

# Depression

Es wird unterschieden in:

**Somatogene Depression:** organisch, symptomatisch bedingte Depression

**Endogene Depression:** bipolar (Wechsel zw. Depression und Manie), unipolar (nur Depression), Spätdepression (Depression als häufigste psych. Erkrankung bei über 65-Jährigen), insgesamt also anlagebedingte Depression

**Psychogene Depression:** Erschöpfungsdepression, neurotische Depression, reaktive Depression

**Zur Häufigkeit** depressiver Verstimmung: 5-10% der deutschen Bevölkerung leiden an einer behandlungsbedürftigen Depression. Etwa 50% der Betroffenen konsultieren, aus welchem Grund auch immer, keinen Arzt. Wiederum 50% der Depressionen werden vom Allgemeinarzt nicht erkannt. Das Risiko im Laufe des Lebens an einer Depression zu erkranken liegt bei 8-20%, wobei Frauen zweimal häufiger als Männer erkranken. Das durchschnittliche Ersterkrankungsalter liegt bei 35-40 Jahre. Entgegen dem subjektiven Empfinden der Betroffenen kann man bei der Depression fast von einer Volkskrankheit reden.

**Typische Depressionssymptome:** Hemmung des Antriebes und des Denkens, Grübelgedanken, Schlafstörungen, gedrückte Stimmung, Gefühl der Gefühllosigkeit, Libidoverlust, deutliche Gewichts Ab oder Zunahme, Angst, innere Unruhe, Wahnideen, Suizidalität, Entscheidungshemmung, Initiativlosigkeit. Depressive Menschen erleben ein hohes Stressniveau und leiden extrem, daher gibt es häufig ein nicht zu unterschätzendes Selbsttötungsrisiko.

**Therapeutisch** wird die Depression durch einen Facharzt möglicherweise medikamentös behandelt werden, insbesondere endogene Depressionen. Antidepressiva haben in der Regel eine hohe Wirksamkeit bei hinnehmbaren Nebenwirkungen und ohne Abhängigkeitspotential. Des weiteren ist eine therapeutische Begleitung des Betroffenen angezeigt. Je nach Schwere der Depression sind aufdeckende Therapieverfahren (Tiefenpsychologie) zu vermeiden, weil kontraproduktiv. Besser ist der **integrative therapeutische Ansatz**. In der Tiefe des depressiven Loches kommen körpernahe Verfahren wie Entspannungsübung, Bewegung jeder Art, ergotherapeutische und musiktherapeutische Verfahren zum Einsatz.

Auch dem Trost ist hier Raum zu geben. Unbedingt zu vermeiden sind Empfehlungen wie *stell dich nicht so an, reiss dich doch mal zusammen, etc.* Später ist an der Tagesstruktur und dem Selbstmanagement zu arbeiten, ergänzt durch Methodenschritte der kognitiven Verhaltenstherapie. Sport baut die bei einer Depression erhöhten Stresshormone ab. Wenn die akute Krise überwunden ist, kann aufdeckend gearbeitet werden, um, wenn möglich, Wiederholungen vermeiden zu können. Bei aller Schwere, die mit einer Depression einhergeht, besteht doch sehr häufig eine positive Prognose auf Besserung oder Heilung.

## **Wirkfaktoren**

Eine Vielzahl psychotherapeutischer Schulen und Systeme stehen in Konkurrenz zueinander. Manche haben einen beachtlichen Grad an Wirksamkeit. Andere wiederum, zum Teil populäre Psychotherapieschulen, können kaum für sich in Anspruch nehmen, nachweislich wirksam zu sein. Dass dieser Umstand innerhalb der psychotherapeutischen Szene für Ärger und Grabenkriege sorgt, ist nachvollziehbar.

Der Psychotherapieforscher Klaus Grawe hat in den 90er Jahren eine groß angelegte sog. Meta Studie zur Wirksamkeit von Psychotherapie veröffentlicht ("Von der Konfession zur Profession", Verlag Hogrefe). Seitdem ist eine Diskussion über die Wirksamkeit psychotherapeutischen Arbeitens völlig neuer Dimension in Gang gekommen. Unter anderem spricht Grawe von 4 Wirkfaktoren in der Psychotherapie, die ich nachfolgend aufliste. Diskussion erwünscht.

Zwischenzeitlich ist die Psychotherapieforschung wieder einige Schritte weiter. Man geht davon aus, dass es zu einem längst überfälligen Paradigmenwechsel kommen muss - weg von isolierten (sich isolierenden), oft auch veralteten Therapieschulen, hin zu einem Metamodell der Veränderung.

