam werden und wie weit daran intuitives Geschehen beteiligt ist. Dazu werden wir folgende sechs Punkte des diagnostischen Geschehens betrachten^[12].

Schritte der psychodynamischen Diagnostik

1. Eingangsszene
2. Beschwerden und Symptomatik
3. Die aktuelle Lebensrealität des Patienten
4. Biographische Entwicklungsbedingungen
5. Psychodynamische Hypothesen
6. Therapeutische Zielsetzung, Konsensbildung

Die Eingangsszene

Beginnen wir mit dem ersten Schritt der Diagnostik, der Betrachtung der Eröffnungsszene: Die Patientin betritt das Zimmer, begrüßt den Therapeuten, nimmt Platz und das Gespräch beginnt. Sie tut es vorsichtig oder stürmisch, mit finsterem Blick oder freundlichem Lächeln, sie ist präsent oder gar nicht richtig da. Sie sagt auf die Frage, was sie herführe, z.B. „der Psychiater hat mich geschickt, wozu weiß ich auch nicht“ oder „meine Hausärztin hat Sie mir wärmstens empfohlen“ oder sie holt mit bitterer Miene einen Leitzordner hervor und sagt, „hier habe ich die wichtigsten Befunde zusammengestellt“. Was auch immer geschieht, der Therapeutin oder dem Therapeuten wird ein Beziehungsangebot gemacht, weil sich eben zwei Personen, die sich zur gleichen Zeit im gleichen Raum befinden, nicht nicht aufeinander beziehen können. Der Therapeut braucht kürzere

oder längere Zeit, bis in ihm ein erstes Bild aufsteigt, erste Empfindungen und Einschätzungen auftauchen, „so ist das also“. Was ist daran Intuition? Zunächst einmal spricht die als Intuition verkleidete Erfahrung: „Ich weiß aus Erfahrung ziemlich genau, auf welche Problematik dieses Beziehungsangebot hinausläuft“. Das bittere Gesicht hinter dem Ordner voller Befunde signalisiert die Enttäuschung: „Soviel Bemühungen auf meiner Seite, so wenig Verständnis und Hilfe bei meinem Gegenüber.“ Die Erfahrung lehrt, dass das z.B. bei Schmerzpatienten häufig so ist. Der Therapeut kann sich die schwierige Beziehung der Patientin zu ihrem Partner, ihrem beruflichen Vorgesetzten, den halberwachsenen Kinder vorstellen; die darin enthaltene Anstrengung, die Überforderung, das Recht-Bekommen-Wollen, das Nie-Gesehen- und Nie-Entlastet-Werden.

Möglicherweise ist es auch nicht nur Erfahrung, sondern auch Gegenübertragung, die dem Therapeuten das zeigt, falls er gelernt hat, sie zu handhaben. Die systematische Beziehungsdiagnostik nach OPD bildet ein psychodynamisches Muster aus 1. dem Beziehungsangebot des Patienten, 2. der vom Patienten erlebten Reaktion der anderen, 3. dem vom Patienten unbemerkten Beziehungsverhalten, 4. der eigenen Gegenübertragungsreaktion. Der so gebildete psychodynamische Beziehungszirkel, der den intuitiven Aspekt der Gegenübertragung einschließt, kann nun als Hypothese im weiteren diagnostischen Verlauf geprüft werden^{[13] [14]}.

