



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de

Zu diesem Buch

Mit der nun auch in Deutschland vollzogenen Anerkennung der Systemischen Therapie als abrechenbares psychotherapeutisches Verfahren stellen sich für die klinische Praxis viele Fragen, z. B.:

- Wie lassen sich typisch systemische Herangehensweisen wie z. B. Ziel- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext umsetzen?
- Wie verstehen SystemikerInnen psychische Prozesse und wie gehen sie mit Diagnosestellungen um?

Das Buch widmet sich diesen grundsätzlichen Fragen in anschaulicher Weise und stellt in einem zweiten Teil die wichtigsten Interventionen vor, vom »systemischen Fragen« bis hin zu narrativen, visualisierenden und hypnosystemischen Techniken. Auch hier wird das Vorgehen anhand zahlreicher Fallvignetten erläutert.

Die Reihe »Leben Lernen« stellt auf wissenschaftlicher Grundlage Ansätze und Erfahrungen moderner Psychotherapien und Beratungsformen vor; sie wendet sich an die Fachleute aus den helfenden Berufen, an psychologisch Interessierte und an alle nach Lösung ihrer Probleme Suchenden.

Alle Bücher aus der Reihe »Leben Lernen« finden Sie unter:
www.klett-cotta.de/lebenlernen

Elisabeth Wagner

Praxisbuch Systemische Therapie

**Vom Fallverständnis zum wirksamen
psychotherapeutischen Handeln in
klinischen Kontexten**

Klett-Cotta

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2020 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung eines Fotos von © istock/xfstock

Gesetzt aus der Documenta von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

ISBN 978-3-608-89259-8

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten

sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

Inhalt

Einführung:

Warum ein Praxisbuch Systemische Therapie?	11
---	----

1 Wie lernt man Psychotherapie?	19
--	----

2 Ist Psychotherapie Krankenbehandlung?	23
--	----

2.1 Die Klassifikation psychischer Störungen	28
--	----

3 Wie wirkt Psychotherapie? Welchen Stellenwert haben die theoretischen Grundannahmen einer Psychotherapieschule?	33
--	----

3.1 Unspezifische und allgemeine Wirkfaktoren	36
---	----

4 Was macht Systemische Therapie aus?	41
--	----

4.1 Erkenntniskritische Haltung und Multiperspektivität	41
---	----

4.2 Fokus Veränderung – Zukunft – Ressourcen – Lösungen und Veränderungsoptimismus: »Sie können sich jederzeit ändern, aber Sie sind nicht dazu verpflichtet«	46
--	----

4.3 Selbstorganisation und Wechselwirkungsrealität	50
--	----

4.4 Skepsis gegenüber kausalen Erklärungen	56
--	----

5	Welche Konzeptualisierung des Mentalen passt zu Systemischer Therapie?	64
5.1	Eine systemtheoretische Konzeptualisierung psychischer Prozesse	65
5.2	Die hypnosystemische Konzeptualisierung psychischer Prozesse	66
5.3	Die synergetische Perspektive	67
5.4	»Persönlichkeit« unter neurobiologischer Perspektive ..	69
5.5	Die Konzeptualisierung des Unbewussten	72
6	Wie erklären sich Systemische TherapeutInnen die Entstehung psychischer Störungen?	77
6.1	Krankheit ohne Grund	79
6.2	»Belastungsabhängige psychische Störungen«	81
6.3	Die Bedeutung früher Erfahrungen	82
6.4	Traumatisierung	88
6.5	Der gesellschaftliche Kontext psychischer Störungen...	90
7	Das Wirkverständnis Systemischer Therapie bei klinisch relevanten psychischen Störungen	94
8	Systemische Konzepte in der stationären Psychiatrie...	98
9	Systemische Therapie im Kontext psychiatrischer Störungen – Diagnostische Kompetenz und Auftragsorientierung – das Erstgespräch	103
10	Prozesssteuerung zwischen ärztlicher und therapeutischer Identität (5 Fallvignetten)	119
10.1	Psychotherapie ohne Medikation	120
10.2	Initiale psychiatrische Behandlung mit nachfolgender Einzeltherapie	121

10.3 Fortführung einer etablierten psychopharmakologischen Behandlung in Kombination mit Einzel- und Paartherapie	124
10.4 Fachärztliche Diagnostik und kombinierte Einzel- und Familientherapie	128
10.5 Stützende psychopharmakologisch-psychotherapeutische Behandlung einer Borderline-Patientin	131
11 »Systemisches Gesprächsverhalten« in klinischen Kontexten: Ressourcenorientierung	135
12 »Systemisches Gesprächsverhalten«: Fragen als Intervention	148
12.1 Zirkuläre Fragen zur Wirklichkeits- und Möglichkeitskonstruktion	152
12.2 Lineale Fragen zur Wirklichkeitskonstruktion	154
12.3 Fragen zur Möglichkeitskonstruktion	163
12.4 Reflexive Fragen zur therapeutischen Beziehung	168
12.5 Abschließende Überlegungen	169
13 Visualisierende Verfahren	171
13.1 Genogramm	171
13.2 Familienbrett	179
13.3 Zeitstrahl	182
13.4 Idiografische Systemmodellierung	185
14 Aufgaben und Rituale	187
14.1 Beobachtungsaufgaben	188
14.2 Vorhersageaufgaben	190
14.3 Reflexionsaufgaben	191
14.4 Verhaltensaufgaben	193
14.5 Rituale	199
14.6 Abschließende Überlegungen	203

15 Narrative Techniken, Externalisierung	204
15.1 Re-Authoring	205
15.2 Externalisierung	210
15.3 Briefe, Urkunden und Deklarationen	213
16 Teilarbeit.....	217
17 Einsatz von Bodenankern	226
18 Hypnosystemische Perspektive	233
18.1 Hypnosystemische Teilarbeit und positive Externalisierung	235
18.2 Hypnosystemische Zielarbeit – Induktion des Zielerlebens	238
18.3 Problemlösungsgymnastik	243
18.4 Geleitete Imaginationen und Nutzung von Trancephänomenen	246
18.5 Hypnosystemische Nutzung von Metaphern und Utilisieren	250
19 Emotionsbasierte systemische Interventionen	254
19.1 Förderung der Emotionswahrnehmung	255
19.2 Affektklärung	258
19.3 Förderung der Emotionsregulation	262
19.4 Emotionen transformieren	266
20 Fallverständnis	270
20.1 Der Stellenwert störungsspezifischen Vorgehens	270
20.2 Das typische diagnostische Selbstverständnis Systemischer Therapie.....	273
20.3 Erweiterungen des »Diagnostizierens« in der Systemischen Therapie	275
20.4 Dimensionen der Fallkonzeption	280

21 Wirkverständnis und Prozesssteuerung	282
21.1 Settingentscheidungen	282
21.2 Inhaltlicher Fokus und »Problemformatierung«	284
21.3 Einsatz spezifischer Interventionen	287
22 Die therapeutische Beziehung	291
22.1 Die therapeutische Beziehung zwischen Verstörung und Empathie	291
22.2 Warum die Systemische Therapie auf die Begriffe Übertragung und Gegenübertragung verzichtet	294
22.3 Warum die Systemische Therapie auf die Konzeptualisierung von Widerstand verzichtet	297
22.4 Ein systemischer Umgang mit Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung	299
22.5 Der Umgang mit »verleugneten« problematischen Erlebnis- und Verhaltensweisen	302
23 Abschließende Überlegungen und Dank	307
Literatur	310

Einführung: Warum ein Praxisbuch Systemische Therapie?

