

Drei Grundhaltungen in der Psychotherapie

Aufbauend auf (Wendisch 2000: Bez.gestaltung als spez. Intervention)

	Technisch Methodenorientiert	primär Beziehungsorientiert	ausschließlich Beziehungsorientiert
Leit- vorstellung	Die Wirkung einer Therapie hängt von der Verwendung der richtigen/empirisch bewährten Techniken ab. Diese müssen glaubwürdig angewandt werden können. Dazu sollte die Beziehung „gut“ sein. Therapie als Anwendung von Wissenschaft / von Werkzeugen.	Die Wirkung einer Therapie geht primär von einer glaubwürdigen und spezifischen Beziehung aus. Sie kann durch gezielte Methoden unterstützt werden. Therapie als nachvollziehbare kommunikative Kunst mit wissenschaftlich evaluierbarem Ergebnis.	Die Wirkung einer Therapie hängt ausschließlich von der Beziehung ab. Diese wird überwiegend von Kräften gesteuert, die nur intuitiv/reflexiv gut zu handhaben sind. Therapie als Kunst und jeweils einzigartiger Prozess, der sich Beobachtern entzieht.
Menschenbild	<u>Utilitaristisch/instrumentell:</u> Der Mensch strebt nach optimaler Anpassung und Befriedigung seiner Bedürfnisse. Er sucht nach möglichst effektiven Mitteln, dies zu erreichen. Beziehungen können dabei zentral sein. Leidenszustände sind dysfunktional und müssen so schnell wie möglich überwunden werden. Ziel der Entwicklung ist die Herausbildung eines autonomen und freien Selbst.	<u>Klassisch/Pragmatisch:</u> Der Mensch strebt nach Einheit mit sich selbst (Identität) und wachsender wertorientierter Verbundenheit mit Anderen innerhalb der persönlichen Möglichkeiten und äußeren Grenzen. Selbstentwicklung ist bis zum Tod an unterstützende und begrenzende Beziehungen gebunden. Leidenszustände sind Anstöße zur vertieften Selbstwahrnehmung und Reflektion. Ziel der Entwicklung ist die Herausbildung eines freien und gebundenen Selbst.	<u>Idealistisch/Romantisch:</u> Der Mensch strebt nach Verwirklichung seines guten Kerns und primärer Liebe. Er hält sich für autonom, ist aber real tief verbunden und Teil der Natur. Hier sind tiefste Lebenskräfte wirksam, um deren Handhabung der Mensch ringt. Selbsterkenntnis führt zur Akzeptanz dieser Kräfte. Sie ist in der Entwicklung hochgradig abhängig von einem vollständig integren Gegenüber, dass diese Kräfte handhaben kann und Raum lässt.

		Technisch Methodenorientiert	primär Beziehungsorientiert	ausschließlich Beziehungsorientiert
Wissenschaft	Begründung	empirisch	empirisch und theoretisch	theoretisch
	Wissensch. Paradigma	Empirismus (primär Erkenntnis durch Datengewinnung)	Kritischer Rationalismus (Erkenntnis durch Empirie und Kohärente Theorien)	Hermeneutik Konstruktivismus (Erkenntnis durch Analyse eigener Konstruktionen / Metatheorie des Bewußtseins)
	Philoso- phische Haltung (Modell)	Der Mensch ist Objekt äußerer und innerer Kontingenzen. Er reagiert mit Mechanismen. Seine Interpretationen der Welt sind auf Anpassung ausgerichtet. „Maschinenmodell“	Der Mensch ist sowohl Reagierender als auch Gestalter seiner selbst und seiner Umwelt. „Organismusmodell“	Der Mensch strebt die maximale Erkenntnis und intentionale Gestaltung seiner Umwelt an. „Subjektmodell“
	Wirkfaktor in Therapien	Die Methode (Nachvollziehbarkeit)	Die Interaktion (Vertrauen/Verbundenheit)	erlebte Beziehung Deutung/ Atmosphäre (maximale Offenheit)
	Forschungs- strategie	Objektive Beobachtung und Beschreibung Messung der Therapiewirkung analog der von Medikamenten	Kombination obj. mit subjektiven Massen; Teilnehmende Beobachtung / Selbstreflektion mit system. Befragung	Hermeneutische Analyse: Narra- tion und Beschreibung signifikan- ter Momente; Systematische Reflektion erlebter Prozesse
	QS- Standpunkt	Die Therapie sollte so kurz wie möglich sein und sich auf das Notwendige / die Störung beschränken = möglichst wenig kosten (billig=gut)	Die Therapie sollte einerseits begrenzt sein und sich andererseits am Bedarf des Patienten (seiner Person) orientieren. (optimal=gut)	Die Therapie soll die maximalen Möglichkeiten ausschöpfen, um eine nachhaltige Veränderung zu bewirken. Qualität bildet sich im Prozess selbst ab, ist letztlich von der Person des TH abhängig. (nachhaltig=gut)
	Aussagen	Deduktiv	Induktiv und deduktiv	Induktiv