Berufsanfänger, Weiterbildungsteilnehmer haben noch wenig Erfahrung und wenig Übung in der Erfassung ihrer Gegenübertragung, sie können sich auf diese Eindrücke noch nicht gut verlassen. Dennoch äußerte eine Weiterbildungsteilnehmerin in der Supervision, sie verlasse sich ganz auf das, was intuitiv aus ihrem Unbewussten aufsteige und das teile sie der Patientin mit. Ich weiß, dass man so denken kann, aber mir ist dabei nicht wohl. Ich sehe darin eher eine narzisstische Selbstaufwertung durch die kritiklose Übernahme von psychoanalytischen Annahmen als eine sichere diagnostische Basis. Es gibt weitere Beispiele, wo die intuitive Therapeutin sagt: „Wahrscheinlich steckt in Ihnen ein sehr verletztes Kind, das schon früh im Leben schweren Belastungen ausgesetzt war, womöglich einer sexuellen Traumatisierung“. Die Patientin antwortet: „Ich kann mich an nichts erinnern, aber ich habe auch schon an Missbrauch gedacht“. Möglich ist alles und wie sollte jemand in der aktuellen Mediensituation nicht an Missbrauch denken, aber ein so heikles Thema der intuitiven Eingebung zu überlassen, scheint mir diagnostisch sehr fragwürdig. Wenn solche Anmutungen auftauchen, sollten sie nicht als sichtbar gewordene Wirklichkeit und Wahrheit begrüßt, sondern als u.U. Vorstellbares kritisch geprüft werden.

Für manche Therapeuten ist mit dem Eintauchen in die Beziehung der Eingangsszene die Diagnostik weitgehend abgeschlossen, für andere, z.B. solche, die sich an der OPD orientieren, fängt sie jetzt erst richtig an, indem die intuitiv gesammelten Hypothesen am biographischen und interaktionellen Material überprüft werden.

Beschwerdebild und klinische Symptomatik

Auch dieser Punkt stützt sich auf die klinische Erfahrung. Die vom Patienten geäußerten subjektiven Beschwerden müssen in krankheitswertige Symptome und Störungsbilder übersetzt werden. Wer in dem Beziehungsgefüge der Eingangssituation, dem Eintauchen in die emotionale Atmosphäre verbleibt, verzichtet u.U. darauf, nun wieder Abstand zu nehmen und die Beschwerden auf ihre Qualität und Schwere hin zu untersuchen. Inwieweit sind die geäußerten Verhaltensweisen tatsächlich Ausdruck einer anorektischen Essstörung? Vielleicht ist die Schwerbesinnlichkeit und Orientierungsschwierigkeit Ausdruck einer Suchterkrankung, womöglich verweist die gelegentliche Hochstimmung auf eine bipolare Störung. Wer ausschließlich die interpersonelle Bedeutung einer Beschwerde in den Blick nimmt und nur auf seine emotionale Reaktion achtet, übersieht u.U. Krankheitszustände und wird im Behandlungsverlauf u.U. unliebsam überrascht. Die Erfassung der Symptomatik ist Anlass zu genauem Hinsehen und gründlichem Hinhören im Umgang mit dem Patienten, wo es insbesondere auch gilt, die Auswirkungen der Symptomatik auf die Alltagsbewältigung einzuschätzen. Dies ist nicht der Punkt der emotionalen Antwort, sondern der

urteilenden Einschätzung. Freilich hilft auch hier die Erfahrungsintuition, der klinische Blick, der in der Lage ist, rasch eine Konstellation zu erfassen und ihre klinische Bedeutung einzuschätzen.

Die aktuelle Lebenssituation

Bei dem dritten diagnostischen Schritt schaut der Therapeut auf den Patienten, so wie er heute lebt, auf sein Leben als Frau, als Mann in einer spezifischen Beziehungswelt, Familienwelt, Berufswelt, in seiner gesellschaftlichen Einbindung und Wertewelt. Das alles kann nah dran sein an der Lebenswelt des Therapeuten oder bei Patienten aus anderen sozialen Schichten oder bei Migranten weit weg von ihr. Wie es auch immer ist, es gebietet Wertschätzung und Respekt, beides stellt sich nicht immer von selbst ein. Es muss gewonnen werden.