Systemische Konzepte haben sich in den letzten Jahrzehnten sowohl in therapeutischen wie auch in beraterischen Kontexten rasant verbreitet. Wo immer Menschen mit Menschen umgehen – von der Erziehungsberatung über die Jugendhilfe bis zur Organisationsentwicklung –, können sich systemische Ausbildungen über höchste Wachstumsraten erfreuen. Dass die Systemische Therapie in Deutschland erst 2008 als Richtlinienverfahren anerkannt wurde und erst im November 2018 die sozialrechtliche Anerkennung erlangte, tat der Attraktivität systemischer Weiterbildungen keinen Abbruch. Viele BeraterInnen und TherapeutInnen erkannten den Nutzen der systemischen Prinzipien von Ziel-, Ressourcen- und Auftragsorientierung. Das Denken in Wechselwirkungen, der Einbezug des sozialen Bezugssystems und ein breites Interventionsspektrum taten ein Übriges, um systemische Weiterbildungen für viele Professionen unverzichtbar zu machen.

Im Vergleich zu dieser dominanten Stellung im Bereich der Beratung konnten sich systemische Konzepte in Deutschland in der Psychiatrie bislang kaum durchsetzen. Nur wenige prominente VertreterInnen der Systemischen Therapie sind im psychiatrischen Kontext tätig. Vergleichsweise wenige FachärztInnen für Psychiatrie und psychologische PsychotherapeutInnen haben in Deutschland eine systemische Qualifikation. Dies könnte sich durch die nun erreichte sozialrechtliche Anerkennung der Systemischen Therapie ändern.

In Österreich erfolgte im Unterschied dazu die wissenschaftliche und sozialrechtliche Anerkennung der Systemischen Therapie bereits in den frühen Neunzigerjahren bald nach Inkrafttreten des Psychotherapiegesetzes. Systemische Therapieausbildungen mussten daher in Österreich von Anfang an zur Behandlung psychischer Störungen befähigen. Die Systemische Therapie ist zwar nur eine von 21 anerkannten Psychotherapiemethoden, ist jedoch unter den AbsolventInnen deutlich überrepräsentiert. Unter den aktuell in Ausbildung befindlichen PsychotherapeutInnen ist die Systemische Therapie sogar die am meisten nachgefragte Methode: Fast 15 % aller AusbildungskandidatInnen Österreichs befinden sich in einer systemischen Ausbildung, gefolgt von knapp 14 % in personenzentrierter Therapie und knapp 11 % in Verhaltenstherapie. Es ist daher nicht verwunderlich, dass Systemische TherapeutInnen in Österreich seit Langem in diversen Gesundheitseinrichtungen tätig sind und auch in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung einen wesentlichen Beitrag leisten.

Als Lehrtherapeutin für Systemische Familientherapie bin ich in zwei Ausbildungskontexten tätig: Neben der Lehranstalt für Systemische Familientherapie in Wien, in der alle entsprechend dem österreichischen Psychotherapiegesetz zugelassenen Berufsgruppen, v. a. PsychologInnen, PädagogInnen und SozialarbeiterInnen, ihre Psychotherapieausbildung absolvieren können, leite ich seit 2008 auch systemische Lehrgänge im Rahmen der Akademie für Psychotherapeutische Medizin, in der ausschließlich ÄrztInnen psychosomatisch und psychotherapeutisch weitergebildet werden. Diese Kurse werden überwiegend von AssistenzärztInnen und FachärztInnen für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie absolviert, sodass in den letzten zehn Jahren ca. 40 % aller in Wien tätigen AssistenzärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin ihre psychotherapeutische Ausbildung in einem systemischen Curriculum absolvierten. Zumindest für Wien, in geringerem Ausmaß gilt das für ganz Österreich, ist damit systemisches Denken in der Psychiatrie mittelfristig gut verankert. Allerdings schien es mir speziell in diesem Ausbil-

dungskontext nötig, bestimmte Positionen der Systemischen Therapie zu relativieren, um sie für klinische Kontexte anschlussfähig zu machen. Wenn im Rahmen des Gesundheitssystems krankheitswertige Störungen behandelt und abgerechnet werden – egal ob von ÄrztInnen, Klinischen PsychologInnen oder anderen PsychotherapeutInnen –, sind eine radikale Infragestellung des Krankheitsbegriffes, eine strikte Auftragsorientierung und eine enge Auslegung der Position des Nicht-Wissens (vgl. Goolishian et al. 1988), wie sie in vielen systemischen Lehrbüchern vertreten werden, wenig hilfreich.

Das Ziel meiner Ausbildungstätigkeit besteht darin, ein Verständnis von Systemischer Therapie zu vermitteln, das für die Nachbardisziplinen Psychiatrie und Klinische Psychologie anschlussfähig ist. Statt radikalem Konstruktivismus geht es mir um die Vermittlung einer »angemessen erkenntniskritischen Haltung«, statt radikalem Verzicht auf Konzepte, die psychische Prozesse erklären, versuche ich eine Konzeptualisierung derselben unter synergetischer Perspektive. Als wesentliches Kriterium für professionelles psychotherapeutisches Handeln betrachte ich die Fähigkeit, die psychischen und die sozialen Aspekte, die zur Aufrechterhaltung von Problemzuständen führen, angemessen erfassen und beschreiben und auf der Basis dieses »Fallverständnisses« das konkrete therapeutische Tun erklären zu können. Neben den interventionellen Kompetenzen ist dieses »professionelle Denken«, die Anwendung theoretischen psychotherapeutischen Wissens auf den konkreten Einzelfall, das wichtigste Ziel jeder systemischen Therapieausbildung.

