

Eine andere Psychodynamik – endlich eine kritische Psychotherapie?

Eine Rezension von: *Pohlen, Manfred, und Margarethe Baurz-Holzherr:*

Eine andere Psychodynamik. Psychotherapie als Programm zur Selbstbemächtigung des Subjekts.

Bern/Göttingen (Hans Huber) 2001, 551 Seiten, ISBN 3-456-83189-7, EUR 49,95

Martin Wendisch

Im Kanon der Wissenschaften wird die die Psychotherapie begründende Psychologie eigentlich als eine Grenzwissenschaft charakterisiert. Diese nutzt zur Erforschung menschlichen Bewusstseins alle drei großen Wissenschaftsbereiche: die Geisteswissenschaften, die Gesellschaftswissenschaften und die Naturwissenschaften. Gleichmaßen sollte der Psychotherapeut aus allen diesen Quellen schöpfen und sich auf die Kunst der Reflektion und Interpretation, der objektivierenden Forschung und der kritischen Einbeziehung gesellschaftlicher Machtverhältnisse verstehen. Die Verhaltenstherapie entwickelte auf naturwissenschaftlichem Hintergrund zunächst für Menschen mit stark reduzierter Selbstwahrnehmung – später für alle Indikationsbereiche – nachvollziehbare Interventionsmethoden und auch eine funktionale Krankheitstheorie. Dies geschah auch in Abgrenzung von der Psychoanalyse, der eine gewisse Beliebigkeit anzuhafte schien und die sich zu sehr in hermeneutische Deutungskunst zurückzog. Die Konzentration aufs Beobachtbare war anfangs noch mit intensiver Nutzung qualitativer Forschungsmethoden verbunden. Es wurde sogar die objektive Beobachtung von einer teilnehmenden Beobachtung unterschieden. Letztere beinhaltet auch die Einbeziehung der subjektiven Prozesse des Beobachters/Forschers.

Doch welchen Zustand haben wir heute? Auf der Plus-Seite haben wir eine gesellschaftlich breite Akzeptanz von Psychotherapie, eine historisch einzigartige Nachweisfülle für die Wirksamkeit von Psychotherapie und eine erhebliche Differenzierung psychotherapeutischer Methoden. Auf der Minus-Seite steht die komplette Ver-Naturwissenschaftlichung und Medicalisierung der Psychotherapie und Anpassung an das Kosten-Nutzen-Denken des Marktes. Symptome dieser Verkürzung sind die Verarmung der Forschungsmethoden auf statistische Gruppenvergleiche, der Verlust wissenschaftstheoretischer Selbstinfrage der Forschenden, der Verlust einer Metapsychologie und der Frage nach

dem was Qualität in der Psychotherapie genau ausmacht, die Sicherung von Quantitäten statt Qualität, die Reduktion von Psychotherapie auf die Wirkamkeitsfrage (analog eines Medikamentes) und auf zu verbreitende Techniken, die Reduktion von Patienten auf ihre Störungen, und nicht zuletzt die Herabsetzung von klinischer Praxis als mehr oder weniger schlechte Umsetzung von Forschungsmanalen. Doch schon die ganz den naturwissenschaftlichen Leitvorstellungen angepasste Metapsychologie von Klaus Grawe (neuronales Attraktorenmodell) (Grawe 1999), wird als nicht-empirisch von Forschern abgelehnt (Baumann 1999, Westmeyer 1999) als sinnvoll jedoch von Klinikern begrüßt (Lobeck 1999). Postmoderne Beliebigkeit, empiristische Verkürzung und gesellschaftskritische Reflexionsarmut scheinen Hand in Hand zu gehen. Auch wenn Metapsychologische Modelle nicht alle Interventionen begründen können (Maercker 1999), so bieten sie einen Rahmen für die Einordnung der Bedeutung von Intervention und die Grundlage für eine Praxistheorie psychotherapeutischen Handelns.

Das Unbehagen wächst demzufolge bei Klinikern mehr als bei Forschern, da erstere sich täglich der Behandlungsrealität mit Patienten aussetzen und sich hinterfragen müssen. Zudem sehen sie sich dem zunehmenden Druck einer externen Qualitätsicherung ausgesetzt, so als sei Psychotherapie per se von außen kontrollbedürftig. Parallel dazu gibt es eine politische Entwicklung, die den Kostenträgern immer mehr Macht über die zahlenden Versicherten (Patienten) und die Leistungserbringer einräumt, die gute und notwendige stationäre Therapien immer weiter verkürzen, die unternehmens einsparen wollen und die die Psychotherapeuten zur schlecht bezahltesten Berufsgruppe unter den Ärzten machen. Auf dem Höhepunkt gesellschaftlicher Akzeptanz haben zugleich eine Verflachung des Bildes über Psychotherapie und ein Verfall ihrer Wertschätzung eingesetzt. Banalisierende Modelle aus der Psychiatrie haben zu dieser Verflachung beigetragen (z.B.

Diathese-Stress-Modelle oder Vulnerabilitätskonzepte). Um es mit Klaus Grawe zu sagen: Die (störungspezifische) Psychotherapieforschung siegt sich zu Tode.

