

VERHALTENSTHERAPIE UND PSYCHODYNAMISCHE THERAPIEN – VERFAHRENSDIALOGISCHE UND VERGLEICHENDE ÜBERLEGUNGEN

GERHARD ZARBOCK

PSYCHOTHERAPIE – SCHON EINE WISSENSCHAFT?

Im Gegensatz zu anderen Wissenschaften hat die Psychotherapie bisher den großen Nachteil, dass sie ihre Erkenntnisse und Vorgehensweisen in verschiedenen Therapieschulen, im deutschen Sprachbereich auch als Therapieverfahren benannt, organisiert. Dies führt dazu, dass ein echter wissenschaftlicher Austausch zwischen den Verfahren mit dem Ziel des Erkenntnisgewinnes und des Kompetenzzuwachses fast unmöglich ist, da es sich um konkurrierende, sich gegenseitig ausschließende Schulen handelt. Ähnlich wie in der Philosophie oder in der Religion liegen damit also konkurrierende, oft auch unvereinbare Erklärungsansätze mit verschiedenen Vorgehensweisen bei der Erkenntnisgewinnung und den möglichen Wegen zur Heilung oder Besserung psychischen und psychosomatischen Leidens vor.

Wissenschaftstheoretisch könnte man daher sagen, dass sich die Psychotherapie(wissenschaft) – anders als die Naturwissenschaften – noch in einem vorparadigmatischen Zustand befindet, sich also noch nicht auf ein aktuell „gültiges“ Paradigma (= grundsätzliche Denkweise,

grundsätzliches Modell der Störungsentstehung und abgeleiteter Therapieprinzipien) geeinigt hat (vgl. Kuhn, 1967/1996). Es lässt sich nun überlegen, ob dies je anders sein kann. Nach Meinung des Autors ist Psychotherapie immer stark beeinflusst von zu Grunde liegenden Menschenbildern, Werthaltungen und anderen weltanschaulichen Prämissen, sodass es, wie es bei der Religion oder der Philosophie, keine Einheitsreligion oder Einheitsphilosophie gibt, auch keine allgemein akzeptierte „Einheitspsychotherapie“ oder „Allgemeine Psychotherapie“ wird geben können. Dennoch sind Verfahrensvergleiche, Dialoge zwischen den Verfahren und auch Ansätze möglich, die versuchen, vom jeweils anderen Verfahren zu lernen, um das eigene Vorgehen zu verbessern. Jedes Verfahren hat Stärken und Schwächen, insbesondere unscharfe oder diagnostisch wie therapeutisch nicht gut „ausgeleuchtete“ und operationalisierte Bereiche. Die Begegnung mit dem anderen Verfahren kann solche Bereiche deutlicher werden lassen und konstruktive Verfahrenserweiterungen anstoßen. Zentral hierfür ist immer eine genaue Begriffsexplikation („Was genau meinst Du damit, wenn Du sagst, ...“) und eine Rückführung der verwandten Begriffe auf

umgangssprachlich beschreibbare Praxisbeobachtungen. Hiermit folgen wir der Auffassung, dass die letzliche Meta-Sprache, mit der man über Fachsprachen sprechen kann, zwangsläufig die Umgangssprache sein muss.

Im Folgenden sollen daher solche verfahrensdialogische Überlegungen vorgestellt werden, die einerseits von den Überlegungen Klaus Grawes und Ergebnissen der Psychotherapieforschung ausgehen, andererseits aber ihren Ausgangspunkt von ganz konkreten praktischen Erfahrungen und Problemstellungen aus dem psychotherapeutischen Alltag einer breitgefächerten Versorgungspraxis nehmen.

Gerade die Praxis, die sich nicht wie die Forschung in ihren Studien durch Ein- und Ausschlussindikationen beschränkt, sondern erstmal jeden mit psychischem Leiden annimmt, um zu helfen, kann immer wieder zu den Grenzen des eigenen diagnostischen und therapeutischen Repertoires führen. Solche „Begrenzungserfahrungen“ sind dann Anlass zum Fragen und zur Suche nach bisher Übersehenem, nach dem, was im Schatten des bisherigen Wissens und Könnens liegt.

Besonders hilfreich bei solchen Überlegungen sind natürlich auch Erkenntnisse, Ergebnisse und Vorgehensweisen aus der Grundwissenschaft Psychologie, die ja beansprucht, die Gesetzmäßigkeiten von Erleben und Verhalten quasi naturwissenschaftlich beschreiben zu können. Aber auch hier haben wir vor kurzem zur Kenntnis nehmen müssen, dass bis zu Zweidrittel aller empirisch-experimentell gewonnenen Erkenntnisse nicht replizierbar waren (Ioannidis, 2005; Open Science Collaboration, 2015). Vermutlich gerade aus einem ähnlichen Grund, aus dem es auch verschiedene Psychotherapieschulen gibt: Die Erkenntnisse der Psychologie beziehen sich auf menschliches Erleben und Verhalten und ihre

Steuerung unter verschiedenen inneren und äußeren Bedingungen. Dadurch ist der Gegenstand der Psychologie meist ein wesentlich sprachlich vermittelter, ein sozial vor seiner Beobachtung erst zu konstruierender. Intelligenz, Motivation, Konflikt, Antrieb, Bedürfnis, Frustration, Verstärkung, Verdrängung – all das sind Gegenstände der Erkenntnis, die sich nicht direkt beobachten lassen, sondern die zuerst sprachlich definiert werden müssen. In der Psychologie wird dies als Operationalisierung (= Messbarmachung) der Konstrukte beschrieben. In Operationalisierungen fließen immer Auswahlentscheidungen ein. Das heißt, es könnte oft auch mit anderen Argumenten anders entschieden oder formuliert werden. Daher sind psychologische Erkenntnisse sehr oft kontextabhängig und verändern sich unter bestimmten zeitlichen, sozialen und geopolitischen Rahmenbedingungen.

Psychologie und Psychotherapie sind also in weiten Teilen nicht in der gleichen Weise Naturwissenschaft wie Physik, Chemie oder Biologie.

Und da, wo die Psychologie sehr „sichere“ quasi naturwissenschaftliche Erkenntnisse vorweisen kann, ist sie immer nahe an biologischen, neurologischen und physikalischen Prozessen.

NARRATIVE UND NATURWISSENSCHAFTLICHE WAHRHEITEN

Für die folgenden Überlegungen wollen wir daher auch *narrative Wahrheiten* von sogenannten experimentellen, *naturwissenschaftlichen Wahrheiten* unterscheiden. Unter einer narrativen Wahrheit wollen wir eine aus der Praxis oder auch durch theoretische Überlegungen

gewonnene Feststellung oder Vorgehensweise verstehen, die durch bestimmte Weltanschauungen, bestimmte Vorannahmen und Werthaltungen, durch eine bestimmte „Erzählautorität“ und einen „Erzählrahmen“ im Sinne einer Tradition geprägt ist (Payne, 2006).

Wenn man die Brücke zu den Naturwissenschaften noch einmal schlagen will, kann man sagen, dass je stärker psychotherapeutische Vorgehensweisen oder Erklärungsmodelle abgeleitet sind aus der Neurobiologie, der Hirnanatomie, der Evolutionsbiologie, der vergleichenden Verhaltensforschung und der genau beobachtenden Entwicklungspsychologie, desto eher liegen dem Vorgehen quasi naturwissenschaftliche Wahrheiten zu Grunde, die relativ unabhängig vom sozialen und historischen Kontext Gültigkeit haben.