		Technisch Methodenorientiert	primär Beziehungsorientiert	ausschließlich Beziehungsorientiert
Psychotherapie	Beziehungsverständnis	Beziehung nach klaren Regeln Bez. wird „hergestellt“/„gut Gemacht! <u>Leitfrage</u> : Wie motiviere ich den Patienten zur Mitarbeit?	Beziehung als Grundlage der Therapie und als wechselseitige Beeinflussung <u>Leitfrage</u> : Wie werde ich beeinflusst/ beeinflusse ich den Pat?	Beziehung als Medium für Krankmachende oder heilende Phantasien und daraus resultierende korrektive Erfahrung: <u>Leitfrage</u> : Was löst der Patient bei mir aus? Welche Phantasien/Bilder/etc ?
	Therapie	Als geplanter Lernprozess Veränderungsprozess	Als persönlicher Entwicklungsprozess	Als heilsame Begegnung/ Verwandlung
	Prozessverständnis	Zielorientiert (durchgehend steht die Erreichung der Ziele im Vordergrund)	Primär Prozessorientiert (vom Hier und Jetzt ausgehend) bis die Ziele erreicht sind	Ausschließlich Prozessorientiert (Therapie dauert so lange bis der Prozess zur Auflösung des Problems führt)
	Transparenz	maximal	So weit wie möglich	Kaum möglich
	Modell des Th	Chirurg/Lehrer/ Wissenschaftler/ Krisenmanager	Berater/Sozialarbeiter/Hausarzt/ Homöopath/	Heiler/Schamane/ spiritueller Meister
	Archetyp Therapeut	Experte / Wissenschaftler	„Mutter“ „Vater“ „Freund“	Priester / der Weise
	Therapeut	Ist aktiver Gestalter des Prozesses	Ist primär den Einflüssen des Patienten ausgesetzt und handhabt diese aktiv	Wird zum Teil der Welt des Patienten, bleibt möglichst passiv, nimmt alles wahr, ist DA
	Patient	Wird zum Empfänger/Kunden einer „geeigneten“ Behandlung	Beeinflusst den Verlauf der Behandlung; seine Bedürfnisse formen den Prozess.	Ist Objekt seiner selbst, Subjektstatus nimmt zu
	Zentrale Intervention	Psychoedukation	Individuelle Beziehungsgestaltung	Zuhören / wahrnehmen / benennen
	Beziehungs modus	Steuernd-distanziert Getrennt	Aktiv-einführend Getrennt-verbunden	Passiv-verstehend verbunden

	Technisch Methodenorientiert	primär Beziehungsorientiert	ausschließlich Beziehungsorientiert
Modell der Psyche	Primär ist Bewusstes	Bewusstsein und Vorbewusstsein sind primär	Unbewusstes ist primär
Verarbeitung smodus	Kognitiv-rational logisch	Kognitiv-emotional erfahrungsorientiert	Emotional narrativ
Therapie Schule Bsp: ()=mit Einschränkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Klassische VT (1. Welle) • Kognitive VT (2. Welle) • (Klassische Hypnose) 	<ul style="list-style-type: none"> • „Personale“ VT (3. Welle) • zielorientierte Gesprächsth. • Empirische Psychoanalyse 	<ul style="list-style-type: none"> • Klassische Psychoanalyse • Humanistische Therapie • (Struktural systemisch) • (Hypnotherapie M.Erickson)
Beispiele	Kognitive Therapie nach BECK Angsttherapie nach MARGRAF Multimodale VT LAZARUS	(PsychologischeTherapie GRAWE) Schematherapie nach YOUNG Psychotherapie nach YALOM	Psychoanalyse nach FREUD