Die vier therapeutischen Wirkprinzipien

### **1. Ressourcenaktivierung**

Ein erster empirisch breit abgestützter Wirkfaktor ist der der Ressourcenaktivierung. Eine Fülle über die verschiedensten

Therapieformen und -settings verteilter Forschungsergebnisse weist darauf hin, dass man Menschen besonders gut helfen kann., indem man an ihre positiven Möglichkeiten, Eigenarten, Fähigkeiten und Motivationen anknüpft, indem man die Art der Hilfe so gestaltet, dass der Betroffene sich in der Therapie auch in seinen Stärken und positiven Seiten erfahren kann. Kognitive Therapie nach Beck, die vor allem die Veränderung kognitiver Verzerrungen anstrebt, wirkt z.B. besser bei Personen, die die Therapie schon mit geringeren kognitiven Verzerrungen beginnen. Interpersonale Therapie wirkt besser bei denen, die schon vor der Therapie die bessere soziale Anpassung haben (Elkin, 1994). Psychoanalytische Therapie wirkt besser bei Menschen, die die Therapie bereits mit einer hohen "Psychological mindness" beginnen (Horowitz, 1994). Man könnte versucht sein, solche Befunde so zu interpretieren, dass die einzelnen Therapiemethoden bei denen am besten wirken, die sie am wenigsten nötig haben. Eine funktional zutreffendere Interpretation solcher und vieler ähnlicher Befunde ist aber wohl die, dass die Therapien bei diesen Patienten deswegen so gut wirken, weil sie bereits vorhandene Ressourcen des Patienten für die therapeutischen Veränderungszwecke nutzen.

Unter die Ressourcenaktivierung fällt vieles von dem, was in der Psychotherapieliteratur mit dem Begriff "unspezifische Wirkfaktoren" bezeichnet wird. Das was mit unspezifischen Wirkfaktoren gemeint ist, die Erweckung von Erwartungen beim Patienten, dass der Therapeut ihm helfen kann und wird, die Herstellung eines plausiblen Erklärungsmodells für die Probleme des Patienten: "die" Motivation des Patienten, "die" gute Therapiebeziehung, tritt allerdings nicht wie von selbst ein, indem es durch die Therapiesituation quasi mitgegeben ist oder, wie etwa die Motivation, entweder vorhanden ist oder nicht. Es ist zwar empirisch belegt, dass all diese Aspekte als potentielle Ressourcen einen bedeutsamen positiven Einfluss auf das Therapieergebnis haben können, aber sie haben sie nur dann und in dem Ausmaß, in dem diese Ressourcen durch ein spezifisch auf die individuellen Möglichkeiten und Voraussetzungen des Patienten zugeschnittenes therapeutisches Angebot aktiviert und genutzt werden. Der Patient ist nicht entweder gut oder schlecht motiviert. Er lässt sich auf Vorgehensweisen, die gut mit seinen mitgebrachten Zielen, Eigenarten und Gewohnheiten übereinstimmen, bereitwilliger ein als auf solche, die ihn verunsichern, die ihn sich als unfähig erleben lassen oder die auf etwas anderes hinzielen, als er von sich aus eigentlich will. Die Frage, wozu der Patient von sich aus positiv motiviert ist und wofür er gute Voraussetzungen mitbringt, wobei er gut wird mitmachen können, sollte daher leitend sein für die Wahl und spezifische Gestaltung des

therapeutischen Angebotes, wenn man den Wirkfaktor der Ressourcenaktivierung gezielt nutzen will. Dies erfordert, dass ein guter Teil der psychotherapeutischen Diagnostik darauf ausgerichtet wird, die vom Patienten mitgebrachten Stärken, Eigenarten, Gewohnheiten, Fähigkeiten, Einstellungen und Ziele auszumachen, die für den Veränderungsprozess gezielt genutzt werden können. Tatsächlich ist die Diagnostik jedoch in der Regel ganz überwiegend darauf ausgerichtet, die Probleme und Defizite des Patienten ausfindig zu machen. Die empirische Befundlage weist mit großer Eindeutigkeit darauf hin, dass in dieser Hinsicht ein verbreitetes Umdenken erforderlich ist, wenn der Wirkfaktor der Ressourcenaktivierung einer empirisch belegten Bedeutung entsprechend genutzt werden soll.