Es tut also sehr Not, die Qualitätsfrage fundamental und gesellschaftskritisch neu zu beleben und ein klinisches taugliches Modell der Wirksamkeit von Psychotherapie zu entwickeln, die jenseits naturwissenschaftlicher Verkürzung eine Praxistheorie anbietet, die dem Kliniker auch eine Referenz der Selbsthinterfragung ermöglicht und die ein Bild vom Menschen liefert, dass der klinischen und menschlichen Erfahrung entspricht. Es ist sicher kein Zufall, dass ein solcher Versuch von einem klinisch sehr erfahrenen Autorenpaar unternommen wurde: Manfred Pohlen und Margarete Bautz-Holzher. Die Autoren forschen, arbeiten und publizieren zusammen seit über 30 Jahren und legen mit ihrem Werk „Eine andere Psychodynamik“ quasi die Lebensbilanz ihres Schaffens vor und eine umfassende Praxistheorie des psychotherapeutischen Behandlungsprozesses.

Das Buch ist in fünf Teile gegliedert. Vorgelegt wird im 1. Teil eine empirische Theorie psychotherapeutischer Wirksamkeit (Einfluss- und Interaktionstheorie), eine Symptomtheorie, eine Techniktheorie und auf diesem Hintergrund im 2. Teil eine Definition der Qualität von Psychotherapie. Es folgt in weiteren Teilen die Darstellung des therapeutischen Prozesses (3. Teil), eines kompleteten Diagnostikinventars mit exemplarischen Fallkonzeptualisierungen (4. Teil) und fünf evaluierten Therapiedokumentationen (5. Teil). Im Anhang befindet sich eine CD-ROM mit dem kompleteten Diagnostik- und Behandlungsinventar als pdf-Dateien (Umfang 90 Seiten).

Die Autoren bieten ein Konzept an, dass einerseits psychoanalytisches mit verhaltenstherapeutischem Denken verbindet und andererseits an beiden Ansätzen massive Kritik übt, die eine Auseinandersetzung lohnt. Die kritische Haltung gründet sich auf einen dekonstruktivistischen Ansatz, in dessen Rahmen die psychotherapeutische Wissenschaft methodisch, erkenntnistheoretisch und klinisch-empirisch durchdrungen wird und die Wahrheit ihrer Aussagen nicht mehr in unhinterfragten Einzelergebnissen, Methoden oder lieb gewonnenen Ideologien gesucht wird. Die empirische Ausrichtung und die Transparenz des Vorgehens dürfte dieses Werk für Verhaltenstherapeuten sehr sympathisch machen, obwohl die Autoren bei näherem Lesen in aller Deutlichkeit dafür eintreten, dass die komplexen Vorgänge der Interaktion zwischen Therapeut und Patient nur im Kontext hermeneutisch-psychoanalytischer

Konzepte angemessen dargestellt werden. Im Folgenden sollen die Kerngedanken ausgeführt werden.

Die Einflusstheorie: Die Interaktionskompetenz von Therapeuten ist unbestritten für den Therapieverlauf entscheidend. Daher muss diese Interaktion in den Mittelpunkt der Vorstellungen über Wirksamkeit gestellt werden. Die Interaktion beginnt bereits im Kopf des Therapeuten. Die Offenheit oder Selektivität der Wahrnehmungsbereitschaft des Therapeuten entscheidet über die Entfallungsmöglichkeiten eines gemeinsamen Wahrnehmungsraumes und die potentielle Stimmigkeit der Interaktion für den Patienten. Eine Interaktion wirkt über wechselseitige Einflussnahme. Dies geschieht unabhängig davon, ob dieser Einfluss vom Therapeuten reflektiert wird oder nicht. Patienten haben an Therapeuten die Erwartung, einen heilsamen Einfluss zu bewirken. Dies bedingt eine gesteigerte Einflussbereitschaft und Wirkung der Interaktion des Therapeuten (Macht), die meist auch mit einer Identifikation und Idealisierung des Therapeuten einhergeht. Gleichzeitig wirkt der Patient auf den Therapeuten, der diese Wirkungen in Gestalt von Gefühlen, Bildern, Impulsen und Assoziationen wahrnehmen kann und darüber Einblick in die nicht geäußerten Anteile einer Botschaft erhält. Der Therapeut setzt diese Wahrnehmungen nach einer theoretischen Annahme (einem expliziten oder impliziten Modell bzw. schule-spezifischen Entzifferungsschlüssel) und seinem Vorstellungsvormögen zusammen und erhält verdichtete Vorstellungen (Phantasien) über den Wahrnehmungsraum und den Kontext der Aussagen des Patienten. Dieser Vorgang ist kein rationaler, sondern ein intuitiv schauender, der möglichst viele parallele Prozesse integriert. Die Mitteilung des Therapeuten ist dann keine rationale sondern eine metaphorische Rede, die das Wahrgenommene analogisierend in Sprache umsetzt. Der Dialog ist somit kein logischer Diskurs sondern eine intuitive Rhetorik in der Tradition der Antike. Die zentrale Rolle der Phantasie in der Interaktion begründet auch die Möglichkeit einer unreglementierten Erfahrung, die die Voraussetzung für Selbstentwicklung und eine neue Wahrnehmung der Realität ist. Die Interaktion ist ein zutiefst sinnlicher und körperlicher Vorgang, der auf allen Ebenen des psychischen Geschehens wirkt und sich von außen nur begrenzt beobachten lässt. Es wird als Teil unserer zwanghaften Ordnungskultur betrachtet, dass dieser Prozess oft auf rein rationale und sachliche Anteile reduziert und im Interesse öffentlicher Kontrolle domestiziert wird. Diese Einfluss- und Interaktionstheorie rückt die gegenwärtige Interaktion zwischen Therapeut und Patient in den Mittelpunkt