Auswirkungen auf die Ausbildung und das Fallkonzept

	Technisch Methodenorientiert	primär Beziehungsorientiert	ausschließlich Beziehungsorientiert
Ausbildung	Vermittelt primär (60-80%) technische Kompetenzen, Störungswissen, Interventionswissen	Vermittelt primär Beziehungskompetenz/ Reflektionsvermögen/ fallbezogenes Verständnis der Patienten	Zielt primär auf die Entwicklung der Therapeutischen Persönlichkeit
Supervision	Supervision und Lehrveranstaltungen primär; Supervision als Technik-Teaching	Supervision und Selbsterfahrung primär; Supervision als persönliche Fallreflektion	Supervision ist zum Teil Anwendung der Erkenntnisse aus der Selbsterfahrung auf Patienten
Selbsterfahrung	Selbsterfahrung als Anwendung von Methoden (Selbstmodifikation)	Selbsterfahrung als Gruppenerfahrung und als vertiefte Selbstreflektion	Selbsterfahrung und Persönlichkeit des Therapeuten ist im Mittelpunkt
Setting	Gruppensetting primär	Einzel- und Gruppensetting	Einzelsetting ist primär
Fallkonzept	richtet sich an der aktuellen Störung aus; Biographie nebensächlich	Richtet sich an der Verflechtung von Person, Biographie und Störung aus	Richtet sich an der Beziehung oder an der Verarbeitung schicksalhafter Momente aus
Beziehung	„gute“ Beziehung wirkt im Hintergrund (wie bei einem Zahnarzt)	Beziehungsgestaltung ist ein spezifischer interaktioneller Prozess und der primäre Wirkfaktor	Die Phantasien des Therapeuten bestimmen die Interaktion mit dem Patienten (Heilung)
Beziehungsanalyse	Wird nicht durchgeführt oder beschränkt sich auf Beobachtungen zur „Güte“ oder globalen Einschätzung der Beziehung	individuelle Analyse der TPB als Teilaspekt der Erfassung interpersoneller Muster Selbstreflektion des Ther.: Wie werde ich beeinflusst/ beeinflusse ich den Pat?	Analyse liegt vor allem auf der Erfassung der Resonanz des Therapeuten auf den Patienten (Gegenübertragung) Leitfrage: Was löst der Patient bei mir aus? Welche Phantasien/Bilder/etc ?
Motivationsanalyse	Wie weit ist der Patient zur Therapie motiviert ?	Was sind die zentralen Strebungen /Bedürfnisse des Patienten?	Was sind die unbewussten Bedürfnisse/Konflikte?
Makroanalyse	Begrenzt sich auf die Störungsgenese und auf Life Events	Betont die Entwicklung personaler Bewältigungsmuster und die funktionalen St.Zusammenhänge	Betont die personale Entwicklung

	Technisch Methodenorientiert	primär Beziehungsorientiert	ausschließlich Beziehungsorientiert
Mikroanalyse (ViS)	Ist Zentrum des Fallkonzeptes (mit lerntheoretischer Explikation) Konsequenzen des Verhaltens werden mit Funktionalität gleichgesetzt	Ergänzt die biogr. Makroanalyse, und die Beziehungsanalyse : Mikroepisode illustriert die funktionalen biogr. Zusammenhänge	Geht auf in der Analyse der Behandlungssituation Wird nicht durchgeführt
Hypothesen	Beziehen sich auf selbstaufrechterhaltende Teilaspekte der Störung Aktuelle Dysfunktionalität wird betont	Beziehen sich auf funktionale Einbettung der Störungen in biographische funktionale Entwicklung / Situation und Person des Patienten	Beziehen sich primär auf die Person des Patienten
Ziele	Ergeben sich aus der Störung Werden durch Th. definiert und ggf. vom Pat. operationalisiert	Ergeben sich aus der Funktionalität Werden gemeinsam ausgehandelt und operationalisiert	Spielen keine Rolle, gehen auf in den Erwartungen und Hoffnungen des Pat
Therapieplanung	Auflistung erfolgversprechender Techniken; auf Problemverhalten bezogen	Vorgehensweisen über Gestaltung von Beziehung, Setting, geeignete Methoden	Erwartete Komplikationen in der BZG, inhaltliche Konzeption über die zu verarbeitenden Konflikte
Prozess	Strukturiert, manualisiert linear zielorientiert „pädagogische Nacherziehung“ sequentieller Einsatz der Methoden	primär prozess-/ sekundär zielorientiert „gemeinsamer Erfahrungsprozess“ mit Unterstützung durch Techniken, die dem Patienten liegen	Nonlinear-dynamisch, ausschließlich prozessorientiert Persönlicher Entwicklungs- und Wahrnehmungsprozess aus der Perspektive des Patienten

Fazit

Auf dem Hintergrund dieser Werthaltungen wird klar, dass es nicht EINE Haltung geben kann, weil es geistesgeschichtlich nun einmal seit jeher unterschiedliche Ansätze des Blickes auf den Menschen gibt.

Ziele im Umgang mit diesen drei Haltungen:

- Formung der eigenen Identität durch bewusste Entscheidung: Wo stehe ich? (als Forscher/Therapeut/Ausbilder)
- Selbsthinterfragung: Entspricht mein Handeln durchgängig meiner Haltung oder lasse ich mich zu Inkonsequenzen drängen? Innerhalb welcher Haltung würde ich selbst eine Therapie machen wollen?
- Explizitmachen des spezifischen Nutzens der eigenen Haltung für den Patienten
- Aushalten lernen von Pluralität ohne auf einem „wahren“ Modell zu beharren: Andere dürfen sich anders entscheiden
- Konfrontationen durchstehen können, wenn „wahre“ Modelle aufgezwungen werden sollen (z.B. eins als „wissenschaftlicher“ bezeichnet wird als ein anderes)