Die Grundlagen dieses »professionellen Denkens« sollen durch das vorliegende Buch vermittelt werden: Die zentralen Prinzipien systemischen Denkens und Handelns werden zunächst theoretisch erklärt und dann fallbezogen erläutert. Das konkrete therapeutische Vorgehen wird anhand von Fallvignetten nachvollziehbar dargestellt. Zielgruppe sind alle Systemischen TherapeutInnen, die im Rahmen des Gesundheitswesens mit behandlungsbedürftigen psychischen Störungen konfrontiert sind.

Auch wenn der Fokus des »Praxisbuches Systemische Therapie« die Behandlung psychischer Störungen ist, bleibt das Verhältnis von Systemischer Therapie und Krankenbehandlung grundsätzlich reflexionsbedürftig: In den drei einführenden Kapiteln werden daher einige grundlegende Überlegungen zu Psychotherapie und psychotherapeutischer Medizin angestellt werden: Wie lernt man Psychotherapie? Ist Psychotherapie Krankenbehandlung? Wie wirkt Psychotherapie?

Darauf folgt eine ausführliche Darstellung dessen, was Systemische Therapie ausmacht. Aufgrund der hohen Binnendifferenzierung aller Therapiemethoden sind solche Festlegungen immer problematisch und nie ganz zutreffend – dennoch sollten sie »gewagt« werden, um gedanklich auf den Interventionsteil einzustimmen. Damit eine interventionsreiche Therapiemethode wie die Systemische Therapie nicht zur trivialisierenden Anwendung verführt, sollte das professionelle Denken – die Anwendung theoretischer Konzepte auf den konkreten Fall – gefördert werden. In den Kapiteln 5 und 6 wird daher ein weiterer Bogen gespannt: Welche Konzeptualisierung des Mentalen passt zur Systemischen Therapie und wie erklären sich Systemische TherapeutInnen psychische Störungen?

Auf der Basis dieser Überlegungen werden dann das Wirkverständnis Systemischer Therapie im psychiatrischen Kontext sowie systemische Konzepte in der stationären Psychiatrie überblicksmäßig dargestellt, bevor wir uns im Kapitel 9 einem zentralen Spannungsfeld zuwenden: Die im medizinischen Kontext selbstverständliche Expertenhaltung steht in einem deutlichen Gegensatz zu der für Systemische Therapie typischen Auftragsorientierung. Daher wird die für klinische Kontexte adäquate Auslegung von Auftragsorientierung und Expertenschaft zunächst ausführlich reflektiert, bevor in fünf Fallverlaufsdarstellungen die Prozesssteuerung zwischen ärztlicher und therapeutischer Identität konkret dargestellt wird.

In den nachfolgenden neun Kapiteln wird das typisch systemische Vorgehen praxisnah dargestellt: Es geht zunächst um die Realisierung der Ressourcenorientierung, die bei besonders ressourcen-

armen Personen, die uns in klinischen Kontexten häufig begegnen, nicht so einfach zu realisieren ist. Besonders ausführlich wird die Hauptintervention der Systemischen Therapie, das Fragen, erläutert. Weitere Kapitel widmen sich den visualisierenden Verfahren, Aufgaben und Ritualen, narrativen Techniken, der Teilarbeit, der Nutzung von Bodenankern, hypnosystemischen und emotionsbasierten Interventionen. All diese Vorgehensweisen werden in ihren Grundzügen erklärt, bevor die Anwendung mit konkreten Fallvignetten dargestellt wird. Dies soll dazu beitragen, nicht nur die »Bauanleitung« der Interventionen, sondern auch das konkrete Wirkverständnis besser erfassen zu können. Die Angemessenheit einer Intervention, oder weiter gefasst, des konkreten TherapeutInnenverhaltens lässt sich nur beurteilen, wenn wir uns über den Zweck im Klaren sind. Was will ich mit meinem konkreten therapeutischen Handeln bewirken, was ist die therapeutische Absicht, inwiefern ist das konkrete Vorgehen geeignet, dies zu bewirken?

Wie der Untertitel des Buches nahelegt, muss das Wirkverständnis psychotherapeutischer Interventionen am konkreten Fallverständnis anschließen. Welche Merkmale des Falles gilt es zu berücksichtigen, um im Sinne des Patienten/der Patientin wirksam zu werden? In den letzten Kapiteln des Buches wird daher auf Fallverständnis, Wirkverständnis und die therapeutische Beziehung noch einmal ausführlich eingegangen.

Durch die fallorientierte Darstellung systemischer Praxis bei der Behandlung psychiatrischer Störungen soll die Integration systemischen Denkens in klinische Kontexte, vor allem ins psychiatrische Versorgungssystem gefördert werden. Dafür können die Erfahrungen, die bei der systemischen Ausbildung von fast 100 (Kinder- und Jugend-)PsychiaterInnen in den letzten Jahren gesammelt wurden, hilfreich sein.

Jedenfalls fließt hier auch eine persönliche Erfahrung ein: Als ich in den Neunzigerjahren zusätzlich zur Facharztausbildung an der Universitätsklinik für Psychiatrie in Wien meine Ausbildung in Systemischer Familientherapie in einem Ausbildungsinstitut nach dem Psychotherapiegesetz absolvierte, erlebte ich ein starkes Spannungsfeld:

In der Abteilung für Biologische Psychiatrie lernte ich von erfahrenen PsychiaterInnen, wie psychiatrisch Erkrankte zu diagnostizieren und zu behandeln sind. Ich bewunderte ihre psychopharmakologischen Kenntnisse und die Unaufgeregtheit, mit der sie heikelste klinische Situationen managten. Obwohl viele dieser Oberärzte einer Generation geisteswissenschaftlich gebildeter Psychiater mit differenzierten psychopathologischen Kenntnissen angehörten, setzte sich in dieser Zeit durch die Pseudoobjektivierung von ICD-10 und DSM-IV-R zunehmend ein naiver Realismus durch. Eine erkenntniskritische Haltung gegenüber diagnostischen Klassifikationssystemen, die bei Jaspers noch selbstverständlich formuliert wurde, war nicht mehr Teil des offiziellen Fachdiskurses, sondern wurde nur mehr als Liebhaberei von einzelnen kritischen Geistern kultiviert.

Auf der anderen Seite erlebte ich in meiner systemischen Ausbildungseinrichtung erfahrene LehrtherapeutInnen, deren therapeutische Fähigkeiten ich hinter dem Einwegspiegel kennen und schätzen lernte, allesamt aber überzeugte Konstruktivisten, die psychologische Konzeptualisierungen und psychiatrische Krankheitsbegriffe ablehnten, als wären sie für die Behandlung völlig irrelevant, ja sogar störend, weil vom subjektiven Selbstverständnis des Betroffenen ablenkend. Naiver Realismus auf der einen Seite, Konstruktivismus mit dogmatischer Ablehnung jeglichen klinischen Expertenwissens auf der anderen Seite führten dazu, dass ich mich in beiden Welten fachlich ein bisschen fremd fühlte. In der Psychiatrie fehlte mir die erkenntniskritische Position, in der Systemischen Therapie diagnostische und klinische Kompetenz. Es dauerte viele Jahre, bis die Psychiaterin und die Systemische Therapeutin in mir eine integrierte professionelle Identität gebildet haben.