Je mehr es aber um subjektives Erleben und seine Ausdeutungen geht, desto mehr Freiheitsgrade haben wir und desto abhängiger wird das erklärende theoretische Konstrukt von zahlreichen Vorentscheidungen und Vorannahmen sein. Das heißt also, ein „subjektiver“ Sachverhalt (wie z. B. Motivation, Leidensdruck) kann sehr unterschiedlich beschrieben werden. In solchen Fällen würden wir daher von narrativen Wahrheiten sprechen.

Im Rahmen der folgenden Betrachtung werden wir also den Unterschied zwischen quasi experimentellen naturwissenschaftlichen Wahrheiten und narrativen Wahrheiten mitdenken müssen. In der Psychotherapie können wir natürlich keinesfalls auf die so genannten narrativen Wahrheiten verzichten, da das menschliche Seelen- und Sozialleben komplex und vielschichtig ist, und sich in großem Umfang eben gerade durch Narrative konstituiert. Das heißt, die Störungen des menschlichen Sozial- und Seelenlebens begründen sich vorrangig aus Prozessen und Geschehnissen, die

sich eben nicht auf naturwissenschaftliche Wahrheiten und nach dem Hempel-Oppenheim-Schema prinzipiell falsifizierbare, allgemeingültige Gesetze zurückführen lassen (Esser, Klenovits & Zehnpfennig, 1977). Das „tertium non datur“ einer positivistischen Falsifizierungslogik muss bei Erkenntnissen im Bereich des Seelischen einem „sowohl als auch“, einer „immer möglichen Verkehrung ins Gegenteil“ und einer funktionalen Dominanz „subjektiver Bewertungen über objektive Fakten“ weichen. Zum Verständnis des Seelischen gilt geradezu „tertium necesse est“. Mehrdeutigkeiten, Ambivalenzen und Wandelbarkeit in Form und Funktion sind im Erleben und Verhalten die Regel, nicht die Ausnahme. Die Forderung positivistischer Wissenschaft nach Ein-Eindeutigkeit im Sinne einer 1:1-Zuordnung von Elementen des empirischen Relativs (der Erfahrungstat-sache) zu einem Element des numerischen Relativs (dem Messwert) ist für das Seelische nicht gegenstandsadäquat.

Zur Beschreibung der Psychotherapie können wir Demokrit auf den Kopf stellen: „Es gibt nur Meinung (d. i. „Subjektivität“), alles andere sind nur Atome und der leere Raum“. Es geht in der Psychotherapie immer zentral um subjektives Erleben und subjektive Bedeutungszuschreibungen und Erwartungen, die entweder überhaupt nicht oder nur sehr verkürzt experimentell zugänglich sind. Eine Psychotherapie nur auf Basis naturwissenschaftlicher Gesetze, Befunde und Methoden wäre streng genommen eine Wissenschaft ohne adäquaten Gegenstand.

MULTIPERSPEKTIVITÄT UND PSYCHOTHERAPIEVERFAHREN

Die narrative Gebundenheit und Fundierung der Psychotherapie spiegelt sich natürlich auch in der Existenz einer Vielzahl

psychotherapeutischer Schulen wider. Man kann eben prinzipiell verschiedene Geschichten oder eben auch eine Geschichte verschieden erzählen.

Im Folgenden soll unter Mitgeltung dieser erkenntniskritischen Reflexionen ein Versuch einer verfahrensübergreifenden Perspektiventwicklung („Multiperspektivität“) gemacht werden, die schwerpunktmäßig die Verfahren Verhaltenstherapie (inklusive 3. Welle) und die psychodynamischen Verfahren umfasst. Die zu Grunde liegende theoretische Basis ist die von Klaus Grawe formulierte Inkonsistenz- bzw. Konsistenztheorie des psychischen Erlebens (Grawe, 2004). Die Konsistenztheorie sagt kurzgefasst, dass der menschliche Organismus bestrebt ist, Konsistenz herzustellen, die als Übereinstimmung von Wunsch bzw. Erwartung einerseits und konkreter Wahrnehmung oder Erwartungserfüllung andererseits verstanden werden kann (Grosse Holtforth & Grawe, 2004).

Kommt es zu intensiven und längerdauernden Inkonsistenzen, das heißt zu „mismatches“ zwischen Wünschen und Erwartungen einerseits und aktueller Wahrnehmung und Erwartungserfüllung andererseits, entsteht hohe Inkonsistenz. Inkonsistenz kann als ein bewusst erlebbarer psychophysischer Spannungszustand beschrieben werden. Solche psychophysischen Inkonsistenzspannungen legen dann die Basis dafür, dass sich singuläre Symptombildungen oder aber generalisierte maladaptive Bewältigungsmechanismen in den Bereichen Wahrnehmung, Verhalten und Selbststeuerung entwickeln, beide mit dem „Ziel“, Inkonsistenzspannung schnell zu reduzieren.

Leidensdruck entsteht in der Regel dadurch, dass diese organismischen Versuche der Inkonsistenzreduktion maladaptiv, das heißt so gestaltet sind, dass zwar kurzfristige Spannungserleichterungen auftreten (sogenannte negative Verstär-

kungen im Sinne der VT); langfristig aber sowohl für das Individuum wie für seine sozialen Interaktionen, ggf. auch für betroffene Dritte negative Folgen auftreten.

Auf Basis dieser relativ allgemein gehaltenen Ätiologietheorie psychopathologischer Symptome werden wir versuchen, psychotherapeutisches Handeln im Sinne multipler Perspektiven zu reflektieren.

GRAWES PERSPEKTIVEN AUF DEN PSYCHOTHERAPIEPROZESS

Bei der vergleichenden Reflexion können die Überlegungen von Klaus Grawe zur Existenz verschiedener therapeutischer Perspektiven helfen. Grawe hat diese Perspektiven auf Basis seiner Metaanalysen über alle Psychotherapieverfahren hinweg in dem Versuch formuliert, jenseits therapieverfahrensspezifischer Sprachregelungen gemeinsame Wirkfaktoren von psychotherapeutischen Prozessen auf psychologischer Grundlage zu formulieren. Die psychotherapeutischen Perspektiven sensu Grawe sind:

ERSTENS: BEZIEHUNGSPERSPEKTIVE (WELCHE ROLLE SPIELEN BEZIEHUNGSSTILE?)

Hiermit wird herausgestellt, dass das Erleben und die Gestaltungsweisen von Beziehungen des Patienten ein wichtiger und zentraler Faktor sowohl bei der Entwicklung, der Aufrechterhaltung wie auch der „Auflösung“ psychischer Störungen sind. Unter der Beziehungsperspektive wird im Therapieprozess zentral formuliert, wie sich die Therapeut-Patient-Beziehung gestaltet und welche Austausch- und Interaktionsprozesse gerade zwischen Therapeut und Patient stattfinden (Grawe, 1998). Weiterhin wird unter

dieser Perspektive reflektiert, wie der Patient regelhaft oder häufig mit wichtigen signifikanten Anderen in seinem Umfeld interagiert. Persönlichkeitsstörungen oder -akzentuierungen sind immer auch Beziehungsstörungen im zwischenmenschlichen Bereich.