und überholt damit auch veraltete Übertragungskonzepte der Psychoanalyse, wonach Vergangenes auf den Therapeuten übertragen wird und rekonstruiert werden muss. Auch die Regression ist somit nicht mehr notwendiger Teil der Behandlung. Diese Einfluss-theorie ist eine Fortführung der klinisch experimentierenden Psychoanalyse, wie sie durch Ferrenzi, Reich, Groddeck u.a. begonnen, später aber aus der psychoanalytischen Tradition ausgeschlossen wurde.

Die Symptomtheorie: Die Körperlichkeit der Interaktion verweist auch auf die Körperlichkeit der Charakterbildung. Analog zur körperlichen Entwicklung vollzieht sich die Auseinandersetzung mit den Objekten und die innere Repräsentation dieser Erfahrungen. Triebregungen als Fundament der Entwicklung sind biologischen verankerte Vorgänge und die basale Grundlage des psychischen Geschehens (Hunger, Sexualität). Die Triebe sind die Grundlage für alle sich später entwickelnden Bedürfnisse; so kann jedes spätere Bedürfnis sexualisiert oder oralisiert werden (z.B. Wissensdurst, Bewegungslust, etc.). Triebe sind nur teilweise dem Bewusstsein zugänglich und niemals durch Bewusstseinsarbeit komplett beherrschbar. Sie sind archaisch und unbestimmt und als natürliche Urkräfte vorstellbar. Diese Urkräfte sind unerschöpflich und unbegrenzt. Ihre wahrnehmbare Seite wird als Begehren spürbar. Affekte sind unmittelbare Reaktionen auf die Triebkräfte und somit von innen nicht trennbar. Charakterbildung ist Reaktionsbildung auf die Erfahrungen mit Triebregungen. Die frühe Interaktion vollzieht sich als rhythmische Einstimmung zwischen Kind und Mutter nach primär auditiven und später visuellen Perzepten. Diese Erfahrungen werden in verdichteten Phantasien (Phantasmen) über die Befriedigung der Triebe an den primären Objekten repräsentiert. Die Phantasmen sind implizite Vorstellungen über das primäre Befriedigungserlebnis, die insofern immer eine Rückkehr zum Ursprünglichen zum Ziel haben. Sowie der Charakter eine Schutzstruktur und eine Kanalisierung im Umgang mit den Triebkräften bildet, ist das Symptom der erweiterte Schutz, wo die Möglichkeiten der Person aktuell nicht ausreichen. Diese Schutzfunktion der Symptome gegen eine befürchtete Beschädigung und das darin liegende Aufgehoben in der Folge eines Begehrens ist für die Bewusstmachung der Symptombedeutung in der Therapie essentiell.

Mit dieser Symptom- und Triebtheorie wird die vereinfachende Bindungstheorie als Mittelschicht-ideologie entlarvt, die die Mütter in die primäre Pflicht einer gesunden Bindung nehmen will. Es geht nicht

um das Schuldigsprechen der Eltern, sondern um die Entdeckung dessen, was man sich selbst schuldig geliebt ist. Entscheidender für das spätere Leben sind weniger die frühen Vorprägungen, sondern die späteren Umschriften der Repräsentation in der Pubertät und Adoleszenz im Kontext der Bildung von Ich-Idealen und Leibbildern. Damit relativiert sich auch die Sichtweise von „frühen Störungen“ und „späten Folgen“. Mit dem Konzept des Begehrens wird auch das Triebkonzept neu formuliert und erscheint nicht mehr nur als dunkle Macht sondern als Leitinstanz für die therapeutische Wahrnehmungsarbeit. Aber auch einer schlichten Symptombeilegung, wie sie zunehmend in der Verhaltenstherapie, meist in der Psychiatrie und Medizin als Teil einer zwanghaften Ordnungs- und Hygienekultur betrieben wird, wird eine klare Absage erteilt. Auf diesem Hintergrund bleibt die Triebtheorie als Fundament der Symptomtheorie ein stetiges Argemiss, weil sie sich nicht in die Vorstellung von Ordnung und Kontrolle einordnen lässt und sich ganz in den Dienst der Kräfte des Patienten stellt. Auch einer desexualisierten Selbstpsychologie oder einer triebberingelten Objektbeziehungstheorie wird eine Absage erteilt.