Die Beispiele, die der Patient als Narrative seines Lebens gibt, aktivieren die Vorstellungswelt des Therapeuten und damit auch wieder seine intuitiven Bilder, in denen er die Geschichten des Patienten gewissermaßen weitererzählt, angedeutete Problemsituationen oder Lösungen für schwierige Situationen des Patienten weiterdenkt oder weiterfühlt, den Rahmen und die Grenzen seiner Möglichkeiten erlebt.

Der Therapeut sieht und hört, wie das Leben des Patienten faktisch ist und wie der Patient es bewertet. Intuitiv kann er erfassen, wie es bestenfalls oder schlimmstenfalls sein könnte, ahnen kann er bereits, wie es so geworden ist.

Biographie

Die Biographie bringt die Klärung für viele dieser offen gebliebene Fragen. Ja, wenn das damals so gewesen ist, dann versteht man das Heute besser. Spätestens jetzt haben Respekt und Wertschätzung für die Situation des Patienten eine Chance sich durchzusetzen. Angesichts der mitgemachten Lebenskatastrophen des Patienten spricht Frau Heigl vom „Erbarmen“ des Therapeuten. Es begründet die Bereitschaft, dem Patienten loyal zur Seite zu stehen, ihn therapeutisch zu begleiten. Man kann sich schwer vorstellen, wie es ist, auf diesen bewegenden biographischen Teil des diagnostischen Gesprächs zu verzichten, indem man stattdessen den Patienten einen Fragebogen zu biographischen Themen ausfüllen lässt.

Die klinische Erfahrungsintuition vermag rasch zu folgern, welche Ereignisse und Erfahrungen welche psychodynamischen Auswirkungen haben können. Angesichts einer ausgeprägten Mischung von Beziehungssehnsucht und Misstrauen verwundert es nicht, zu hören, dass die Mutter früh gestorben ist. Die Mischung aus überangepasstem beruflichen Bemühen und repetitiven Scheitern erklärt sich durch das Aufwachsen in einer widersprüchlichen, sozial gebrochenen Welt. Auch hier ist es möglich, die angefangenen und offen gebliebenen Geschichten des Patienten in der eigenen Phantasie weiterzudenken, die fehlenden Affekte in der eigenen Emotionalität nachzuvollziehen und im Sinne der Gegenübertragung zu intuitiven Eindrücken zu gelangen. Der biographische Teil der Diagnostik hat zwei wichtige Akzente: die biographischen Fakten im äußeren Leben des Patienten und deren emotionale Bedeutungen in seinem Inneren. Wer sich auf das Äußere beschränkt, vermag nicht zu sagen, wie der Patient es verarbeitet hat, wer sich allein auf das Innere konzentriert, gewinnt keine plastische Vorstellung einer geschichtlichen Lebensrealität. Frau Dührssens Vorschlag zur Erfassung der Biographie ist auch heute noch sehr hilfreich^[15].

Spätestens in der Begegnung mit der Lebensgeschichte des Patienten tauchen unvermeidlich die großen Themen des Lebens auf: Liebe, Geburt, Tod, Endlichkeit, Schicksal, Zufall und die Frage nach dem Sinn. Es sind dies auch Fragen philosophischer und religiöser Art, die nicht psychotherapeutisch, d.h. mit psychotherapeutischen Konzepten oder Interventionsstrategien beantwortet werden können. Wie ich eingangs schon versuchte, deutlich zu machen, gerät der Versuch, sie dem Patienten zu beantworten unweigerlich zu quasi-religiösen Aussagen. Es gilt m.E., die Fragen als Fragen zu akzeptieren. Dabei ist es kein Nachteil, wenn der Psychotherapeut