ZWEITENS: KLÄRUNGSPERSPEKTIVE

Unter dieser Perspektive wird herausgearbeitet, wie gemeinsam mit dem Patienten Erklärungen für das ihm unverständliche Verhalten und Erleben gesucht werden (Grawe, 1998b, 2004). Klärung befriedigt das Grundbedürfnis nach Orientierung und Kontrolle (das im Ansatz der Biografisch-Systemischen VT [Zarbock, Stürzel, Semmler, 2021] der Autonomie beigeordnet ist). Prototyp für die Klärungsperspektive ist die psychoanalytische Idee der psychischen Determinierung allen Verhaltens und aller bewussten psychischen Phänomene. Die Psychoanalyse geht davon aus, dass jedes bewusste Phänomen eine unterliegende, verursachende unbewusste Dynamik hat. Bewusstes Erleben ist also immer durch das vorgängige, unbewusste Wechselspiel von Wunsch/Affekt und Abwehr oder durch Strukturdefekte und zugehörige Kompensationsversuche determiniert (Hiller, Leibling, Leichsenring & Sulz, 2004). Unter der Klärungsperspektive hieße es dann, genau diese Dynamiken zu erkennen, bewusst zu machen und auch durch Erklärungen, also explizite Offenlegung von Ursache-Wirkungsverknüpfungen erstmal verständlich und dann auch der Veränderung zugänglich zu machen. In der Psychoanalyse geschieht dieses oft in der Reihenfolge von Klarifizieren (klären, näher beschreiben lassen), Konfrontieren (den Patienten auf Erlebnislücken oder Erlebniskonflikte hinweisen) und Deuten

(genetisch = auf lebensgeschichtliche Ursachen zurückführen, Abwehrdeutungen = Etwas dient als Abwehr von ..., Übertragungsdeutungen = Die Therapeutin, die Therapeut-Patient-Beziehung wird im Lichte früherer Bezugspersonen verzerrt erlebt).

Bei den Deutungen lassen sich also verschiedene Deutungstypen unterscheiden. Mit einer genetischen Deutung wird dem Patienten „erklärt“, wie seine Biografie mit seinem Erleben oder auch seiner Symptomatik im Hier und Jetzt verbunden werden könnte. Die Abwehrdeutung stellt einen Zusammenhang her zwischen bestimmten Abwehrmechanismen wie z. B. Intellektualisieren, dem Vergessen oder der Spaltung und dem, was damit unbewusst beabsichtigt ist, nämlich das Abgewehrte außerhalb des Bewusstseins zu halten. Dieses Abgewehrte wird dann in einem weiteren Schritt erkundet.

Die Übertragungsdeutung veranschaulicht die Wiederholung früherer Erlebnisweisen und Erfahrungen, früherer Beziehungsmotive, im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung (Binnenübertragung) und mit anderen wichtigen aktuellen Bezugspersonen (Außenübertragung) des Patienten.

Auch die Gesprächspsychotherapie nach Rogers kann der Klärungsperspektive zugeordnet werden. Durch die Verbalisation emotionaler Erlebnisinhalte (VEE) hilft der Therapeut dem Patienten sich selbst besser und umfassender als bisher zu verstehen.

Die verhaltenstherapeutische Sicht der Klärungsperspektive liegt natürlich in den Modellen und Konzepten der Belastungsverarbeitung, wie z. B. der erlernten Hilflosigkeit, der Fehlattritionen, der kognitiven und metakognitiven Fehler und Verzerrungen, oder dem Modell des Verstärkerverlustes, der Unterscheidung kurzfristiger (steuernder) von langfristigen (schädigenden) Verhaltenskonsequenzen.

Aufgegriffen wird diese Perspektive in der VT auch durch die Psychoedukation des Patienten, mit der der Patient über Art und Umstände seiner Erkrankung in verständlicher Form informiert wird.

DRITTENS: PROBLEMBEWÄLTIGUNGSPERSPEKTIVE

Dies ist die Perspektive, unter der dem Patienten konkrete Hinweise zur Veränderung seiner Problematik durch den Erwerb neuer Kompetenzen gegeben werden (Grawe, 1998). Die Kompetenzperspektive ist geradezu das Paradigma der VT, da psychische Störungen sowohl in ihrer Entstehung (Störungen sind gemäß der VT meist Ausdruck von Defiziten) als auch in ihrer Therapie (durch das Erlernen neuer Kompetenzen) unter der Kompetenzperspektive aufgefasst werden. Beispiele hierfür sind das Skills-Training der DBT, das soziale Kompetenztraining, und eine Vielzahl von „Trainings“ für fast jeden Bereich menschlichen Erlebens und Verhaltens (Emotionsregulation, Stressbewältigung, Angstbewältigung, Sexualität etc.). Auch die klassische Expositionstherapie lässt sich als Kompetenzerwerb darstellen: Es geht um das Training von Annäherungskompetenzen durch den Erwerb von Distresstoleranz (= Angst aushalten lernen).

Zur Problembewältigungsperspektive zählen auch die metakognitiven Ansätze und die kognitive Umstrukturierung. Zentral auch Anleitungen des Patienten zur Tagesstrukturierung und zur Ausübung positiver Aktivitäten und natürlich auch sämtliche Formen des Reattribuierungstrainings bei Panik und somatoformen Störungen.

Aber auch die Psychoanalyse hat mittlerweile in der Strukturbezogenen Therapie nach Rudolf zahlreiche Vorgehensweisen entwickelt, wie der Therapeut

dem Patienten hilft – meist durch situatives Coaching oder Modellvorgaben – Probleme zu bewältigen und verbesserte Selbst- und Interpersonelle Regulation zu erlernen.

Wichtigste Fähigkeit der Problembewältigung wäre in der Psychoanalyse wohl auch die zu erwerbende Fähigkeit zur Selbstanalyse. Durch die Verinnerlichung der Analytikerin als (hinreichend) gutes und steuerndes Objekt und der durch Teilhabe und auch Modelllernen erworbenen Kompetenz zur Selbstanalyse (Ausgangspunkt Problemgefühl oder irritierender Gedanke, gleichschwebende Selbstaufmerksamkeit (statt schneller Ablenkung, Unterdrückung, Beruhigung), freie Assoziation, Klarifikation, autogene Deutungsversuche) kann der analytische/tiefenpsychologische Patient diese Kompetenz erwerben. Durch einen erfolgreichen Akt der Selbstanalyse sollte es dann idealiter zu einer anschließenden Inkonsistenzreduktion kommen, da unbewusste Ursachen bewusst gemacht und versprachlicht wurden. Im psychoanalytischen Sinne gelingt es durch den Prozess der Bewusstmachung (der topische Aspekt) und damit auch der Versprachlichung bisher unbewusster Konglomerate (i. S. von Wunsch-Abwehr-, Trauma-Abwehr-, Strukturdefekt-Kompensations-Dyaden) dem unbewussten Konglomerat energetische Besetzung zu entziehen und es damit quasi dynamisch unwirksam zu machen. Als Benanntes und damit Bewusstes kann es nicht mehr im gleichen Sinne „drängen“ wie als unbewusst-dynamisches. Im Anschluss an solche Bewusstmachung sollten dann dem Subjekt idealiter auch andere Handlungsoptionen möglich sein: umfassendere Selbsterkenntnis führt zur Neuentcheidung und diese führt im Anschluss zur Verwirklichung von bisher blockierten Handlungsalternativen (Hiller, Leibling, Leichsenring & Sulz, 2004).

VIERTENS: PROBLEMAKTUALISIERUNGSPERSPEKTIVE

Unter dem Prinzip der Problemaktualisierung versteht Grawe, dass Therapie auch immer darauf abzielt, dass sich das bisher nur berichtete Problem in der Therapie greifbar aktualisiert. Statt kalter Problembeschreibungen können dann so genannte „hot cognitions“ behandelt werden. Das heißt also, die Problematik des Patienten soll sich im Hier und Jetzt fühlbar aktivieren, was immer auch damit einhergeht, dass intensive Emotionen und Körperreaktionen zusätzlich zu den Gedanken, Bewertungen und Beschreibungen aktiviert werden (Grawe, 1998; Grosse Holtforth, 2017).