Die Techniktheorie: Sie baut auf der Einfluss-theorie und der Symptomtheorie auf. Die Interaktion oder Beziehungsgestaltung des Therapeuten ist die primäre Technik und besteht in der Vermittlung einer stimmigen korrigierenden Erfahrung. Diese Stimmigkeit entwickelt sich in der Bildung gemeinsamer Überzeugungen von Therapeut und Patient. Die Vorstellung davon was der Patient braucht, entwickelt der Therapeut in der konkreten Wahrnehmung der Interaktion auf dem Hintergrund der Symptomtheorie und der Strukturierung seiner Wahrnehmungen im Fallkonzept. Gelingt es dem Therapeuten, Mitteilungen zu machen die zu den unerfüllten Wünschen und zur aktuellen Wahrnehmungsstruktur des Patienten passen, dann gelingt dem Patienten ein Erleben wachsender Selbstwahrnehmung, die zusammen mit konkreten Bewältigungserfahrungen im Verlauf der Therapie zu einem Gefühl zunehmender Selbstbemächtigung führen. Es ist primär die neue Beziehungserfahrung, die emotionale und kognitive Korrekturen ermöglicht und zu einer Relativierung früherer Erfahrungen führt. Somit braucht es den aktiven Beitrag des Therapeuten, der sich nicht hinter seinen Methoden oder einer Absinzenz-Haltung versteckt, sondern der als ganzer Mensch präsent und bereit ist, sich von den Bedürfnissen und Wünschen seines Patienten anstecken zu lassen und sich in ihren Dienst zu stellen. Den dadurch unvermeidlich entstehenden Belastungen ist der Therapeut nur

gewachsen durch ständige Selbsthinterfragung. Im Gegenzug hat er die Chance zu ständigem psychischem Wachstum. Er ist für den Patienten nicht mehr nur passive Instanz, sondern er hat sich aktiv in der Interaktion zu bewähren. Als Unterstützung der primären Beziehungserfahrung können auch unterschiedlichste Verfahren quasi als Reizelemente zur Verstärkung der korrigierenden Erfahrung eingesetzt werden: so z.B. Expositionsübungen, Sexuelle Übungen, Tagesstrukturierung etc. Diese technische Erweiterung wird durch die Abkehr vom Übertragungskonzept und von der Reduktion der Intervention auf Deutungskunst möglich. Diese Erweiterung wurde durch die klinisch experimentierende Psychoanalyse durch Ferenczi, Reich und Federn eingeführt, in der psychoanalytischen Tradition dann ausgeschlössen und kehrte in anderen Kontext mit der Verhaltenstherapie wieder zurück.

Ein Teilaspekt der korrigierenden Erfahrung ist die korrigierende kognitive Erfahrung. Diese wird durch die Uminterpretation der Symptome und die Technik der Symptomfokussierung ermöglicht; z.B. die pathologische Überzeugung des Zwangskranken von seiner Gefährlichkeit wird im ersten Schritt als produktiver Wunsch nach Kontrolle bewertet (Symptomwertung), in einem zweiten Schritt als Schutz vor Kontamination und Schädigung durch Gewalt interpretiert (Symptomumwertung). Die Erfahrung des Patienten mit seinem Symptom wird fokussiert (symptomzentrierte Fokussierung), weil diese der Wahrnehmung des Patienten besser zugänglich ist, als z.B. die Fokussierung von Konflikten oder strukturellen Anteilen. Das für den Patienten unerwartete Erscheinen der Symptome in einem neuen produktiven Licht wird von den Autoren als „Gebrauchstraveste der Symptome“ in die kognitive Arbeit eingeführt, was den Humor und das Lachen als befreiendes Element beinhaltet. So kann der Patient an Symptom entwicklungsförderliche Wahrnehmungen unterdrückter Wünsche oder unterdrückender Selbstkonzepte machen. Das Ziel der kognitiven Neuerfahrung ist ein integriertes Selbst, dass seine Kohärenz nicht mehr durch Symptome erreicht, sondern durch Integration der Wahrnehmungen und Erfahrungen.

Der Darstellung der theoretischen Grundlagen im 1. Teil (Kapitel 1-3) folgt eine wissenschaftstheoretische und philosophische Einbettung (Kapitel 4). Hier wird u.a. deutlich, dass der ganzheitlich-intuitive Wahrnehmungsvorgang des Kliniklers in der Interaktion (die begriffende Phantasie) – wie jede menschliche Interaktion – noch nicht einmal von den Beteiligten vollständig überblickt werden kann, geschweige denn von Beobachtern. Die zentrale Bedeutung der Phantasie für den Patienten liegt in der

Möglichkeit unreglementierter Erfahrung als Voraussetzung für veränderte Wahrnehmung. Damit erweist sich das zentrale Medium psychotherapeutischer Wirkung als zwar an objektiven Indikatoren darstellbar aber als nicht auf diese reduzierbar. Die positivistische Wissenschaft der Psychologie hat sich aber entgegen kritischer Debatten (Positivismusstreit; Erklären-Verstehen-Kontroverse) genau dieses Ziel gesetzt und fällt damit weit hinter den Erkenntnisfortschritt zurück, der in den heutigen Naturwissenschaften erreicht worden ist. Sie erweist sich damit als unkritischer Teil der gesellschaftlichen Hygienekultur.