Diesen langwierigen Integrationsprozess möchte ich jungen KollegInnen erleichtern, was auch durch die Entwicklung der Systemischen Therapie in den letzten fünfzehn Jahren nahegelegt wird: Die radikalkonstruktivistische empirie- und diagnosekritische Haltung ist auch bei den bekannten deutschsprachigen VertreterInnen Systemischer Therapie nicht mehr unwidersprochen. Einen wesentlichen Beitrag dazu lieferte Kirsten von Sydow, die gemeinsam mit Beher,

Retzlaff und Schweitzer jene Expertise zur Wirksamkeit der Systemischen Therapie verfasste, die 2008 zur Anerkennung als wissenschaftlich fundiertes Verfahren durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie in Deutschland führte. In dem von ihr herausgegebenen Lehrbuch (von Sydow 2015), das stark an empirischer Forschung orientiert ist, bekennt sie sich trotz positivistischer Grundhaltung zu einem »gemäßigten Konstruktivismus« (von Sydow 2015, S. 28f.) und kritisiert die »konzeptuelle Vernachlässigung innerpsychischer Variablen« in der systemischen Literatur. Ihre Forderung nach einer stärkeren Berücksichtigung affektiver Prozesse und verinnerlichter Beziehungs- und Bindungsmuster in der systemischen Fachliteratur stimme ich vollinhaltlich zu.

Daher wurden in dem Buch »Emotionsbasierte Systemische Therapie. Intrapyschische Prozesse verstehen und behandeln« (Wagner/Russinger 2016) psychologische Konzepte vorgestellt, die für ein differenziertes Fall- und Wirkverständnis hilfreich sind – und dies ohne unzulässige Trivialisierungen und Ontologisierungen. Psychische Vorgänge werden hier konsequent als Prozesse verstanden, als selbstorganisierte Muster in komplexen dynamischen Systemen. Wie der Titel vermuten lässt, fokussierten wir dabei die affektive Seite des Erlebens, die bislang in der systemischen Fachliteratur kaum explizit thematisiert worden ist. Das Buch sollte das Verständnis für Prozesse der Emotionsverarbeitung und Störungen derselben vermitteln und bietet darüber hinaus eine systematische Darstellung von Interventionen, die Affektwahrnehmung, -klärung und -bearbeitung fördern.

Auch Hans Lieb, der prominenteste Vertreter störungsspezifischer Systemtherapie, kritisiert das Dogma der Dekonstruktion psychischer Störungen, das in manchen systemischen Ausbildungseinrichtungen gültig scheint. Er fordert dazu auf, dass SystemikerInnen störungsbezogene Perspektiven einnehmen, ohne ihre systemische Identität zu verlieren, was vor allem heißt, dass der Störungsbegriff nicht ontologisierend verwendet, sondern die der Unterscheidung krank/gesund zugrunde liegende Beobachtungsleistung berücksichtigt wird (Lieb 2014, S. 11f.). Ich hoffe, mit diesem Buch auch diesem

Anspruch zu genügen, selbst wenn die systemtheoretische Fundierung meiner Ausführungen mehr auf der Synergetik als der soziologischen Systemtheorie Luhmanns beruht.

KAPITEL 1

Wie lernt man Psychotherapie?

Eine erste grobe Differenzierung von Lernprozessen betrifft die Unterscheidung von Wissen und Können. Wissensinhalte wie Latein-Vokabeln, chemische Formeln, die Anatomie des Menschen oder philosophische Theorien erwirbt man anders als Kompetenzen wie Radfahren, Schwimmen oder Klavierspiel. Im einen Fall realisiert sich der Aneignungsprozess im Wesentlichen über das explizite Denken und Erinnern, im anderen Fall im Wesentlichen über das wiederholte Tun (Üben).

Für die Psychotherapie halte ich es allerdings für sinnvoll, vier Dimensionen zu unterscheiden: Neben dem theoretischen Wissen und den interventionellen Kompetenzen (»professionell handeln«) ist die Fähigkeit, Fachwissen fallbezogen adäquat anzuwenden (»fachlich denken«), zentral bedeutsam. Diese drei Dimensionen sind in vielen Professionen zu unterscheiden. In der Psychotherapie gibt es jedoch eine weitere Anforderung, nämlich die Fähigkeit, verlässlich – also unabhängig von evtl. dysfunktionalen Beziehungsmustern der KlientInnen – eine hilfreiche professionelle Beziehung anzubieten. Die Förderung dieser Beziehungskompetenz ist damit eine weitere Zieldimension jeder Psychotherapieausbildung. Auf jede dieser Dimensionen soll im Folgenden kurz eingegangen werden.

Das theoretische Wissen umfasst Konzepte zur »Gegenstandsmodellierung« sowie die Wirkprinzipien des therapeutischen Vorgehens (»Wirkverständnis«). Beide Begriffe sollen kurz erklärt werden:

Was versteht man unter »Gegenstandsmodellierung« oder »Konzeptualisierung psychosozialer Prozesse«: Die Seele können wir nicht sehen. Die Funktionsweise der Psyche kann man sich ganz

unterschiedlich erklären: Ist sie durch Triebkonflikte geprägt, wie Freud es annahm, oder durch das Streben nach Selbstentfaltung, wie es die humanistischen Therapiemethoden beschreiben? Welche Rolle spielt das Unbewusste? Welche Rolle spielen frühkindliche Erfahrungen? Die verschiedenen Therapiemethoden entwerfen ganz unterschiedliche Bilder vom Mentalen, ihre theoretischen Grundannahmen »modellieren den Gegenstand« und legen damit auch fest, was als wirksames therapeutisches Tun betrachtet werden kann (»Wirkverständnis«). Hält man unbewusste seelische Konflikte für die Ursache psychischer Störungen, kann ein kognitiv-behaviorales Vorgehen, das vorwiegend die bewussten Kognitionen modifiziert, nur für ein oberflächliches Manöver gehalten werden. Stellt man die kausale Bedeutung unbewusster seelischer Konflikte infrage, erscheint die jahrelange hochfrequente Psychoanalyse als eine unnötig aufwendige Suche nach selbst versteckten Ostereiern.