Eine der wichtigsten Ressourcen, die für den therapeutischen Veränderungsprozess genutzt werden können und sollten, sind die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten. Für die "mitgebrachten" Beziehungen des Patienten, vor allem Partner und Familienangehörige, ist dies in dem Buch "Family Resources - The Hidden Partner in Family Therapy" von Karpel (1986) sehr differenziert ausgearbeitet worden. Leider werden die dort dargestellten therapeutischen Prinzipien bisher allenfalls im Umfeld der Familientherapie einigermaßen konsequent zu verwirklichen versucht. Von gleichrangiger Bedeutung ist der 'Ressourcenaspekt' aber auch für die mit der Therapiesituation neu entstehende(n) Beziehung(en). Für ein gutes Therapieergebnis spielt es nach hunderten von Forschungsbefunden eine sehr wichtige Rolle, in welchem Ausmaß der Patient seinen Therapeuten als ihn unterstützend, aufbauend, in seinem Selbstwert positiv bestätigend erlebt. Dabei kommt es vor allem darauf an in welchem Ausmaß die Person sich selbst als fähig zu einer guten Beziehung erleben kann. Die Bedeutung, die eine gelungene Aktivierung dieser wichtigen Ressource für das Therapieergebnis hat, ist unmittelbar einleuchtend: Wenn ein in seinem Selbstwert angeschlagener Mensch sich als Psychotherapiepatient nicht auf seine problematischen Seiten reduziert, sondern in seinen positiven Zielen und Fähigkeiten erkannt, bestätigt und unterstützt fühlt, dann erlebt er sich allein dadurch schon in veränderten Bedeutungen mit direkten positiven Auswirkungen auf sein Wohlbefinden, aber auch mit einer erhöhten Aufnahmebereitschaft für veränderungsorientierte therapeutische Interventionen.

Psychotherapeuten gegenüber die Wichtigkeit dieses Wirkprinzips zu betonen, könnte so aussehen, wie Eulen nach Athen zu tragen, denn wohl kaum einer würde die Wichtigkeit einer guten Therapiebeziehung

bestreiten. Ganz anders sieht es aber aus, wenn man reale Therapien auf die konkrete Verwirklichung des Prinzips der Ressourcenaktivierung hin analysiert. Nur selten nimmt die Mehrzahl von Therapeuten sich bietende Gelegenheiten wahr, den Patienten oder Familien oder Paare sich in seinen oder ihren positiven Seiten erleben zu lassen. In den meisten von uns bisher analysierter; Therapieprozessen von ganz unterschiedlichen Therapieformen ist das Prinzip der Ressourcenaktivierung eher missachtet als ausdrücklich gepflegt worden. Und auch in den Ausbildungsgängen der verschiedenen Therapierichtungen sucht man meist, glücklicherweise nicht immer, vergeblich nach Ausbildungsbestandteilen, bei denen ein Training in der Aktivierung positiver Ressourcen im Mittelpunkt tritt. In einer sich am empirischen Ergebnisstand orientierenden Psychotherapie müsste dieses Wirkprinzip in der Therapiepraxis, in den Ausbildungsgängen und in der Supervision eine stärkere ausdrückliche Aufmerksamkeit erfahren, als es gegenwärtig geschieht.

Eine optimale Nutzung des Wirkfaktors der Ressourcenaktivierung verlangt, dass der Therapeut sein therapeutisches Angebot ganz auf die Möglichkeiten und Eigenarten des Patienten abstellt. Dafür ist eine möglichst große Flexibilität und Variabilität im therapeutischen Repertoire erforderlich. Therapeuten, die ihr therapeutisches Angebot nur innerhalb der Grenzen einer bestimmten Therapieschule variieren können, sind in ihren Möglichkeiten zur Nutzung dieses Wirkfaktors stark eingeschränkt. Die optimale Nutzung dieses wichtigen therapeutischen Wirkfaktors erfordert Psychotherapeuten, die über die Begrenzungen der einzelnen Therapieschulen hinaus ausgebildet wurden und handeln können.

## **2. Problemaktualisierung**

Ein zweiter empirisch breit abgestützter Wirkfaktor kann zusammenfassend vielleicht am besten als "Problemaktualisierung" oder als "Prinzip der realen Erfahrung" definiert werden: Was verändert werden soll, muss in der Therapie real erlebt werden. Oder: "Reden ist Silber, real erfahren ist Gold". Auch dieser Wirkfaktor ist durch sehr viele Forschungsbefunde abgestützt.