einige Kenntnisse davon besitzt, wie die großen Fragen im Verlauf der menschlichen Geschichte beantwortet wurden, in der Religion, der Philosophie, in der Kunst. Gerade im Blick auf die Kultur, z.B. die Literatur, können wir die Vielfalt der menschlichen Antworten, Versuche und Lösungsideen nachvollziehen. Wenn wir einen gewissen Überblick gewonnen haben, sehen wir, dass es letztlich wenige Grundmotive sind, welche immer wieder die Themen der Literatur, der darstellenden Kunst, der Religionsgeschichte bestimmen. Dies kann ein Hintergrundwissen des Therapeuten bilden, das durch die individuelle Geschichte des Patienten berührt wird. Vielleicht rutscht dem Therapeuten gelegentlich etwas von diesem Wissen heraus, wenn ein persönliches Problem des Patienten sich am Beispiel einer Filmfigur, einer antiken Tragödie, einer philosophischen Streitfrage besonders gut verdeutlichen lässt.

Unabhängig von diesem Wissen vom Menschlichen und Menschentypischen das eine Biographie anspricht, gibt es kaum einen Einblick in eine fremde Lebensgeschichte, die nicht auch die eigene Erfahrung des Therapeuten anrühren würde. So entstehen hier gewissermaßen intuitive Einblicke, nun aber nicht in den anderen, sondern in die eigene Welt, in das eigene Leben, das eigene Scheitern, die eigenen Lösungsversuche und dies vor dem Hintergrund der Probleme und Lösungen des Patienten. Hier ist es gewiss von Vorteil, wenn der Therapeut über ausreichende Selbsterfahrung verfügt, um sich in dieser Flut von andrängenden Eindrücken möglichst rasch zurecht zu finden und seine kognitive und emotionale Aufmerksamkeit immer wieder auf den Patienten hin auszurichten.

Psychodynamik

Der fünfte Punkt, die Klärung der Psychodynamik, stellt nochmals andere Anforderungen an den Therapeuten. Er oder sie muss sich aus der emotionalen Verschränkung mit dem Patienten lösen und gewissermaßen auf einer Metaebene formulieren, um was es sich hier handelt: Welche vorrangigen lebensbestimmenden unbewussten Konflikte prägen das aktuelle Geschehen, auf welchem Strukturniveau verläuft es, welche strukturellen Fähigkeiten hat der Patient am wenigsten zur Verfügung, wie gestalten Konflikte und strukturelle Defizite das Beziehungsverhalten des Patienten, in welcher symptomauslösenden Situation hat sich das Geschehen zugespitzt, so dass es zur Symptombildung kam. Die Systematik der OPD vermittelt einen Überblick über mögliche psychodynamische Konstellationen.

Die nicht einfache Aufgabe ist es, den individuellen Patienten vor dem Hintergrund einer allgemeinen psychodynamischen Modellvorstellung zu verstehen, oder umgekehrt, die theoretischen Maßstäbe an die individuelle Person anzulegen. Dieses scheinbar fachliche Thema hat deutliche emotionale Seiten. In einer zurückliegenden Untersuchung haben wir gesehen, dass männliche Therapeuten stärkere Pathologien beschreiben als Therapeutinnen und dass Therapeuten mit einem humanistischen Hintergrund weniger pathologische Konstrukte errichten als solche mit einer analytischen Ausbildung. Aus der Angst heraus, den Patienten zu pathologisieren, wird u.U. das Schwere, Bedrohliche der Störung relativiert, geradezu beschönigt. Schwerwiegende Symptome und Vordiagnosen fallen unter den Tisch. Das strukturelle Niveau wird häufig besser eingeschätzt, als es in der Beschreibung offensichtlich ist. Schlechterdings alle Patienten werden als überdurchschnittlich intelligent beurteilt. Offenbar ist es schwierig, angesichts des Bemühens um eine gute Beziehung zum Patienten, der klinischen Wirklichkeit ins Auge zu blicken. Vielleicht wird auch hier eine intuitive Hoffnung wirksam, dass alles gut werden möge. Wahrscheinlich sind gute Wünsche und starke Hoffnungen des Therapeuten auch Wirkfaktoren seines Handelns. Die Doppelrolle erschwert jedoch die Einschätzung: Der Diagnostiker soll klar sehen und formulieren, was problematisch ist, der Therapeut will seine therapeutische Zuversicht bewahren, also wird in der Regel der Diagnostiker nachgeben und seine Einschätzung nach oben hin korrigieren.