Im 2. Teil des Buches wird die Qualitätsfrage neu gestellt. Es wird eine Qualität *für den Patienten* von einem Qualitätsnachweis *für die Gesellschaft* unterschieden und Qualität im stationären Setting wird definiert. Qualität für den Patienten macht sich in „einer Linie an der Persönlichkeit des Therapeuten fest. Nur ein Therapeut, der seine Dependenz grundsätzlich hinterfragt hat (soziale Herkunft, Therapieschule, Ausbildungsinstitut, Weltbild, Menschenbild, Lebensperspektive, Machtbedürfnis, Ideale) und zu selbstbestimmter Souveränität gefunden hat, kann seine Patienten auf dem Weg zu ihrer Souveränität und Selbstbemächtigung begleiten. Erkennbar wird dies an der souveränen Handhabung der Interaktion und an der antizipatorischen Kompetenz, sich den Patienten in seinen spezifischen produktiven Entfaltungsmöglichkeiten (im Möglichkeitsraum) vorzustellen, die im Aufgehören des Symptoms liegen. Dazu gehört auch ein kritischer Standpunkt zum Entscheidung- und Entscheidungsprozess der modernen Gesellschaft und ihrer homogenisierenden Ordnungskultur. Die Qualitätssicherung für die Gesellschaft folgt eben dieser homogenisierenden Logik. Die Psychotherapeutische Basisdokumentation (Psy-BaDo) wird kritisiert, weil sie für alle Therapieschulen eine einheitliche Evaluierbarkeit suggeriert, den geistigen Kern der nur psychoanalytisch zu erfassenden Interaktionsqualität auslöscht und sich zudem noch als Datenerlieferant für die Kostenträger anbietet. Für die Autoren ist dies Teil eines Ringens um Machtteilhabe. Auch ein technischer Eklektizismus, dem keine erkennbaren Überzeugungen mehr zugrunde liegen, wird abgelehnt.

Die Qualität eines therapeutischen Teams hängt für die Autoren an der gemeinsam geteilten therapeutischen Überzeugung (Primat der persönlichen Beziehung) und der Fähigkeit divergierende Einstellungen auszugleichen, an der wechselseitigen Anerkennung und Bestätigung des berufsgruppenspezifischen Beitrags, an dem kooperativen Arbeitsprinzip und an dem individuellen Bewusstsein für die Motive zu

helfen. Ziel ist die Etablierung eines therapeutischen Raumes. Die therapeutische Leitung sollte für das Team ebenso Vorbildcharakter haben wie das Team für den Patienten. Autoritäre Persönlichkeiten – so die erfassende Meinung der Autoren – sind für eine solche Arbeit ungeeignet.

Im 3. Teil folgt die Konzeption des therapeutischen Raumes, wie sie von den Autoren (Leiter und Leiterin der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie der Universität Marburg) in vielen Jahren entwickelt und umgesetzt wurde. Die Basis für alle therapeutischen Aktionsfelder ist das Fallkonzept, aus dem vielfältige Zieldimensionen mit dem Patienten abgeleitet werden, (z.B. Symptomklärung, Angstbewältigung, Aggressionssteuerung, Sexuelle Strukturierung, soziale Kompetenz). Diese werden dann im Bewusstseinsstraining, in verhaltensmodifizierender Arbeit, in Einzel- und Gruppentherapie, in sozialpädagogischen Interventionen etc. umgesetzt. Der Patient wird aus der Selbstdarstellung des Versagens herausgeführt in einen Prozess des Nachdenkens über die entgangenen Möglichkeiten (regressiver Part) und in ein neues Erleben-Können von Möglichkeiten (progressiver Part). Für die gelingende Selbstbemächtigung ist das Zulassen von Verneinung durch den Patienten entscheidend, damit der Patient nicht zum passiven Empfänger eines therapeutischen Systems wird.

Im 4. Teil wird ein Psychodiagnostik- und Behandlungsinventar angeboten, das einer genuin psychoanalytischen Wahrnehmungs- und Entwicklungslogik folgt. Es besteht für den Patienten aus biographischer Dokumentation, psychoanalytischen und Therapiebeurteilungsfragen mit abschließender Therapiebewertung und Katamnese und für den Therapeuten aus Patienten-, Partner- und Familien- und Psychoanamnese, nebst Leitfäden zur Fallkonzeptualisierung mit Therapiezielbestimmung und Fragen zum Therapieabschluss. Ziel dieser Diagnostik ist eben nicht die Feststellung von Abweichungen vom statistischen Durchschnitt sondern die Entwicklung einer biographisch orientierten Wahrnehmungsspektive darauf, wie der Einzelne mit den Herausforderungen des Lebens bisher umgegangen ist. Die Fragen regen einen inneren Dialog zur Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte an und bewirken somit eine kognitive Vorstrukturierung in der Therapie. Für das Erstgespräch legen die Autoren eine eher symptomzentrierte Befragung und eine die Wahrnehmungen des Patienten bestätigende Technik nahe (Technik der Amplifikation); während regressiver Manöver möglichst konfrontierend bearbeitet werden sollten, um zu einer ambivalentfreien

Atmosphäre zurückzukehren. Dieses Inventar ist Verhaltenstherapeuten zu empfehlen (s. hierzu auch Wendisch & Neher 2003).