Die klassische Problemaktualisierung aus Sicht der Tiefenpsychologie ist natürlich eine intensive Übertragung, wenn der Patient vergangene Problematiken auf den Therapeuten überträgt, z. B. befürchtet, vom Therapeuten ebenso kritisiert und abgelehnt zu werden, wie von seiner Mutter. Weitere Problemaktualisierungen aus Sicht der Tiefenpsychologie bestehen in sogenannten Handlungsdialogen oder szenischen Inszenierungen. Dieses Konzept beschreibt, dass Patient und Therapeut – beidseitig unbewusst – die Problematik des Patienten inszenieren, indem vom Patienten unbewusst gehaltene Befürchtungen und Einstellungen sich im Sinne eines miteinander aufgeführten Theaterstücks unter aktiver, aber „unbewusster“ Mitwirkung des Psychotherapeuten reinszenieren.

Problemaktualisierungen sind natürlich auch die Expositionsangebote der Verhaltenstherapie. Exposition in vivo oder auch in sensu aktualisiert ja die Problematik im Hier und Jetzt und macht sie daher auch im Detail genau beobachtbar und aus der Innenperspektive des Patienten beschreibbar.

Problemaktualisierungen sind auch die Angebote des imaginativen Umschreibens als einer Form der Exposition in sensu. Rollenspiele und soziale Kompetenzgruppen sind Formen der Problemaktualisierung. Auch alle so genannten „experiential techniques“, im Deutschen am ehesten als „Emotions- und Erfahrungsbezogene Interventionstechniken“ zu übersetzen, sind als eine Form der Problemaktualisierung anzusprechen.

FÜNFTENS: RESSOURCENPERSPEKTIVE

Niemand kann „überhaupt nichts“. Unter der Ressourcenperspektive geht es darum, das, was schon positiv als Kompetenz oder Vorteil da ist, zu benennen und auch für den Therapieprozess zu nutzen. Es geht um Wertschätzung und Nutzung (im Sinne der „Utilisation“ von Milton Erickson) der jeweiligen Lebens- und Lernerfahrungen und der Kompetenzen des Patienten (Grawe & Grawe-Gerber, 1999; Willutzki & Teismann, 2013). Auch z. B. Obdachlose benötigen für ihr Straßenleben Kompetenzen, Prostituierte und Gangmitglieder würden nicht lange „überleben“, wenn sie nicht auch sehr spezifische Kompetenzen hätten. Diese „krassen“ Beispiele sollen deutlich machen, dass die Ressourcenperspektive radikal „empowert“, indem sie die Anpassungsleistungen auch an sehr spezielle gesellschaftliche Lebensräume („Habitate“) und individuelle „ökologische Nischen“ als aktive Leistungen beschreibt und eben nicht als Defizite. In der Therapie kann sich so der „extreme“ Patient unter dieser Perspektive besser verstehen und wertgeschätzt fühlen.

Ressourcen können natürlich auch gesucht und aktiv entwickelt werden. Ggf. hat der Patient aktuell „schlafende“ Fähigkeiten, Interessen oder Kontakte,

die in der Therapie darauf warten, reaktiviert zu werden.

Unter dem Aspekt des Aufbaus von Ressourcen ist die therapeutische Beziehung zum Therapeuten oder zu einer Therapiegruppe zentral. Durch Regelmäßigkeit, den festen und geschützten Rahmen, die Angebote von Sicherheit und Vorhersagbarkeit, durch sozialen Kontakt und soziale Verstärkung kann die Therapie und die Therapeutin selbst eine wichtige Ressource im Leben des Patienten werden.

VERFAHRENSDIALOG, VERFAHRENSINTEGRATION UND KONTEXTBINDUNG

Generell gilt, dass verfahrenseigengesetzliche Überlegungen und Vorgehensweisen erhalten bleiben müssen, da sie oft einen sehr langjährigen praktisch-klinischen, oft aber auch noch zusätzlich wissenschaftlich empirisch überprüften Erfahrungsschatz darstellen. Auch gilt für Therapieverfahren, dass sie nicht nur in ihrer Anwendung kontextabhängig wirken, sondern eben auch kontextgebunden, innerhalb spezifischer wissenschaftlich-therapeutischer Traditionen und Institutionen vermittelt, gelehrt und gelernt werden müssen (Senf & Broda, 2000).

Psychotherapie ist eben auch in ihren Professionalisierungsprozessen kontextsensitiv. Ich kann ein Psychotherapieverfahren eben nicht aus seinen Vermittlungskontexten herauspräparieren, in der Hoffnung es dann noch effektiver vermitteln zu können. Wie ein Gehirn alleine nicht ohne den Körper existieren kann, kann auch ein Psychotherapieverfahren nicht ohne vermittelnde Institutionen mit ihren Traditionen existieren. Sicher, man kann Institutionen verändern oder neu gründen, man kann mit alten Traditionen

brechen und neue begründen. Aber ein Psychotherapieverfahren ohne Tradition und Lehr- und Lernkontexte wird es nicht geben können.

Die Propagierung und Entwicklung einer „integrativen Therapie“ ist tendenziell aber versucht, genau das zu unternehmen. Ein solches Unterfangen ist damit konfrontiert, dass es eben nicht gelingen kann, kontextfrei das Beste aus allen Verfahren zuerst zu isolieren und dann zu integrieren, um damit wirksamer als alle Ausgangsverfahren zu werden. Und dies aus dem einfachen Grunde, dass Psychotherapieverfahren immer organisierte und Erfahrungen und Kompetenzen organisierende Gesamtheiten sind, also sowohl in einem spezifischen historischen wie sozialen Kontext entstanden sind und auch in einem solchen aktuell gelehrt und gelernt werden.

Weiterhin werden Verfahren auch durch einen spezifischen Anwendungskontext, die Angebote und Regularien des jeweiligen Gesundheitssystems, durch das vorherrschende Inanspruchnahme-Verhalten und die Behandlungserwartungen wie auch die Finanzierungsmöglichkeiten erheblich beeinflusst. Kurz gesagt: Psychotherapie sowohl als zu erlernendes Handwerk als auch als ausgeübte Heilkunde ist in besonderem Maße kontextabhängig. Das fängt schon bei den jeweiligen Begrifflichkeiten der Therapieschule an und umfasst das explizite wie implizite Menschenbild der Therapieschule ebenso wie Professionalisierungs- und persönliche Entwicklungsprozesse der Therapeuten und die „tragende“ Institution als Ort der Vermittlung und des Austausches.

Wenn es nun keine „das Beste aller Welten“ vereinigende „Supertherapie“ geben kann, kann es für den einzelnen Therapeuten doch sinnvoll und möglich sein, verfahrensübergreifende Perspektiven im Sinne einer Multiperspektivität

zu entwickeln, also z. B. mit anderen Psychotherapieverfahren in einen neugierigen und (selbst-)kritischen Dialog zu treten.

Ausgangspunkt einer solchen Multiperspektivität können die „Begrenzungserfahrungen“, die man mit jedem Verfahren machen kann, sein: In der VT ändert sich z. B. eine Problematik trotz aller Anleitung und Übung, in der TP trotz aller Einsicht und allen emotionalen Durcharbeitens nicht.

Auch zeigen Ergebnisse der Psychotherapieforschung, dass ein klarer und vor allem eindeutiger Wirksamkeitsunterschied zwischen den Verfahren entweder nicht vorhanden ist oder nur eine sehr kleine Effektstärke bis maximal 0.3 erreicht. Eine Effektstärke, die somit meist die Größenordnung des Allegiance-Effektes (= Verfahrensorientierung der Studienleitung, pro domo Ergebnisse der Studie) nicht überschreiten kann (Grawe, Bernauer & Donati, 1990; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Smith & Glass, 1977).