Therapeutische Zielsetzung und Behandlungsplanung

Der letzte Punkt, therapeutische Zielsetzung und Behandlungsplanung, erfordert am meisten Mut und Klarheit und stützt sich wahrscheinlich am wenigsten auf Intuition. In den Berichten zum Antrag ist das für Gutachter häufig ein problematischer Punkt. Es wird beschrieben, was der Patient hat und wie es dem Therapeuten damit geht, aber oft nicht, was nun therapeutisch geschehen soll und geschehen kann, damit der Patient aus seiner Schwierigkeit herausfindet. Manchmal beschränkt sich der Plan auf eine Art von menschlicher Solidarität, in der dem Patienten zur Seite gestanden werden soll. Das ist m.E. häufig zu wenig. Auf der anderen Seite werden zuweilen stark idealisierende therapeutische Ideen formuliert, etwa derart, der Patient solle erleben dürfen, dass der Therapeut ihm uneingeschränkt als positives Objekt zur Seite steht, seine Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse voll akzeptiert und ihn in seinen Zielsetzungen solidarisch unterstützt. M.E. gibt es so etwas nirgendwo im Leben, es formuliert am ehesten die emotionale Einstellung zu einem Neugeborenen, nun übersetzt auf einen Erwachsenen.

Die jüngeren Therapeuten, die in den neuen, überwiegend tiefenpsychologischen Instituten ausgebildet werden, erfahren hier eine gute Schulung. Es gilt nämlich, mit dem Patienten zusammen auszuhandeln, welche konkreten problematischen Punkte im gemeinsamen Bemühen bearbeitet werden sollen und in welcher Richtung eine Veränderung wünschenswert ist. Das ist sehr weit entfernt von der alten analytischen Idee, dass ein in Gang gesetzter therapeutischer Prozess sich seinen Weg sucht, wie der Fluss durch die Landschaft, und dass der Therapeut dem zu folgen habe. Je mehr sich die Behandlung auf eine umschriebene Störung ausrichten soll, auf eine Essstörung, auf eine Abhängigkeitsproblematik, eine umschriebene Angst, eine persönlichkeitsstrukturelle Störung, desto eher muss der Therapeut versuchen, einen Konsens mit dem Patienten über die Zielrichtung und die therapeutischen Aufgaben herzustellen. Hier müssen sich zwei ungleiche Partner auf eine geteilte Verantwortung hin verständigen. Sich hier auf ein intuitives Beziehungsangebot zu beschränken und zu akzeptieren, was der Patient sich wünscht, führt mit einiger Wahrscheinlichkeit dazu, dass man bei Ablauf der verfügbaren Zeit und der bezahlten Stunden sich therapeutisch mittendrin befindet und die notwendige Beendigung sich schwierig gestaltet.

Fazit

Bei dem Versuch, die Erfahrungen mit der Intuition zu bilanzieren, begegnet mir R. Dobelli in seiner FAZ-Kolumne „Klarer Denken“. Dort führt er aus: „Kahneman geht davon aus, dass es zwei Arten des Denkens gibt: zum einen das intuitive, automatische, unmittelbare Denken; zum anderen das bewusste, rationale, langsame, mühsame, logische Denken. Leider zieht das intuitive Denken Schlüsse, lange bevor das bewusste Denken in Fahrt kommt.“ Und er folgert: „Das intuitive Denken hat ein Faible für 'plausible Geschichten'. Bei wichtigen Entscheidungen tun Sie gut daran, ihnen nicht zu folgen“^[16].