Es gibt eine große Zahl von Hinweisen darauf, dass Probleme am besten in einem Setting behandelt werden können, in dem eben diese Probleme real erfahren werden: Generalisierte zwischenmenschliche Schwierigkeiten in einer Gruppentherapie; Paarprobleme unter Einbeziehung beider Partner; Probleme, an denen Familienangehörige maßgeblich beteiligt sind, unter

Einbezug der relevanten Familienmitglieder, Schwierigkeiten in ganz bestimmten Situationen wie Waschwänge, Platzangst usw. durch Aufsuchen dieser Situationen; usw. Manche Beziehungsprobleme können auch im Rahmen einer Einzeltherapie in der Beziehung zum Therapeuten real erfahren und behandelt werden. Dafür ist der Begriff der Übertragung geprägt worden. Übertragung ist jedoch nur ein Spezialfall eines allgemeineren Prinzips: Die problematischen Bedeutungen, die das Leiden des Patienten ausmachen, können dann am wirksamsten verändert werden, wenn diese Bedeutungen in der Therapie real zum Erleben gebracht werden.

Herbeigeführt wird die Veränderung erlebter Bedeutungen durch das reale Erleben von Bedeutungsveränderungen im Therapieprozess. Die Annahme, dass es für eine erfolgreiche Veränderung darauf ankommt, dass der Betroffene tatsächlich erlebt, worum es geht, stellt ein zentrales Element fast aller therapeutischen Konzeptionen dar. Große Unterschiede bestehen nur darin, wie sie diese Prozess Erfahrung herbeizuführen versuchen. Wenn sich in der psychoanalytischen Therapie beim Patienten eine Übertragungsneurose entwickeln soll, um sie dann durcharbeiten zu können, dann heißt dies nichts anderes, als dass die als zentral angenommenen Problemstrukturen zum Erleben gebracht und dann durch das reale Erleben veränderter Bedeutungen in der Therapiebeziehung dauerhaft verändert werden sollen. In der Gestalttherapie sind eine ganze Reihe von Techniken entwickelt worden, die das reale Erleben problematischer Bedeutungen über den verbalen Dialog hinaus fördern sollen. Im Experiencing-Konzept von Gendlin (1961) wird die therapeutische Fruchtbarkeit des Dialogs zwischen Patient und Therapeut explizit danach bemessen, inwieweit der Patient die verbal behandelten Bedeutungen in diesem Moment gefühlsmäßig tatsächlich erlebt. Das Psychodrama ist ganz hauptsächlich darauf ausgerichtet, problematische Beziehungskonstellationen erlebnismäßig zu reaktualisieren. In Familien- und Paartherapien werden durch die reale Anwesenheit der relevanten Bezugspersonen und durch die gezielte Provokation der problematischen Beziehungsabläufe die problemrelevanten Beziehungsschemata der Beteiligten aktiviert und zum realen Erleben gebracht. Indem ein Therapeut mit einem Agoraphobiker das Menschengedränge in einem Kaufhaus aufsucht, bringt er die problemrelevanten Bedeutungen "Ich kann das nicht, ich halt das nicht aus, ich muss hier raus" zum vollen Erleben. All dies sind Inszenierungen für das reale Erleben problemrelevanter Bedeutungen mit dem Ziel, dem Betroffenen neue, veränderte Bedeutungen real erleben zu lassen: Davon, vom realen Erleben

veränderter Bedeutungen, erwarten die meisten Therapiekonzeptionen in erster Linie das Eintreten therapeutischer Wirkungen.

Die Ergebnisse der Therapieforschung unterstützen diese Wirkannahme, aber sie zeigen, dass es viel mehr Möglichkeiten zur Herbeiführung solcher Erfahrungen gibt, als innerhalb der einzelnen Therapieformen wahrgenommen werden. Liegt es nicht nahe anzunehmen, dass ein bestimmtes Problem auf ganz verschiedene Arten real erfahrbar gemacht werden kann und dass für verschiedene Arten von Problemen und Patienten bestimmte Arten solcher Problemaktualisierungen nützlicher sind als andere? Und wäre dann nicht zu fordern, dass ein Therapeut möglichst ganz verschiedene Arten der Problemaktualisierung beherrschen lernen sollte, damit er sie möglichst gut auf die Problemeigenarten und die situativen Bedingungen des einzelnen Patienten zuschneiden kann? Auch unter dem Gesichtspunkt der Problemaktualisierung erweisen sich die Grenzen zwischen den verschiedenen Therapieformen als schädlich, denn sie behindern die Therapeuten darin, das ganze Spektrum der eigentlich vorhandenen therapeutischen Möglichkeiten wahrzunehmen. Die Aufforderung zur optimalen Nutzung dieses Wirkfaktors führt daher zur selben Schlussfolgerung, zu der wir schon beim Wirkfaktor der Ressourcenaktivierung kamen: Psychotherapeuten sollten über die Grenzen der einzelnen Therapieschulen hinaus ausgebildet werden und handeln.