Lambert (2013) stellt auch 20 Jahre später in der „Bibel der Psychotherapieforschung“, dem *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, das Gleiche fest.

„There is a strong trend toward no differences between techniques or modes in amount of change produced, which is counterbalanced by indications that, under some circumstances, certain methods (generally cognitive-behavioral) or modes (family therapy) are superior.“ (S. 195, unten)

Dieser leichte „Vorsprung“ der CBT wird aktuell von psychodynamisch orientierten Forschern konterkariert, die z. B. eine Überlegenheit psychoanalytischer Verfahren gegenüber „CBT“ bei der Behandlung von depressiven Störungen im Lang-

zeitvergleich postulieren (Zimmermann et al., 2015).

Eine Erklärung für das Dodo Bird-Verdikt („Alle haben gewonnen und kriegen einen Preis“) bei hinreichend langen Therapieverläufen liegt sicherlich auch in der so genannten adaptiven Indikation. Das bedeutet, dass Therapeuten und Patienten die Möglichkeiten nutzen, im Therapieverlauf Interventionen, aber auch die Gestaltung der therapeutischen Beziehung den jeweiligen Erfordernissen anzupassen. Der Therapeut und auch der Patient sind aktive Teilnehmer in dem Therapieprozess und werden bei impliziter Rückmeldung (subjektive Verlaufswahrnehmung durch Therapeut und Patient), wie auch durch explizite Rückmeldungen des Verlaufes (Einsatz von psychometrischen Verfahren oder Zielerreichungsskalen) oder auch durch zusätzliche Supervision im Sinne einer Triangulierung der Perspektive Schritte unternehmen, den Therapieverlauf zu optimieren. Wenn sich herausstellt, dass bestimmte Therapieziele nicht erreicht werden können und sich das Allgemeinbefinden oder die Symptomatik des Patienten nicht verbessern, sondern verschlechtern, werden sowohl Therapeut, Patient und in vielen Studien eben auch die Supervisoren überlegen, woran das liegt und wie man das ändern kann. Insofern sind Psychotherapieprozesse immer auch selbstrückkoppelnde Prozesse. Wenn Therapien auch nur „halbwegs gut“ laufen, werden sie automatisch durch zwei Teilnehmer gestaltet, die sich um Lösungen bei etwaigen Problemen und um eine verbesserte Zielerreichung aktiv bemühen.

Weiterhin zeigt ja die Psychotherapieforschung, dass ein großer Teil der Erfolgs- oder Misserfolgsvarianz überhaupt nicht bekannt ist oder mit operationalisierenden Messverfahren statistisch nicht erfasst werden kann (ca. 50%). Von den verbleibenden 50 Prozent sind wiederum

ca. 25 Prozent der Varianz durch Variablen, die im Patienten liegen, wie z.B. Umstellungsfähigkeit, Chronizität der Erkrankung, vorhandene Ressourcen etc. bedingt (Lambert & Bergin, 1994).

Entweder überhaupt unbekannte Variablen oder Variablen, die der Therapeut nur sehr schwer bis gar nicht beeinflussen kann, beeinflussen das Therapiegeschehen statistisch gesehen (!) also im Ausmaß von 75 Prozent. Die verbleibenden 25 Prozent der Erfolgsvarianz, die der Therapeut überhaupt noch beeinflussen kann, verteilen sich auf die Realisierung einer guten Arbeitsbeziehung (Patient fühlt sich verstanden und es besteht Einigkeit über Ziele und therapeutische Aufgaben bei einer hinreichenden Vertrauensbeziehung), auf spezifische therapeutische Techniken und darüber hinaus auch auf positive Erwartungshaltungen und Einstellungen des Patienten hinsichtlich der Psychotherapie und seiner damit verbundenen möglichen Veränderung.

Wenn nun selbst durch über 50 Jahre andauernde, durchaus gekonnte und elaborierte Forschung keine grundsätzlich neuen und den Verfahrensstreit entscheidenden Ergebnisse zu Tage gefördert werden konnten, sollte man daraus endlich Schlussfolgerungen ziehen. Es spricht eben sehr viel dafür, dass Psychotherapie besser und dem Gegenstand angemessener im Rahmen narrativer Wahrheiten und eben nicht experimenteller Ergebnisse verstanden werden kann. Psychotherapieschulen wären also „Erzählungsrahmen“, in die Patienten sozialisiert werden und in denen sie dann die Entstehung, die Aufrechterhaltung, aber auch die Therapie und die „Heilung“ ihrer Beschwerden erleben und erzählen können (Persuasion and Healing; Frank & Frank, 1993).

Gleichzeitig gibt es natürlich im Bereich des Psychischen quasi naturwissenschaftliche Befunde und Prozesse, die sich aber entweder als Truismen („Binsen-

weisheiten“) darstellen oder sich sehr eng an neuro- oder soziobiologischen Gegebenheiten anschließen. Zu den Truismen und Binsenweisheiten könnte man rechnen, dass eine entwürdigende, autoritäre und herabsetzende Behandlung des Patienten in der Regel keine positiven therapeutischen Effekte oder sonstige positive Verhaltensänderungen hervorrufen können. Weiterhin dürfte eine Ignoranz der Ziele und Anliegen des Patienten für den Therapieerfolg fast immer abträglich (Bordin: bond, goal and tasks) sein und auch eine große Unterschiedlichkeit der Lebenswelten von Therapeut und Patient, zumindest eine explizite Unkenntnis und ein Unverständnis des Therapeuten für die soziale und gesellschaftliche Lage, in der sich der Patient befindet, dürfte ebenfalls nicht mit einem positiven Therapieverlauf einhergehen (Lambert, 2013).

In Bezug auf die im weiten Sinne biologisch fundierten Gesetzmäßigkeiten organismischen Erlebens und Verhaltens wären hier die Ergebnisse von Lern- und Gedächtnispsychologie anzusprechen, die berücksichtigt werden müssen. Bei extremer Unter- oder Übererregung kann schlecht konstruktiv gelernt werden. Im Kontrast dazu können exzessive Übererregungszustände mit Todesangst zur pathogenen Hypermnesie führen. Konsolidierung von Gedächtnisspuren brauchen in der Regel Wiederholungen. Belohnte Verhaltensweisen werden häufiger wiederholt, bestrafte unterdrückt. Aversionsabfall als Verhaltenskonsequenz kann auch extrem maladaptive Reaktionen schnell fixieren. Auch entwicklungspsychopathologische Befunde zur Auswirkung von frühen und massiven Mangel-situationen und Schädigungen wären hier zu berücksichtigen. Aber selbst in diesem Bereich können solche Befunde nur Orientierungspunkte sein. Bekannterweise ist eine Retrognose fast immer

leicht. Man kann im Rückblick immer Erklärungen in dem Sinne von: „Wie es dazu kam, dass ...“, finden. Eine Prognose, die mit großer Sicherheit angibt, dass unter diesen Anfangsbedingungen in einigen Jahren dieser Endzustand (z. B. der psychischen Erkrankung oder der psychischen Gesundheit) zu erwarten sei, lässt sich nur sehr schwer und sehr unsicher stellen. Zu komplex ist das Feld, zu viele Faktoren spielen eine Rolle und individuelle Resilienzen wie auch Vulnerabilitäten interagieren mit Risikofaktoren und Schutzfaktoren und setzen Prozesse der Kompensation oder Dekompensation in Gang. Vor allem dürften Metakognitionen wichtig sein: Wie stellt sich das Subjekt zu dem Erlebten? Was bedeutet das Erlebte? Hier kann der subjektive innere Dialog von entscheidender Bedeutung sein.