Prototypische Fallkonzeptionen schließen den 4. Teil ab. Phänomene der Bulimie, des Anorektischen, des Narzisstischen, des Schizoiden, des Depressiven, des Süchtigen, des Zwanghaften, des Phobischen, des Hysterischen, des Phallischen und des Transsexuellen werden auf triebtheoretischem Hintergrund beschrieben. Sie werden als „Grunddimensionen des Begehrens“ dargestellt.

Im 5. und letzten Teil wird psychodynamische Therapieforschung an fünf Einzelfällen stationär behandelt schwer beeinträchtigter Patienten vorgestellt. Von der Biographie über die diagnostische Klärung und den Verlauf bis hin zur Katamnese werden Beurteilungen aus Patienten- wie aus Therapeutenperspektive dargestellt. Als fundamentalstes Ergebnis psychodynamischer Arbeit wird angesehen, wenn dem Patienten seine Lebensgeschichte in einem anderen Licht erscheint und die erlebten Beschädigungen im Rahmen einer menschlich befriedigenden Erfahrung kompensiert werden können. In unterschiedlichem Ausmaß werden in diesem Prozess Veränderungen im Umgang mit Angst, mit Selbstbehauptung, mit der Einschätzung der eigenen Attraktivität und zunehmender Unabhängigkeit von der Meinung der Anderen gemacht.

Beim Lesen entsteht der befremdende Eindruck, auf ein solch mutiges Werk lange gewartet zu haben. Endlich wird einmal psychologische – Verzeihung: psychodynamische – Therapie nicht mehr nur aus dem Blickwinkel empiristischer oder deutender Verkürzung betrieben. Vielmehr verbindet sich die volle geisteswissenschaftliche Dimension der Innerperspektive von Menschen mit philosophischer Tiefe, wissenschaftstheoretischem Selbstbewusstsein und mythologischer Phantasie mit empirischer Klarheit und objektiver Evaluation. Dabei wird der Kern psychotherapeutischer Kompetenz und Wirksamkeit – die Interaktion – als sowohl empirischer wie nur in hermeneutischer Annäherung zu erfassender Vorgang erkannt. Bietet sich hier nicht ein modelbildender Kern an, der auch in der Verhaltenstherapie zu einer Verlebendigung und metapsychologischen Orientierung genutzt werden könnte?

Statt Reduktion auf Teilaspekte braucht es den sich ständig weiterentwickelnden Blick des sich selbst hinterfragenden Kliniklers, um auf Patienten die angemessenen Reaktionen zu finden. Das Bewusstsein, dass dies die ganze Person erfordert und sich Therapeuten an hohen Maßstäben der Selbstentwicklung zu messen haben, könnte die Psycho-

therapie wieder von einem nüchternen Handwerk (das sie teils auch ist) zu einer Kunst machen (die sie in erster Linie ist). Die symbolische und metaphorische Kommunikation eröffnet wieder den geistigen Raum, der durch naturwissenschaftliche Verkürzung und das Reinheitsgebot wissenschaftlicher Beobachtung verloren gegangen ist. Die triebtheoretische Fundierung mit der Einsicht in die Teilhabeherrschaften an natürlichen nie vollständig beherrschbaren Urkräften ist der notwendige Kontrast zu einer Entmythologisierung und Transparenz von Psychotherapie. Notwendig deshalb, weil Transparenz auch zu einem Anspruch des schnellen Zugriffs durch fachfremde Instanzen führt und zu einem Verlust an Wertschätzung für die Mühe, die die Selbsthinterfragung für Patienten und Therapeuten bedeutet. Notwendig ist die Triebtheorie auch deshalb, weil sie sich der Desexualisierung und Instrumentalisierung des Menschen widersetzt und einem ahnungsvollen Respekt vor der unverfügbaren Natur des Menschen Raum zu geben vermag. An dieser Stelle ist auch die geschlechtsspezifische Wahrnehmungsweise männlicher und weiblicher Sexualität hervorzuheben, die so differenziert wohl nur von einem gemischgeschlechtlichen Autorenpaar zu realisieren ist. In der Triebtheorie liegt auch der gesellschaftskritische Stachel, den sich die Psychoanalyse durch Rückzug auf Methodenfragen und durch angepasste Ausbildungsrituale gezogen hat. Können Verhaltenstherapeuten daraus lernen? Anscheinend müssen sie es sogar: denn die harsche Kritik der Autoren an der Verhaltenstherapie als „Dienstmagd“ einer Störungsbeseitigenden Psychiatrie sollte die Selbstgefälligkeit der sich nur noch mit Erfolgsraten brütenden VT-Technologien verstören.