Die theoretischen Grundlagen einer Therapiemethode vermitteln somit ein jeweils spezifisches Verständnis psychosozialer Prozesse und ihrer Beeinflussbarkeit im Kontext von Psychotherapie. Die Darstellung dieser »Wirkprinzipien« wird den Hauptteil dieses Buches ausmachen. Im Unterschied zu anderen Lehrbüchern soll dies aber konsequent fallbezogen erfolgen. Die theoretischen Konzepte sollen damit nicht nur beschrieben, sondern auch »exemplifiziert« werden, um das fachliche Denken zu fördern.

Unter »fachlich denken« verstehe ich die Anwendung von theoretischem Wissen auf einen konkreten Fall. Fachlich denken kann man dementsprechend nur fallbezogen lernen. Die adäquate Unterrichtsform ist die Supervision: Hier wird anhand konkreter Fallanliegen fachliches Denken entwickelt. Häufig ist in diesem Kontext aufgrund der Zahl und der Dringlichkeit der Supervisionsanliegen der Fokus allerdings eingeengt auf die Frage »Wie mache ich am besten weiter?«, sodass eine umfassende Reflexion des Fallverständnisses ausbleibt. In diesen Fällen wird fachliches Denken wieder nur implizit gelernt. Dieses Buch soll dazu beitragen, fachliches Denken zu fördern, indem Fall- und Wirkverständnis Systemischer Therapie anhand von ausgewählten Fallvignetten dargestellt wird. Anders als in

der Supervision geht es nicht darum, mittels fachlichen Denkens in einem gegebenen Fall bestmöglich handlungsfähig zu werden, sondern darum, die der Systemischen Therapie zugrunde liegenden Konzepte anhand von Fallbeispielen nachvollziehbar verständlich zu machen.

Neben der Vermittlung von theoretischem Wissen und der Förderung der Fähigkeit, dieses auf Basis einer sensiblen Wahrnehmung fallbezogen adäquat anzuwenden, geht es bei einer Psychotherapieausbildung immer auch um die Entwicklung von Handlungskompetenz. Psychotherapeutische Interventionen müssen »getan« werden, es genügt nicht, sie theoretisch beschreiben zu können. Verglichen mit dem Erlernen einer neuen Sprache geht es hier um den »Sprechakt« bzw. die Handlung. Das »Gewusste« muss nicht nur fallbezogen genutzt, sondern auch in konkretes therapeutisches Tun umgesetzt werden. Dieser Kompetenzerwerb bedarf interaktiver Unterrichtssequenzen: Eine konkrete Intervention wird erklärt, demonstriert, in Kleingruppen geübt. Im Rollenspiel oder noch besser anhand eigener »kleiner« Themen erfahren die Teilnehmenden die Wirkung der Intervention an sich selbst und können sich »im geschützten Terrain« in der Therapeutenrolle erproben.

Unter »Beziehungskompetenz« wird die Fähigkeit verstanden, auch bei dysfunktionalen (»pathologischen«) Beziehungsangeboten von KlientInnen verlässlich eine konstruktive, hilfreiche Beziehung anbieten zu können. Die Verantwortung für die Qualität der therapeutischen Beziehung liegt bei der Therapeutin. Manche KlientInnen machen es uns leicht, indem sie uns von Anfang an vertrauen, Kompetenz zuschreiben und die Kooperation für den Veränderungsprozess nützen. Aber das ist keine Bedingung, die zu Behandlungsbeginn eingefordert werden kann. Professionelle Beziehungskompetenz ist vor allem dann gefragt, wenn KlientInnen von dieser Idealnorm abweichen, was sie öfter tun, als uns lieb ist. Die daraus resultierenden Schwierigkeiten werden typischerweise in der Supervision und evtl. in der Eigentherapie thematisiert. In diesem Buch wird sich ein eigenes Kapitel mit den Anforderungen an »Beziehungskompetenz« aus systemischer Perspektive beschäftigen, dar-

über hinaus wird in vielen Fallvignetten ein professioneller Umgang mit typischen Beziehungsschwierigkeiten dargestellt.

Nach nunmehr bald zwanzigjähriger Ausbildungstätigkeit sehe ich die größte Herausforderung im Rahmen einer Psychotherapieausbildung darin, in differenzierter Art »fachliches Denken« zu fördern. Theorievermittlung ist relativ einfach – Theorien kann man referieren, vorbereitende oder vertiefende Leseaufgaben und Reflexionsrunden sichern das Verständnis ab. Auch die Vermittlung von Handlungskompetenz wirft didaktisch keine großen Fragen auf (auch wenn sie nicht immer gleich gut gelingt). Schwieriger ist es, explizit »angemessenes fachliches Denken« zu lehren. Dazu soll dieses Buch einen Beitrag leisten.

Zuvor müssen aber einige grundsätzliche Gedanken zum Wesen (Systemischer) Psychotherapie formuliert werden.

KAPITEL 2

Ist Psychotherapie Krankenbehandlung?

Psychotherapie ist keine Krankenbehandlung. PsychotherapeutInnen muss man das in der Regel nicht erklären. PsychiaterInnen häufig schon, da sich ÄrztInnen traditionell für Krankheiten zuständig fühlen. In Zusammenhang mit Krankheiten und ihrer Behandlung verfügen sie über ein empirisch abgesichertes Expertenwissen. Aus medizinkritischer Perspektive kann die Überlegenheit ärztlichen Expertenwissens infrage gestellt werden, im Selbstverständnis von ÄrztInnen und der überwiegenden Mehrzahl ihrer PatientInnen ist die Zuschreibung einer Expertenrolle aber konstitutiv.

Das beste Beispiel dafür ist der Unfallchirurg. Meine damals 13-jährige Tochter stürzte mit dem Fahrrad und konnte ihren rechten Arm nicht mehr heben. Der Assistenzarzt veranlasst ein CT und beruhigt – er sieht nichts. Alle atmen auf. Der Oberarzt schaut sich die Bilder noch einmal an, äußert einen Verdacht, veranlasst eine weitere Bildgebung, diesmal in einer anderen Achse, und zeigt uns die Fraktur. Ungünstige Stelle, muss sofort operiert werden, sonst droht eine dauerhafte Bewegungseinschränkung. Der Expertise des Arztes wird getraut – was hätte man seinen Erklärungen entgegnenzuhalten?

Nicht überall in der Medizin ist die Expertenschaft des Arztes so unumstritten, nicht immer sind die Befunde so eindeutig. Der Unfallchirurg markiert das eine Ende des Spektrums: unstrittige Expertenschaft, er weiß, was zu tun ist, kann das dem Patienten anhand eindeutiger Befunde erklären. Das Privileg des Unfallchirurgen: Er kann sehr häufig nicht nur eine eindeutige Diagnose liefern, sondern auch eine kurative Prozedur anbieten. Er operiert, der Pa-

tient muss es nur zulassen. Zumindest in der Akutsituation reduziert sich die Compliance auf die Einverständniserklärung – »lassen Sie mich nur machen«.