Aber, auch wenn wir die Intuition nicht alleine entscheiden lassen, können wir sie, wie die angeführten Beispiele und die Betrachtung der diagnostischen Situation gezeigt haben, durchaus nutzbringend einbeziehen. Intuition wird erkennbar als eine spezielle Form von Achtsamkeit, eine besondere Aufmerksamkeit für das, was in einem anderen unterschwellig vorgeht, was er signalisiert und was dann im eigenen Inneren ebenso unterschwellige Reaktionen auslöst. Therapeuten können lernen, ihre bewusste Aufmerksamkeit auf solche Vorgänge auszurichten und sie zu reflektieren („Gegenübertragungsentention“).

Als zweites hatten wir eine spontane Einschätzung und Bewertung der Situation eines anderen gesehen, ohne begründen zu können, wie sie zustande gekommen ist. Es kann dies Ausdruck der Erfahrung sein, speziell der beruflich-klinischen, d.h. therapeutischen und diagnostischen Erfahrung mit Patienten und somit ein Aspekt der Professionalität („Erfahrungsentuition“).

Entscheidend wichtig ist nach m.E. in beiden Fällen, dass wir diese aufsteigenden gefühlhaften Überzeugungen einer kritisch-rationalen Überprüfung unterziehen, indem wir über sie nachdenken, Bilder und Worte für sie finden, so dass es schließlich gelingt, das Atmosphärische in Sprache zu kleiden, zu mentalisieren und es mit den Modellvorstellungen kompatibel zu machen, mit denen wir bevorzugt arbeiten. Damit wäre Intuition weder eine idealisierte, geheimnisvolle Fähigkeit, noch eine verführerische Tendenz, sondern ein Baustein der Urteilsbildung und Entscheidungsfindung.

Literatur

- [1] Brockhaus Philosophie, Mannheim 2009.
- [2] Heidegger M. (1984) Zur Frage nach der Bestimmung der Sache des Denkens. Erker-Verlag, St. Gallen.
- [3] Henningsen P., Rudolf G. (2000) Zur Bedeutung der evidence-based-medicine für die psychotherapeutische Medizin. PpMP 50, 366-376
- [4] Moritz K.Ph. (1986) Magazin der Erfahrungsseelenkunde 1783, 1.-10. Band. Greno, Nördlingen.
- [5] Jung C.G. (1927) Die Bedeutung des Vaters für das Schicksal des Einzelnen. Deuticke, Leipzig.
- [6] Kasten C., Straßer K. (1987) Untersuchungen zur Typologie C.G. Jungs. Diplomarbeit im Institut für Psychologie, FU-Berlin.
- [7] Rudolf G., Porsch U. (1986) Neurotische Interaktionsmuster. Die Bildung von Befundskalen aus dem PSKB. ZPsychosomMed 32, 117-139.
- [8] Galuska J. (2010) Die Entwicklung eines Bewusstseins in einer beseelten Psychotherapie und Medizin. Vortrag internationale Gesellschaft für Tiefenpsychologie, Lindau.
- [9] Safranski R. (2005) Schiller als Philosoph. Radioropa Hörbuch.
- [10] Ulitzkaja L. Daniel Stein . DTV 2011
- [11] Rutherford H.J.V., Mayes L.C. (2011) Primäres mütterliches Präokkupiertsein. Die Erforschung des Gehirns werdender und junger Mütter mithilfe bildgebender Verfahren. Psyche 9/10, 971-988.
- [12] Rudolf G. (2010) Psychotherapeutische Medizin. Schattauer, Stuttgart.
- [13] Arbeitskreis OPD (1996) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-1. Grundlagen und Manual.
- [14] Arbeitskreis OPD (2006) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Manual für Diagnostik und Therapieplanung.
- [15] Dührssen A. (1981) Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt. *Neu hg. mit einer Einführung von G. Rudolf und U. Rüger 2011. Schattauer, Stuttgart.*
- [16] Dobelli R. (2011) Klarer Denken. Warum die Intuition verführerischer ist als rationales Denken. FAZ