Mit der Symptom- und Techniktheorie werden auch einige Traditionen der Psychoanalyse überholt. Es wird zudem eine Offenheit für die Unterstützung der interaktiven Erfahrung durch vielfältige Interventionsverfahren präsentiert, für die Verhaltenstherapeuten schon lange eintraten. Technische Vielfalt auch in symptomzentrierter Arbeit soll zwar keine Beziehungs- und Selbstreflexion

ersetzen, aber sie entlastet die therapeutische Beziehung durch Intensivierung korrigierender Erfahrungsmöglichkeiten. Hier hat die Verhaltenstherapie einen Reichtum an Interventionsmöglichkeiten entwickelt, auf den die Autoren auch intensiv in ihrem stationären Behandlungskonzept zurückgreifen, und der durchaus deutlicher hätte gewürdigt werden können. Auch die Klarheit der Symptomfokussierung und die Betrachtung des funktionalen Schutzes durch die Symptome dürfte Verhaltenstherapeuten sehr vertraut vorkommen. Doch Vorsicht: Dieses Buch eröffnet viel Raum für Selbsthinterfragung, den man durch Festhalten an lieb gewordenen Schultraditionen nicht erkunden kann. Es ist auch in seiner sprachlichen und intellektuellen Dichte ein exzellentes Werk, das in seiner Fülle seinesgleichen sucht. Es weist auf den auch im Text zitierten Satz von Schiller: „In der Fülle liegt die Klarheit; im Abgrund liegt die Wahrheit.“

Literatur

- Baumann, U. Wie einheitlich ist die Psychologie? *Psychotherapeut*, 44:360-366, 1999
- Grawe, K. Gründe und Vorschläge für eine Allgemeine Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44:350-359, 1999
- Lobbeck, G. Auseinandersetzung und Verständigung – der Weg sei das Ziel. *Psychotherapeut*, 44:385-386, 1999
- Maercker, A. Potenzen und Grenzen einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44:381-382, 1999
- Wendisch, M. & Neher, M. Das Eisgespräch in der Verhaltenstherapie – ein Leitfadens. *Verhaltenstherapie, Bd. 13, Heft 2, 122-129, 2003*
- Wesmeyer, H. Wie einheitlich oder allgemein soll Psychotherapie sein? *Psychotherapeut*, 44:379-380, 1999

Anschrift

Dr. Martin Wendisch
Tübinginger Akademie für Verhaltenstherapie
David-von-Stein-Weg 26
72070 Tübingen-Bühl
E-Mail: wendisch@tavt.net

Neuerscheinung

Andreas Vossler
Perspektiven der Erziehungsberatung
Kompetenzförderung aus der Sicht von
Jugendlichen, Eltern und Beratern

Beratung Band 8, 2003, 328 Seiten, EUR 24,80
(ernstigt für DGVT-Mitglieder 19,80,-), ISBN 3-87159-708-2



dtv
Verlag

940

Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis

Hilde Trapmann & Wilhelm Rothaus Auffälliges Verhalten im Kindesalter.

Handbuch für Eltern und Erzieher – Band 1.
350 Seiten, ISBN 3-8080-0455-X, EUR 17,50
Dortmund: verlag modernes lernen, 2003 (10., völlig neu bearbeitete Auflage).

Nummer erscheint das zu besprechende Buch in seiner zehnten Auflage, allerdings betont das Autorenpaar im Vorwort, dass eine Überarbeitung des inzwischen 30 Jahre alten Manuskriptes nicht sinnvoll erschien und daher „das Buch ganz neu geschrieben werden musste“ (S. 7). Tatsächlich gewinnt der kundige Leser beim Lesegeuss auch schnell den Eindruck, dass hier tatsächlich aktuelle Forschungsergebnisse ihren Eingang gefunden haben und das Buch den neuesten Wissensstand vermittelt.

Das Handbuch ist problemorientiert aufgebaut, d.h., nach einer Einführung folgen in alphabetischer Reihenfolge Betrachtungen zu 37 ganz unterschiedlichen Problemen. Es beginnt mit „Aggressivität“ und führt unter anderem über „Anstrengungsunwilligkeit“, „Clownerie“, „Einkoten“, „Lese- und Rechtschreibschwäche“, „Schüchternheit“, „Schulschwächen“ bis zur „Unordentlichkeit“. Das mögliche Problemspektrum scheint hier hinreichend abgebildet zu sein, es bleiben keine Wünsche offen. Innerhalb der einzelnen Kapitel wird stets die gleiche Struktur eingehalten. Es beginnt mit „Wahrnehmen und Bewerten“ des Problems und es folgen dann die Unterkapitel „Zuordnen und Verstehen“ und „Lösungen anregen und möglich machen“. Der Text gliedert sich dann in kurze, jeweils mit einer Überschrift versehene, Sinneinheiten, die häufig einen und nur ganz selten mehr als zwei Absätze umfassen. Alle Probleme werden kenntnisreich, interessant und in vielfältiger Weise anregend beschrieben. Obwohl es sich um ein „Handbuch für Eltern und Erzieher“ handelt, finden sich anregende Angebote für Perspektivwechsel und Ideen für Handlungsmöglichkeiten auch für Profis aus dem psychosozialen Bereich, denn die genauen Beschreibungen einerseits der vielen Facetten des kindlichen Verhaltens und andererseits der relevanten Eltern-Kind-Interaktionen ermöglichen häufig einen Blick auf die „Störungen“, der in anderen Lehrbüchern so nicht vermittelt wird.