Dieses alles kondensiert sich nach Meinung des Autors zu der Aussage, dass es den Stein der Weisheit in der Psychotherapie eben nicht gibt und auch nicht geben kann. Ebenso kann es auch kein „one fits all“ kostenoptimiertes Modell einer Einheitspsychotherapie geben. Was es jedoch geben kann, sind sowohl erfahrungsmäßig pragmatisch wie auch theo-

retisch konzeptuell und auch statistisch empirisch stützbar Überlegungen und Anweisungen für eine „gute Praxis“, die immer auch selbstkritisch reflektierte Praxis sein muss.

FÜNF PRINZIPIEN PSYCHOTHERAPEUTISCHER HANDLUNGSORGANISATION ALS HILFE ZUM VERFAHRENSDIALOG

Im Folgenden wird unter pragmatischen Gesichtspunkten versucht, Vorgehensweisen aus der Psychodynamik wie auch aus der Verhaltenstherapie fünf Handlungsprinzipien zuzuordnen. Diese Prinzipien sollen es im Sinne einer Multiperspektivität erleichtern, Erfahrungsschätze aus dem jeweils anderen Verfahren in die eigene Diagnostik wie Therapiedurchführung einbeziehen zu können, ohne die Eigengesetzlichkeit und die traditionellen Kontexte des eigenen Verfahrens aufgeben zu müssen. Dieses Vorgehen ähnelt natürlich dem Versuch der Formulierung von Bausteinen einer „Allgemeinen Psychotherapie“. Es gilt aber: „Je abstrakter man formuliert, desto ähnlicher werden sich alle psychotherapeutischen

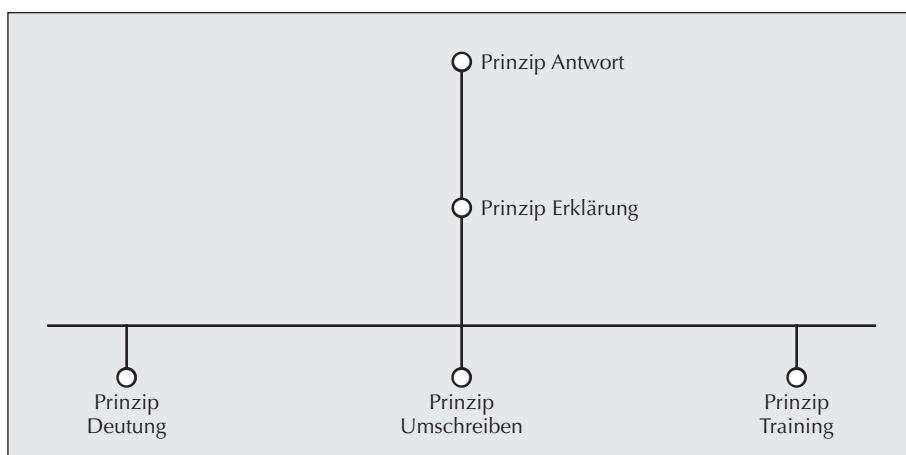


Abbildung: Die fünf Prinzipien

Verfahren“. Auf dem höchsten Abstraktionsniveau ist allen Psychotherapien gemeinsam, dass sie nicht-medikamentöse Heilungsangebote seelischer, psychosomatischer wie psychosozialer Störungen durch sprachliche oder zumindest sprachgeleitete Interventionen sind. Je konkreter man dann aber wird, desto unterschiedlicher sind die psychotherapeutischen Vorgehensweisen in ihren Menschenbildern, ihren pathogenetischen Grundannahmen, ihren Störungsmodellen, den Therapiezielen und den spezifischen therapeutischen Settings und Interventionen, mit denen diese Ziele erreicht werden sollen. Die im Folgenden vorgestellten Prinzipien verstehen sich als „bottom up“ generierte Heuristiken zum Dialog zwischen der VT und den psychodynamischen Verfahren. Ob der Anspruch eingelöst werden kann, dass diese Prinzipien praxisnäher sind als die Gräweschen Perspektiven, und daher einen konkreteren Austausch im Verfahrensdialog VT-TP/PA ermöglichen, muss der Leser beurteilen.

ERSTENS: DAS PRINZIP ANTWORT

Dieses Prinzip (Heigl-Evers & Heigl, 1973, 1983, 1991; Heigl-Evers & Nitzsche, 1991) macht deutlich, dass der Patient in seiner Notlage eine Antwort möchte, braucht und auch verdient. Das Prinzip Antwort geht davon aus, dass beim Patienten in einer psychischen Krise das Bindungssystem aktiviert ist. Und je nach Bindungsmuster kann es entweder zur Anlehnungssuche, zum ambivalenten Schwanken zwischen Hoffnung und Misstrauen oder aber auch zu primär misstrauisch geprägtem Kontrollverlust- und Schädigungsängsten in Bezug auf die Therapie kommen. Alle diese initialen Angebote sollte der Therapeut entsprechend erkennen und auch kompetent,

im Sinne der Beantwortung eines Beziehungstests beantworten können. Prinzip Antwort heißt auch, dass der Therapeut den Patienten „wirklich sieht“ und sich in den Worten von Gerd Rudolf (2013) flexibel einmal an die Seite des Patienten stellen kann, um mit ihm gemeinsam ein Problem zu lösen, einmal sich dem Patienten zuwendet, um ihn auch zu konfrontieren oder aber emotional beantwortend und bestärkend zu spiegeln und das andere Mal sich hinter den Patienten stellen kann, um ihm den Rücken zu stärken, ihn anzuleiten und zur Autonomie zu ermutigen. Im Ausnahmefall sollte sich der Therapeut auch vor den Patienten stellen können, um ihn vor institutionellen oder anderen Zumutungen aktiv zu schützen, z. B. durch die Ausstellung von Gutachten oder im ärztlichen Bereich auch durch Krankschreibungen.

Zum Prinzip Antwort gehören natürlich auch Konzepte wie die komplementäre Beziehungsgestaltung, die Reflexion von sozialen Interaktionen durch den Kiesler Kreis und der Einsatz von Validierungstechniken.

ZWEITENS: DAS PRINZIP ERKLÄRUNG

Dieses Prinzip soll das Grundbedürfnis nach Orientierung und Kontrolle befriedigen. Psychische Störungen stellen immer eine Form des Kontrollverlustes dar. Eine Erklärung im Sinne einer Psychoedukation hilft dabei, die unverstandene psychische Symptomatik symbolisch wieder in den eigenen Lebenskontext, aber auch in die eigene Lebensgeschichte einzugliedern. Vorher nur bedrohend und als unverständlich erlebtes Befinden wird nun durch die Besprechung und die Erklärungen in der Therapie verstanden. Die „verstörende“ Symptomatik („seelischer Fremdkörper“, „Kontrollverlust“) wird wieder in einen sprachlich vermit-

telten Sinnzusammenhang eingegliedert. Zum Prinzip Erklärung gehören die Psychoedukation, das gemeinsame Erstellen eines Störungsmodells oder die Mitteilung von Ergebnissen diagnostischer Interviews und psychometrischer Instrumente. Erklärung ist eher „top down“ organisiert und erklärt das Individuelle als Spielart oder Beispiel des Allgemeinen.