### **3. Aktive Hilfe zur Problembewältigung**

Ein drittes, und wohl das durch die größte Anzahl an Forschungsbefunden abgestützte Wirkprinzip ist "Aktive Hilfe zur Problembewältigung". Damit ist gemeint, dass der Therapeut den Patienten mit geeigneten Maßnahmen aktiv darin unterstützt, mit einem bestimmten Problem besser fertig zu werden. Dieses Wirkprinzip kommt in sehr vielen und ganz verschiedenen therapeutischen Vorgehensweisen zum Zuge: Im Selbstsicherheitstraining mit gehemmten Patienten, bei der Reizkonfrontation mit Agoraphobikern, beim Streßbewältigungstraining nach Meichenbaum, bei der Sexualtherapie nach Masters und Johnson, bei der Anwendung von Entspannungsverfahren oder Hypnose auf Schmerzzustände, bei der interpersonalen Depressionstherapie nach Klerman und Weissmann, beim Kommunikations- und Problemlösestraining mit Paaren, bei den meisten familientherapeutischen Interventionen, um nur einige der bekannteren Verfahren zu nennen, denen dieses Wirkprinzip gemein ist. Viele dieser Verfahren wurden ursprünglich innerhalb der Verhaltenstherapie entwickelt. Aber etliche Verfahren, bei denen dieses Wirkprinzip ganz

zentral ist, haben einen theoretischen Hintergrund, der absolut nichts mit der Verhaltenstherapie zu tun hat, wie etwa der interpersonale Ansatz von Klerman und Weissman, Familientherapie nach Haley oder Minuchin oder Hypnotherapie nach Erickson. Gemeinsam ist diesen Verfahren, dass sie das, was der Patient als sein Problem erlebt, als solches ernst nehmen und mit bereichsspezifischen Maßnahmen, die sich für die Bewältigung dieser Probleme bewährt haben, dem Patienten helfen, eben diese Schwierigkeiten zu Überwinden oder besser damit fertig zu werden. Die Maßnahmen, mit denen dieses Wirkprinzip realisiert werden kann, können sich je nach Problembereich sehr unterscheiden. Sie machen sich bereichsspezifische Eigenarten des psychischen und physiologischen Funktionierens zunutze, die die Grundlage dafür sind, dass es schließlich zu der Problembewältigung kommt.

Für die therapeutische Wirkung ist entscheidend, dass der Patient die reale Erfahrung macht, besser im Sinne seiner Ziele mit der betreffenden Situation zurechtzukommen. Wie dies am besten erreicht werden kann, hängt von der spezifischen Problematik und den situativen Umständen ab. Hier sollte der Therapeut ein reichhaltiges problem- und situationsspezifisches Erfahrungswissen einbringen können, um Patienten mit unterschiedlichen Problemen und Voraussetzungen zu der Erfahrung verhelfen zu können, dass sie besser als vorher mit bestimmten Schwierigkeiten fertig werden können.

Wenn ein Therapeut die Problematik seines Patienten unter der Perspektive dieses Wirkprinzips betrachtet, dann sieht er sie unter der Perspektive des Könnens versus Nichtkönnens. Er betrachtet den Zustand oder das Problem des Patienten als ein echtes Nicht-anders-können, ohne diesem Nichtkönnen irgendwelche anderen Bedeutungen zu unterstellen. Die insgesamt ausgezeichnete Wirksamkeit, die für ganz verschiedene therapeutische Vorgehensweisen festgestellt wurden, die als unterschiedliche Realisierungen dieses Wirkprinzips betrachtet werden können, spricht dafür, dass es viel häufiger, als es in der Psychotherapieliteratur geschieht, angemessen ist, psychische Störungen und Probleme einfach als ein Nicht-anders-können zu betrachten und die therapeutische Hilfe darauf auszurichten, dem Patienten aktiv dabei zu helfen, die Zustände, Schwierigkeiten, Probleme, die den unmittelbaren Gegenstand seines Leidens ausmachen, besser zu bewältigen. Im folgenden werde ich diese Perspektive auf die Probleme eines Patienten kurz als "Bewältigungsperspektive" bezeichnen.