Natürlich ist dieser Idealfall nicht immer gegeben. Es gibt auch in der Unfallchirurgie unklare Befunde (Experten einigen sich nicht über das zugrunde liegende Problem) oder widersprüchliche Ansichten über die geeignete Behandlung (Experten einigen sich nicht über die bestmögliche Lösung), und natürlich bedarf es in der postoperativen Phase der Kooperation des Betroffenen: Schonung, gezieltes Training, alles zur richtigen Zeit und im richtigen Ausmaß. Aber auch dazu können die ExpertInnen eindeutige Empfehlungen geben. Das heißt: medizinisches Fachwissen bezieht sich auf die Diagnose und Behandlung von Krankheiten. Die Expertenrolle des Arztes verpflichtet zur Patientenaufklärung (diese Prozedur ist, wie jeder weiß, der sich schon einmal einer einfachen chirurgischen Intervention unterzogen hat, formal über eine schriftliche Einverständniserklärung abgesichert), begründet die durchzuführende Behandlung und legitimiert darüber hinausgehende Beratung (z. B. betr. Ernährung, Bewegung, Gewichtsreduktion) bzw. Schulung des Patienten.

Wie stellt sich die Situation nun bei psychischen Störungen dar?

Wenn wir an eine typische paranoide Schizophrenie, eine bipolare Störung, eine schwere Zwangsstörung oder Anorexie denken: auf den ersten Blick ganz ähnlich. Auch hier verfügt die Medizin – in diesem Fall die Psychiatrie – über gesichertes Expertenwissen und kann adäquate Behandlung anbieten. Die Krankheitsbilder sind gut definiert und lassen sich vom Zustand des Gesunden sicher unterscheiden. Ein klassisch ärztliches Selbstverständnis ist zulässig und sinnvoll, sofern der Patient bereit ist, diese Expertenrolle dem Arzt zuzuschreiben und sich der psychiatrischen Definition seines Erlebens anzuschließen. Aus »Ich bin so unglücklich und weiß nicht warum« wird dann im besten Fall eine behandelbare depressive Episode, aus »Stimmen befehlen mir, dass ich mich umbringe, weil ich für alles Unglück in der Welt verantwortlich bin« eine psychotische Episode, die psychopharmakologisch gut zu behandeln ist.

Aber wie groß ist der Anteil dieser eindeutig definierbaren und

nach einem medizinischen Rational gut zu behandelnden Patienten-
gruppe? Allen Frances, der 1994 den Vorsitz der Arbeitsgruppe für
die Revision des DSM-IV innehatte und sich in den letzten Jahren
zum prominentesten Kritiker des DSM-5 entwickelt hat, gibt fol-
gende Einschätzung ab: »Wir können Patientinnen und Patienten,
die an schweren psychischen Störungen leiden und etwa 5 % der
Bevölkerung ausmachen, präzise diagnostizieren, und wir wissen
auch ziemlich gut, wie sie zu behandeln sind. An den Grenzen zur
»Normalität« haben wir dagegen eine enorme Unschärfe. Gerade
diese Grenzbereiche umfassen allerdings eine sehr große Anzahl von
Menschen ...« (Frances 2017, S. 104) Wenn man von einer 10-Jahres-
Prävalenz von 30 % psychischer Störungen ausgeht, ist das knapp ein
Viertel der Bevölkerung. Und mehr noch als für die schwerst psy-
chisch Kranken ist für diese große Zahl an Menschen an der »Grenze
zur Normalität« Psychotherapie oder psychotherapeutische Medizin
indiziert. Die Frage ist daher, welche Art von Diagnostik und Behand-
lungsverständnis (jenseits der Krankenbehandlung) hier angemes-
sen ist und wie sich hier psychotherapeutische Professionalität oder
Expertenwissen realisiert.

Das Wissen und die Kompetenzen, die im Rahmen der Facharzt-
ausbildung für Psychiatrie im Krankenhaus erworben werden, sind
für diese große Population meist jedenfalls nicht ausreichend, da nur
ein kleiner Anteil aller Personen mit einer behandlungsbedürftigen
psychischen Störung je stationär aufgenommen wird. Solange die
Facharztausbildung Psychiatrie vorwiegend in stationären Einrich-
tungen absolviert wird, müssen wir davon ausgehen, dass viele
AssistenzärztInnen ihr gesamtes Störungs- und Behandlungsver-
ständnis an einem sehr kleinen, nämlich dem schwerst kranken, Seg-
ment der Population sammeln, während sie den Großteil der v.a.
psychotherapeutisch zu Behandelnden nicht oder kaum kennen-
lernen.

Im Rahmen ihrer Facharztausbildung sammeln AssistenzärztIn-
nen für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin zweifellos
unzählige Erfahrungen im Umgang mit mittel- bis schwer erkrank-
ten PatientInnen aller Diagnosegruppen. Aufnahme- und Entlas-

sungsmanagement, Zuweisungen, Visiten und Patientenaufklärung füllen aufgrund kürzer werdender Verweildauern den Arbeitstag des Facharztes zunehmend aus, sodass zeitaufwändigere Prozeduren wie ausführliche biografische Anamnesen, das Erfragen des subjektiven Krankheitsverständnisses oder psychotherapeutische Gespräche erschwert werden. Diese »Engführung« psychiatrischer Behandlung verhindert oftmals, dass unter den gegebenen Bedingungen psychiatrische Erfahrung mit Kompetenzerwerb im Bereich der psychotherapeutischen Medizin einhergeht und kann in manchen Fällen regelrecht zu einer »deformation professionelle« führen, die das Individuum mit seinen jeweils subjektiven Wünschen, Zielen und Ängsten hinter der ICD-Diagnose und dem psychopharmakologischen Behandlungsbedarf vergessen lässt.

Die Ausbildung in psychotherapeutischer Medizin ist damit ein wesentlicher Beitrag dazu, dass die heute ausgebildeten PsychiaterInnen auch die große Gruppe von Menschen »an den Grenzen zur Normalität« adäquat behandeln können. Voraussetzung dafür sind aber psychotherapeutische Konzepte, die für die Psychiatrie anschlussfähig sind.