DRITTENS: DAS PRINZIP DEUTUNG

(Vgl. Heigl-Evers & Heigl, 1973, 1983, 1991; Heigl-Evers & Nitzschke, 1991.) Deutungen deuten, d.h., Zeichen werden als „Anzeichen für etwas“, als „Hinweise auf etwas“ ausgelegt. Deutungen stellen oft auch kausale („warum“) und finale („wozu“) Zusammenhänge her. Aus dem erst einmal unstrukturierten Material des Patienten werden in einem ersten Schritt durch Klarifikation (Nachfragen, Vergenauern, Fokussieren) relevante Themen herausgearbeitet. Ganz so, wie in der qualitativen Inhaltsanalyse von Interviews wiederkehrende Themen erst erkannt und dann benannt werden. In einem zweiten Schritt – der so genannten Konfrontation – kann der Patient dann mit Widersprüchlichkeiten in seiner Schilderung oder seinem Erleben und Verhalten (Ambivalenzen und Tendenzen) konfrontiert werden. Außerdem können Wahrnehmungs- oder Handlungslücken aufgezeigt werden. In einem nächsten Schritt kann der Patient auch mit maladaptiven Bewältigungsmechanismen im Sinne einer Abwehrdeutung konfrontiert werden. Hier ist es möglich, dass der Therapeut bestimmte Weisen der Erlebnisschilderung oder der Erlebnisgestaltung als Abwehr herausstellt oder – im Sprachgebrauch der Schematherapie – den maladaptiven Bewältigungsmodi zuordnet. Gemeinsam mit dem Patienten kann dann untersucht werden, was hinter

der Abwehr, den maladaptiven Bewältigungsmodi, den Ängsten, Aggressionen oder anderen als aversiv empfundenen Emotionen oder Empfindungen steht. Einen großen Raum wird auch die sogenannte genetische oder rekonstruktive biographische Deutung einnehmen. Hier wird es darum gehen, gegenwärtiges Erleben und Verhalten auf biographisch verankerte Motive, Schablonen oder „Wiederholungszwänge“ zurückzuführen. Auch die Idee der vertikalen Verhaltensanalyse mit der Formulierung von Annäherungs- und Vermeidungszielen kann man dem Prinzip Deutung zuordnen. Auch das Vorgehen, in bestimmten Situationen Grundannahmen, Lebensbotschaften oder Schemata als aktiviert und somit als Erlebnis bestimmend zu sehen, ist eine Form der Deutung. Im Vergleich zur Erklärung ist eine Deutung also eher ein „bottom up“-Prozess. Aus der Vielfältigkeit von individuellen Erfahrungen werden schrittweise übergeordnete individuelle Themen oder Motive kristallisiert, die die Vielfalt des Erlebten unter eine Überschrift stellen und so ordnen und zusammenfassen können.

VIERTENS: DAS PRINZIP UMSCHREIBEN

Das Prinzip des Umschreibens ist ein aus der Gedächtnispsychologie abgeleitetes Prinzip, dass auf der Grundüberlegung beruht, dass das Gedächtnis kein Fotoalbum und auch kein Lagerhaus ist, indem die Lebenseindrücke unbeflügelt aufbewahrt werden. Vielmehr wird jede Erinnerung bei jedem Wiederabruf („Erinnern der Erinnerung“) verändert (Zarbock, 1994). Man geht davon aus, dass Gedächtnisinhalte in passager schnell (de-)aktivierbaren neuronalen Netzwerken über ein größeres Hirnareal hinweg, wohl auch immer unter Beteiligung subkortikale Hirnareale, kodiert sind. Somit

sind sie also immer auch von den jeweiligen Co-Aktivierungen des Hirns, die bei der Abrufsituation („recall“) vorliegen, beeinflussbar („neurons that fire together, wire together“).

Diese Grundüberlegungen und der Befund, dass real erlebtes und imaginiertes Geschehen quasi identische Hirnareale aktivieren, legt es nahe, ungünstige oder traumatisierende Erfahrungen noch einmal intensiv in der Vorstellung nach-erleben zu lassen und während dieses Nacherlebens dann hilfreiche, emotions-regulierende, bewertungsverändernde und auch aversionsinkompatible Inhalte zu imaginieren. Das Prinzip des Umschreibens soll nicht die ursprüngliche Erinnerung „verfälschen“, sondern dabei helfen, dass aus der intensiv erlebten Ursprungs-Erfahrung extrahierte, übergeneralisierte Selbst- und Situations-Bewertungen und Kausalattributionen und konditionierte Reaktionen „zurückgebaut“ werden können. Unter diesem Prinzip des Umschreibens sind besonders die therapeutischen Techniken der Exposition in sensu, der emotional imaginativen Umstrukturierung, des Imagery Rescripting und Reprocessing, des EMDR und vergleichbare Ansätze zu fassen.

FÜNFTENS: DAS PRINZIP TRAINING

Das Prinzip Training ist ebenfalls ein verfahrensübergreifendes Prinzip. In der Tiefenpsychologie und der Psychoanalyse gibt es das Konzept des Durcharbeitens. Auch einmal bewusst gewordene Konflikte oder Defizite müssen immer wieder im therapeutischen Prozess, möglichst in der Übertragung zwischen Therapeut und Patient, aber auch in der so genannten Außenübertragung, in den szenischen Konstellationen in der Außenwelt, erzählt, analysiert und durchgearbeitet werden (Hiller, Leibing, Leichsenring &

Sulz, 2004). Auch dieses hat regelhaft einen Trainingsaspekt. Der Aspekt des Trainings impliziert zielorientiertes Wiederholen und dies so lange, bis ein vorher formuliertes Zielkriterium möglichst auch erreicht worden ist. Für die klassischen verhaltenstherapeutischen Ansätze des Kompetenztrainings liegt der Begriff des Trainings natürlich schon im Namen. Auch bei Expositionstherapie geht es um ein Training von Annäherungsverhalten. Wenn wir das Konzept des Inhibitionslernens zugrunde legen, geht es dann immer auch um ein Training der Inhibition im Anblick eines ursprünglich angstauss lösenden Stimulus. Auch das wiederholte Einüben von Selbstinstruktion oder die Umstrukturierung negativer Gedanken nach dem ABC-Modell (Ellis) enthält in dem Punkt der Disputation, des D, expliziert den Trainingsaspekt. Training und Übung liegen natürlich begrifflich nahe bei einander. Übung ist Wiederholung, möglichst bis man „es“ kann. Training beinhaltet darüber hinaus noch abgestufte Anforderungen und die Zerlegung komplexer Anforderungen in Teilkomponenten, die erstmal einzeln und unter sehr spezifischen Bedingungen isoliert angeleitet und gestuft geübt werden können (das „chaining“ und „shaping“ der VT; Maercker, 2009).

ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

Die vorgestellten fünf Prinzipien können in Therapieplanung, Therapiedurchführung, Selbstreflexion und Supervision helfen. Mit der Verwendung der fünf Therapieprinzipien können wir auch immer fragen, wie das jeweils andere Verfahren dieses Prinzip realisiert. Kommen wir mit unserem eigenen Verfahren an Grenzen oder wollen wir unser eigenes diagnostisches und therapeutisches Repertoire er-

weitem, können wir dies durch die Prinzipien geleitet tun. Die fünf Prinzipien eröffnen aus der therapeutischen Praxis „bottom up“ ebenso wie die Graweschen Perspektiven aus der Perspektive der Psychotherapieforschung „top down“ einen Blick für das Gemeinsame oder zumindest Ähnliche des therapeutischen Handelns von Verhaltenstherapie und der psychodynamischen Verfahren.

Gleichzeitig werden die Unterschiede verschiedener Vorgehensweisen aber sehr deutlich.

Wird z. B. die therapeutische Beziehung aktiv reflektiert und gestaltet, ggf. als „Antwort“ konzipiert? Oder herrscht strikte Neutralität und Abstinenz? Oder ist die Beziehung eher als Lehrer-Schüler- oder Coach-Coachee-Beziehung definiert?

Erhält der Patient viel Informationen und Erklärungen im Sinne des „informed consent“?