Wiewohl nicht unbekannt sein dürfte, dass das Autorenpaar systemisch orientiert ist (Wilhelm Rothaus ist z.Zt. der Vorsitzende des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie), kommt das Buch völlig ohne

schulenspezifische Abgrenzungen und theoretische Erörterungen aus, vielmehr versammelt es lösungsorientiert hilfreiche Denk- und Handlungsmöglichkeiten, die letztlich keiner Therapieschule verbindlich zuzuordnen sind. Auch Verhaltenstherapeuten werden hier immer wieder Gedanken erkennen, die eine deutliche Nähe zu ihren Denk- und Handlungsgewohnheiten haben.

Insgesamt kann das Buch uneingeschränkt sowohl als hilfreiche Ergänzung zu anderen störungsorientierten Standardwerken als auch als erste Orientierung zu einem Problembereich empfohlen werden. Für den Autor dieser Rezension bestand das einzige Problem darin, dass die Literaturhinweise nicht, wie in wissenschaftlichen Büchern üblich, direkt im Text erfolgen, sondern dass die Hinweise auf das (umfangreiche) Literaturverzeichnis jeweils zusammengefasst am Ende der einzelnen Kapitel gegeben werden. Dies macht das Buch sicher – gerade für Eltern und Erzieher – leichter lesbar, führt aber dazu, dass Hinweise auf wissenschaftliche Ergebnisse, die im Text gegeben werden, nicht eindeutig den dazugehörigen Quellen zugeordnet werden können. Es ist auch betroffenen Eltern unbedingt zu empfehlen, sofern sie ein gewisses Maß an Vertrautheit mit der Schriftsprache mitbringen. Eltern aus sehr bildungsfernen Milieus werden mit dem Text – wie mit anderen Elternratgebern auch – trotz der theoretischen und lösungsorientierten Darstellung vermutlich überfordert sein.

Im Vorwort zur zehnten Auflage versichert das Autorenpaar, dass bereits im Jahr 2004 der zweite Band mit dem Titel „Auffälliges Verhalten im Jugendalter“ erscheinen soll. Als Vater kann ich nur sagen: Angesichts der vielen hilfreichen Anregungen (Denkanstöße und Verhaltenstipps), die das vorliegende Buch mir zu auffälligen Verhalten im Kindesalter gegeben hat, freue ich mich, dass dieses Buch rechtzeitig erscheinen wird, bevor mein Kind das Jugendalter erreicht hat, so dass ich von dem zweiten Band ebenso profitieren können werde wie vom vorliegenden ersten Band.

Michael Borg-Laufs, Essen

35. Jg. (4), 935-941, 2003

941



Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

Ankündigung

3. DGVT-Praxistage der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie am 5. und 6. November 2004 in München

Die DGVT-Praxistage der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gehen 2004 in ihr drittes Veranstaltungsjahr; seit 2002 organisieren die Fachgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und die Aus- und Weiterbildungskommission eine zweitägige Veranstaltung für Fachleute aus der beratenden und therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sowie deren Angehörigen.

Die letzten beiden Tagungen fanden sehr erfolgreich mit den Schwerpunktthemen „Therapie für Jugendliche“ und „Diagnostik“ in Krefeld und Hannover/Hildesheim statt.

Die VeranstalterInnen stellen ein vielfältiges Workshop-Angebot von PraktikerInnen für PraktikerInnen zusammen, welches die besonderen Bedingungen im Behandlungs- und Betreuungsprozess mit Kindern und Jugendlichen berücksichtigt und eine Erweiterung der professionellen Fertigkeiten ermöglicht.

Die Praxistage bieten darüber hinaus die Möglichkeit, neue Perspektiven in fachlicher und politischer Hinsicht zu erfahren und eröffnet ein Forum zum fachlichen und persönlichen Austausch.

Die Praxistage haben zum Ziel:

- die besonderen Bedingungen im Entwicklungsprozess von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen
- eine Erweiterung der individuellen Fertigkeiten zu ermöglichen,
- neue Perspektiven in fachlicher und politischer Hinsicht zu eröffnen,
- ein Forum zum fachlichen und persönlichen Austausch anzubieten,
- den Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in der DGVT die Möglichkeit zu geben, sich als aktiven wichtigen Bestandteil in der DGVT zu erleben,
- einen Austausch zwischen PraktikerInnen mit großem Erfahrungshintergrund und KollegInnen in der Ausbildung anzuregen.

Ausführliche Informationen und die Anmeldeunterlagen erhalten Sie in der

Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e.V., Referat für Aus- und Weiterbildung, Postfach 13 43, 72003 Tübingen, ☎ 07071- 94 34 44, 📠 07071- 94 34 35, E-Mail: awk@dgvt.de oder im Internet unter www.dgvt.de