Die für die frühe Systemische Therapie typische vehemente Ablehnung des psychiatrischen Krankheitsbegriffes ist vor diesem Hintergrund keine glückliche Lösung. Für PsychiaterInnen würde es bedeuten, in zwei unvereinbaren Fachwelten leben bzw. arbeiten zu müssen, aber auch für nicht ärztliche PsychotherapeutInnen erschwert es die Kooperation mit dem klinischen Kontext. Wenn Systemische TherapeutInnen psychische Störungen ausschließlich als soziale Konstrukte, nicht als Krankheiten verstehen, sind sie für andere klinische Disziplinen nicht anschlussfähig. Nicht zuletzt durch die Anerkennung der Systemischen Therapie als Richtlinienverfahren kam es allerdings in den letzten 10 Jahren zu einer Annäherung an das Gesundheitssystem. Statt vehementer Ablehnung wird nun vermehrt die pragmatische Nutzung des Störungsbegriffes empfohlen, der berühmte Carl Auer Verlag hat sich gar zur Herausgabe einer Reihe zur »Störungsspezifischen systemischen Therapie« entschieden.

Kehren wir zur ersten Aussage zurück: Wenn Psychotherapie keine Krankenbehandlung im herkömmlichen Sinn ist – was ist sie dann? Eine gängige Definition von Psychotherapie (vgl. Strotzka 1982) beschreibt diese als bewussten und geplanten interaktionellen Prozess zur Verbesserung von psychosozialen Leidenszuständen oder Verhaltensstörungen auf der Basis einer definierten Theorie normalen und pathologischen Erlebens und Verhaltens. Im Unterschied zur Medizin, deren Gegenstand zwar komplexe, aber im Wesentlichen objektivierbare und messbare biologische, chemische Vorgänge darstellen, geht es in der Psychotherapie ganz wesentlich um subjektive Sinnzusammenhänge. Halten wir fest: Der »Gegenstand«, auf den sich Psychotherapie bezieht, ist nicht »Krankheit« wie in der Medizin, sondern der subjektiv leidende Mensch. Dieses subjektive Leid kann die Form einer »Krankheit« annehmen (wenn Lisa z. B. in dem Gefühl, nicht attraktiv genug zu sein, anorektisch wird), muss es aber nicht. Wenn Lisa freudlos und hadernd weiter isst, aber ihren Körper nicht akzeptiert und deshalb nicht mit Freunden schwimmen geht und jegliche sexuelle Annäherung aus Scham, sich nackt zeigen zu müssen, verweigert, ist dieses »Nicht-Bewältigen einer Entwicklungsaufgabe« eine ebenso zulässige Indikation für Psychotherapie.

Nicht die objektivierbare Krankheit, sondern das subjektive Leid ist damit der »Gegenstand« von Psychotherapie.

Wer diese Subjektivität als zu behebendes Defizit betrachtet, hat Psychotherapie oder psychotherapeutische Medizin grundlegend missverstanden. Die Auseinandersetzung mit subjektiven Sinnzusammenhängen und Bedeutungskonstruktionen, mit individuellen Erlebnisweisen und Motivationsdynamiken ist für die therapeutische Praxis konstitutiv. Professionalität besteht daher nicht primär darin, ein eigengesetzlich ablaufendes Krankheitsgeschehen zu erfassen, sondern die Person in ihrer Auseinandersetzung mit ihrem Gewordensein, ihren Ängsten, Schwierigkeiten, Sehnsüchten und Zielen zu unterstützen. Allerdings – bei Vorliegen einer im engeren

Sinne psychiatrischen Störung – beinhaltet professionelles Handeln natürlich auch die Berücksichtigung derselben. Nicht ärztliche PsychotherapeutInnen müssen zu einem Facharzt für Psychiatrie überweisen, PsychiaterInnen müssen gegebenenfalls pharmakologische und psychotherapeutische Maßnahmen kombinieren.

Im Kontext von Psychotherapie und Psychotherapeutischer Medizin braucht es häufig spezialisiertes »Störungswissen« (z. B. in Form von psychiatrischem Fachwissen), in jedem Fall braucht es aber eine angemessene Konzeptualisierung psychischer Prozesse sowie ein ausreichendes »Steuerungswissen«. Mit welcher therapeutischen Haltung, mit welchen Interventionen kann ich in welcher Praxissituation hilfreich agieren? Dazu gehören neben dem konkreten interventionellen Wissen (der Kenntnis einzelner Interventionen und ihrer sinnvollen Anwendung) auch »Metakompetenzen« wie die Wahrnehmung von Veränderungsmotivation (Wie schnell und wie grundlegend kann und will sich ein Klientensystem verändern?), Fähigkeiten zur differenzierten Beziehungsgestaltung (Wie viel Zustimmung und Bestärkung braucht ein Klient, wie viel Anregung oder Verstärkung verträgt er?) und vieles mehr.

2.1 Die Klassifikation psychischer Störungen

Die Klassifikation psychischer Störungen, wie sie von den modernen Diagnoseschemata vorgegeben werden, ist hingegen für psychotherapeutische Behandlungsprozesse nur bedingt hilfreich. Im Gegensatz zu weiten Bereichen der medizinischen Wissenschaft, die vorwiegend von ätiopathogenetischen Denkansätzen geleitet ist, beruht die Klassifikation psychischer Störungen weitgehend auf einer deskriptiven Beschreibung. Das heißt, die psychiatrischen Störungen werden anhand der beschreibbaren Symptome zu Syndromen geordnet und klassifiziert. Durch die Selbstbescheidung auf die beobachtbare Symptomebene und den Verzicht auf ätiologische Annahmen, die in der Diagnose enthalten sind (z. B. endogene versus neurotische Depression), wurde selbstverständlich die Reliabili-

tät psychiatrischer Diagnosen verbessert. Es ist, als würde man die Tierwelt nach Größe und Farbe und Zahl der Beine etc. ordnen – hinsichtlich dieser Kriterien wird eine reliable Beschreibung kein Problem sein. Die damit verbundene Hoffnung war aber eine andere: »Das DSM-III sollte damit einen vergleichbaren Rang einnehmen wie das Ordnungssystem von Carl Linné, der das Pflanzen- und Tierreich beschrieben und akkurat kategorisiert hat, was zu Darwins Evolutionstheorie führte, oder wie das von Mendelejew entwickelte Periodensystem der Elemente. Die Fachleute erhofften sich, dass eine klare Beschreibung eine schlüssige Erklärung ermöglichen würde.« (Frances 2017)

Frances lässt keinen Zweifel daran, dass sich diese Hoffnung nicht erfüllt hat: »Wir sollten das DSM-System oder das ICD-10-System als provisorisches heuristisches Instrument verstehen, wonach die aufgelisteten Störungen KlinikerInnen, die eine Bewertung vornehmen, Hilfestellung geben. Sie helfen bei der Prognose und bieten Leitlinien für die Behandlung. Aber sie beschreiben mit Sicherheit keine homogenen Krankheiten, die eine eindeutige Ursache haben, und sie werden am Ende auch mit Sicherheit nicht zu den einfachen Behandlungen führen, wie wir sie heute durchführen.«