Wie wird gedeutet? Was sind die jeweiligen (hermeneutischen) Hintergründe und theoretischen Modelle, von denen Deutungen abgeleitet werden? Wie stark spielt hier die Biografie eine Rolle? Wie werden reale Erfahrungen und Traumata im Vergleich zur subjektiven Verarbeitung oder gar phantasierenden Verzerrungen berücksichtigt? Sind Emotionen, Motive, Identitäten, wichtige Beziehungen in Vergangenheit und Gegenwart explizite Bezugspunkte der Deutungsarbeit?

Wird das Konzept des Umschreibens explizit genutzt und technisch durch Übungen angesteuert? Oder wird versucht durch eine emotional intensive und empathische Beziehung die Problemgenese in Form von Reaktivierungen und Reinszenierungen wieder zugänglich und somit auch umschreibbar zu machen?

Welche Rolle spielen Übungs- und Trainingsaspekte? Gibt es Hausaufgaben und explizite Übungsanleitungen oder gar modellierte live Übungen mit Rück-

meldung? Oder aber wird – wie in der Kindererziehung – durch Vorbild, Teilhabe und implizite und explizite Rückmeldungen und Anleitungen „geübt“?

Die vorgestellten fünf Prinzipien und die Graweschen Perspektiven können uns helfen, das zu tun, was Schoen (1983) in seinem Konzept „reflection in action“ und „reflection on action“ nennt. Zur Handlungssteuerung während unserer Handlungen brauchen wir gute und geübte Routinen, damit wir uns ganz in den Moment der therapeutischen Interaktion „loslassen“ können. Hier können die fünf Prinzipien helfen, sich sicher in einem Handlungsgebiet zu bewegen oder aber zu bemerken, wann man „in einen anderen Topf“ greifen muss, d. h. die Prinzipien und Heuristiken seines aktuellen Handelns ändern muss. Dieses Reflektieren in Aktion muss aber nach der Entlastung vom akuten Handlungsdruck, nach unserem „Einsatz“, immer auch ergänzt werden können durch eine Reflexion nach der und über die Aktion („reflection on action“).

Hierzu ist der ideale Ort – neben der Selbstreflexion – auch die Supervision. Die Supervision in einem Kreis von interessierten Kollegen mit einem fachlich versierten Anleiter gehört zur verantwortlichen Durchführung gerade auch multiperspektivisch ausgerichteter Therapiestile und -vorgehensweisen unverzichtbar hinzu (Zarbock, 2016).

Gerade multiperspektivische Therapiekonzepte betreten ja oft Neuland oder bewegen sich in einem Gebiet mit vielen Freiheitsgraden bei der Wahl diagnostischer und therapeutischer Alternativen. Auch hier können sowohl Grawes Perspektiven wie auch die vorgestellten fünf Handlungsprinzipien durch ihre Begrifflichkeiten helfen, Prozesse präzise zu beschreiben und zu reflektieren.

Die Einbettung der vorgestellten Überlegungen in die wissenschaftstheo-

retischen Vorüberlegungen macht auch deutlich, dass man der Verantwortung für begründete, aber trotzdem letztlich nicht zwingende Entscheidungen und Auswahlen („es ginge immer mit guten Gründen auch anders“) nicht ausweichen kann. Psychotherapie sollte sich immer bewusst sein, dass ihre Entscheidungen zwangsläufig Entscheidungen unter Unsicherheit sind. Trotzdem sollte therapeutisches Handeln aber immer Handeln mit ganzem Herzen sein.

LITERATUR

- Esser, H., Klenovits, K. & Zehnpfennig, H. (1977). Probleme der wissenschaftlichen Erklärung: das HEMPEL-OPPENHEIM-Schema. In H. Esser, K. Klenovits & H. Zehnpfennig (Hrsg.), *Wissenschaftstheorie* (S. 101–121). Wiesbaden: Vieweg + Teubner.
- Frank, D. F. & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing* (4th ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Bernauer, F. & Donati, R. (1990). Psychotherapien im Vergleich: Haben wirklich alle einen Preis verdient? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 40 (3–4), 102–114.
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung. *Psychotherapeut*, 44 (2), 63–73.
- Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2004). Inkongruenz und Fallkonzeption in der Psychologischen Therapie. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 36 (1), 9–21.
- Heigl-Evers, A. & Heigl, F. (1973). Gruppentherapie: interaktionell – tiefenpsychologisch fundiert (analytisch orientiert – psychoanalytisch). *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 7 (2), 132–157.
- Heigl-Evers, A. & Heigl, F. (1983). Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 29 (1), 1–14.
- Heigl-Evers, A. & Heigl, F. (1994). Das Göttinger Modell der Anwendung der Psychoanalyse in Gruppen unter besonderer Berücksichtigung der psychoanalytisch-interaktionellen Methode. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 30, 1–29.
- Heigl-Evers, A. & Nitzschke, B. (1991). Das Prinzip „Deutung“ und das Prinzip „Antwort“ in der psychoanalytischen Therapie. Anmerkungen zur theoretischen Begründung zweier therapeutischer Angebote, die an unterschiedliche Patientengruppen gerichtet sind. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 37 (2), 115–127.
- Hiller, W., Leibing, E. R. I. C., Leichenring, F. & Sulz, S. K. (2004). *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen Psychotherapeuten und für die ärztliche Weiterbildung* (Bd. 2). München: CIP.
- Holtforth, M. G. (2017). Was ist Problemaktualisierung. *Psychotherapeut*, 62 (2), 77–82.
- Kuhn, T. S. (1996). Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen (13. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp. (Deutsche Erstauflage 1967)
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 169–218). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & L. Garfield (Eds). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 143–189). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Loannidis, J. P. (2005). Why most published research findings are false. *PLoS Medicine*, 2 (8), e124.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is

- it true that everyone has won and all must have prizes?. *Archives of General Psychiatry*, 32 (8), 995–1008.
- Maercker, A. (2009). Operante Verfahren. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Bd. 1, S. 669–678). Heidelberg: Springer.
- Open Science Collaboration. (2015). Estimating the reproducibility of psychological science. *Science*, 349 (6251), aac4716. doi: 10.1126/science.aac4716
- Payne, M. (2006). An overview of narrative therapy. In M. Payne (Eds.), *Narrative therapy* (pp. 5–17). London: Sage.
- Rudolf, G. (2013). *Strukturbezogene Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Schoen, D. A. (1983). *The reflective practitioner*. New York: Basic.
- Senf, W. & Broda, M. (2000). *Praxis der Psychotherapie: ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie*. Stuttgart: Thieme.
- Smith, M. L. & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32 (9), 752–760.
- Willutzki, U. & Teismann, T. (2013). *Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Zarbock, G. (1994). Emotional-imaginative Umstrukturierung traumatischer Episoden. *Verhaltenstherapie*, 4, 122–129.
- Zarbock, G. (2016). *Praxisbuch VT-Supervision. Konzepte und Materialien für eine aufgaben- und kompetenzorientierte Supervision (AKOS) von Verhaltenstherapie*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Zarbock, G., Stürzel, P.-S. & Semmler, N. (2021). *Biografisch-systemische Verhaltenstherapie*. Heidelberg: Springer.
- Zimmermann, J. et al. (2015). Is it all about the higher dose? Why psychoanalytic therapy is an effective treatment for major depression. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22, 469–487.



DIPL.-PSYCH. DR. GERHARD ZARBOCK
 PSYCHOLOGISCHER UND KINDER- UND
 JUGENDLICHENPSYCHOTHEAPEUT
 IVAH, INSTITUT FÜR VERHALTENSTHERAPIE-
 AUSBILDUNG HAMBURG GGMH
 HANS-HENNY-JAHNN-WEG 51
 D-22085 HAMBURG
 E-MAIL: gerhard.zarbock@ivah.de