Bei der Klassifikation von Krankheiten ist ein wesentlicher Unterschied zu den Klassifikationssystemen in den Naturwissenschaften zu beachten: Es werden keine Dinge der materiellen Welt geordnet, sodass keine Ordnung abgebildet werden kann, die die Natur hervorgebracht hat. Psychische Störungen sind modifizierbare Konstrukte, jedes Klassifikationssystem das vorläufige Ergebnis eines Expertenabstimmungsprozesses, was immer dann besonders deutlich wird, wenn die Diagnosekriterien bei der Neuauflage der Manuale verändert werden: Durch die willkürliche Festlegung der Zahl der notwendigen Kriterien kann die Grenze zwischen gesund und krank massiv verschoben werden.

Kritik an der deskriptiven Diagnostik ist weit verbreitet: Von neurowissenschaftlicher Seite wird argumentiert, dass eine rein syndromorientierte Klassifikation zwangsläufig zu einer fehlerhaften Nosiologie psychischer Krankheiten führt, da sie verschiedene Ursachen,

die in ähnlichen Syndromen resultieren, gleich klassifiziere. Dem entsprechend fordert auch das National Institute of Mental Health (NIMH) mit seiner Research Domain Criteria Initiative (RDoC), »die Klassifikation psychischer Störungen dem in der Medizin dominierenden kausalen Krankheitsbegriff stärker anzupassen und die zugrunde liegenden neurobiologischen Eigenschaften zu berücksichtigen. Nicht die Ähnlichkeit in den offensichtlichen oberflächlichen Eigenschaften (hier: den Symptomen einer Krankheit) sei entscheidend für eine Nosologie, sondern die Gleichheit oder Ähnlichkeit der zugrunde liegenden kausalen Mechanismen, die zu den offensichtlichen Eigenschaften führen.« (Walter und Müller 2015) Auch in anderen Bereichen der Medizin – so wird argumentiert – bestimmt nicht das Symptom (z. B. Fieber oder Ausschlag) die Diagnose, sondern der zugrunde liegende pathophysiologische Mechanismus.

Während das rein symptombasierte DSM- und ICD-System agnostisch bezüglich der Pathogenese psychischer Erkrankungen ist, hat die RDoC-Initiative das erklärte Ziel, biologisches Wissen über Risikofaktoren und Ursachen psychischer Krankheiten zu systematisieren. Die RDoC-Initiative wurde nicht als praktisch verwendbares, alternatives Diagnosemanual zum DSM-5 oder zum ICD-10/11 entwickelt, sondern soll der multidisziplinären Erforschung psychischer Störungen und der Entwicklung neuer, auf spezifischen Krankheitsmechanismen basierenden sowie individualisierten Therapiestrategien dienen (vgl. Walter 2017).

Viele psychiatrische Experten kritisieren den RDoC-Ansatz aufgrund begrifflicher Verwirrungen und seiner reduktionistischen Sicht auf das Mentale: So habe er keine konzeptuelle Validität, sei nicht in der Lage, aus sich heraus valide Krankheitsschwellen zu bestimmen, verwechsle Risikofaktoren für psychische Krankheiten mit den Krankheiten selbst und vernachlässige den Kontext psychischer Störungen sowie die Rolle von Bedeutung und Bewusstsein (zitiert nach Walter & Müller 2015). Diese Fokussierung auf die zugrunde liegenden neurobiologischen Mechanismen psychischer Störungen lässt auch keinen unmittelbaren Nutzen für die psychotherapeutische Behandlungsplanung erwarten.

Interessanter ist in diesem Zusammenhang die Entwicklung »transdiagnostischer« Behandlungsansätze in der Psychotherapie. Dieser Trend wird derzeit vor allem in der Verhaltenstherapie im Rahmen der Dritte-Welle-Ansätze aufgegriffen und stellt wohl eine Gegenbewegung zu der in den letzten Jahrzehnten auf die Spitze getriebenen Störungsorientierung dar. Grundlage dieser Entwicklung ist die Einsicht, dass verschiedenen psychischen Störungen ähnliche dysfunktionale psychische Prozesse zugrunde liegen können. Für die psychotherapeutische Behandlung liegt es daher nahe, auf diesen Phänomenbereich und nicht auf die Symptomebene »scharf zu stellen«. Behandelt wird dann nicht die Depression oder die Angststörung, sondern z.B. die Vermeidung unangenehmer Affekte, die übermäßige oder mangelnde Emotionsregulation, dysfunktionale Überzeugungen oder Verhaltensmuster. Diese Vorgehensweise deckt sich mit meinen Überlegungen, die im Kapitel Fallverständnis und emotionsbasierte Techniken weiter ausgeführt werden.

Die Nutzung der aktuellen Klassifikationssysteme psychischer Störungen ist nicht grundsätzlich problematisch, wenn wir uns ihrer Limitierungen bewusst sind. Wir müssen im Auge behalten, dass es komplexe biopsychosoziale Phänomene sind, die wir klassifizieren, dass es sich um jeweils vorläufige Ordnungen handelt, um modifizierbare Konstrukte, die jeweils das Ergebnis eines Expertenabstimmungsprozesses darstellen. Und wir müssen uns damit abfinden, dass die Störungsdiagnose nicht zwingend erhellend oder gar handlungsleitend für das Fallverständnis ist.

Psychologische bzw. psychopathologische Kompetenz realisiert sich im Kontext psychotherapeutischer Behandlungen als die Fähigkeit, problematische Muster psychischer Selbstorganisation differenziert zu erfassen und in ihrer Relevanz für die aktuellen Störungen einzuschätzen. Daraufbereiten weder eine typische systemische Therapieausbildung noch eine Facharztausbildung in Psychiatrie optimal vor. Durch die zunehmende Ausrichtung auf die moderne psychiatrische Diagnostik basiert das Störungsverständnis junger PsychiaterInnen, aber auch vieler klinischer PsychologInnen immer mehr auf »Sym-

ptomchecklisten«, eine differenzierte psychopathologische Beschreibung wird oft nicht mehr geleistet. Diese Pseudoobjektivierung psychischer Störungen ist auch mit einer reduzierten Aufmerksamkeit für psychische Verarbeitungsprozesse verbunden, es werden Symptome aufgezählt, statt sich für die spezifische Funktionsweise der Psyche im Austausch mit der äußeren Welt zu interessieren. Hier gilt es gegenzusteuern.