#### **4. Therapeutische Klärung**

Die bisher aufgeführten Wirkprinzipien reichen noch nicht aus, um die objektiv festgestellten Wirkungen therapeutischer Vorgehensweisen befriedigend zu erklären. Es gibt therapeutische Vorgehensweisen, die gerade das nicht tun, was ich zuvor als aktive Hilfe zur Problembewältigung beschrieben habe, und die trotzdem gute therapeutische Wirkungen erzielen. Ein prototypisches Beispiel dafür ist die nicht-direktive Gesprächspsychotherapie im Sinne von Rogers. Selbst diese Art von traditioneller Gesprächspsychotherapie, die von den meisten Gesprächspsychotherapeuten heute selbst als zu eingeschränkt angesehen wird, bewirkt nachweislich bedeutsame Symptomveränderungen, Befindlichkeitsverbesserungen, Persönlichkeitsveränderungen und positive Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich bei Patienten mit ganz unterschiedlichen Störungen (Grawe, Donati und Bernauer, 1994). Diese Wirkungen treten ein, obwohl der Therapeut es geradezu vermeidet, dem Patienten mit spezifischen Maßnahmen aktiv bei der Überwindung konkreter Schwierigkeiten zu helfen. Es sollte daher zumindest ein weiteres wichtiges Wirkprinzip geben, das durch Vorgehensweisen wie die gesprächspsychotherapeutische realisiert wird, denn die Wirkprinzipien der Ressourcenaktivierung und Problemaktualisierung geben allein keine plausible Erklärung für die festgestellten positiven Therapieeffekte. Ich werde dieses Wirkprinzip nachfolgend als therapeutische Klärung oder Klärungsarbeit bezeichnen. Unter der Klärungsperspektive geht es darum, dass der Therapeut dem Patienten dabei hilft, sich über die Bedeutungen seines Erlebens und Verhaltens im Hinblick auf seine bewussten und unbewussten Ziele und Werte klarer zu werden. Es geht hier nach Sachse (1992) um die Explikation impliziter Bedeutungen. Der Zustand und die Lebenssituation des Patienten werden hierbei nicht unter der Perspektive des Könnens oder Nichtkönnens, sondern hauptsächlich unter dem motivationalen Aspekt betrachtet. Warum empfindet, warum verhält sich der Patient so und nicht anders?

Diesem Wirkprinzip können wieder sehr viele verschiedene therapeutische Vorgehensweisen zugeordnet werden. Die klassische Gesprächspsychotherapie wurde hier nur als ein prototypischer Gegensatz zur therapeutischen Bewältigungsarbeit besonders herausgestellt. Auch Techniken der Gestalttherapie und der verschiedenen psychodynamischen Therapieformen können als Versionen der Verwirklichung dieses Wirkprinzips angesehen werden. Und natürlich gilt dies im besonderen

Masse für die psychoanalytische Therapie. Für sie gibt es eine ganze Reihe empirischer Hinweise, dass das Erzielen relevanter Einsichten mit einer bedeutsamen Rolle für das Eintreten positiver Therapieeffekte spielt.

Die Explikation von Bedeutungen unter dem motivationalen Aspekt, das Sich über sich selber klarer werden, das Sich besser annehmen können, stellt nicht nur einen empirisch nachgewiesenen therapeutischen Wirkfaktor, sondern auch ein therapeutisches Ziel von eigenem Wert dar. Viele Menschen suchen gerade dies und keine aktive Hilfe zur Bewältigung konkreter Probleme in einer Psychotherapie.

Tatsächlich wäre es naheliegend, die hier herausgearbeitete Unterscheidung der beiden zuletzt aufgeführten therapeutischen Wirkprinzipien und Zielsetzungen zur Grundlage einer differentiellen Indikationsstellung zu machen. Ob ein Patient eher bewältigungs- oder eher klärungsmotiviert ist, könnte zur Grundlage einer Zuweisung zu einem eher bewältigungsorientierten oder einem eher klärungsorientierten therapeutischen Vorgehen gemacht werden.

Es stellt sich jedoch die Frage, ob man der Mehrzahl der Patienten mit einem solchen Entweder-Oder wirklich gerecht würde. Ist es wirklich vernünftig anzunehmen, dass für die einen Patienten ihre Problemlage mit dem Aspekt des Könnens vs. Nichtkönnens und für die anderen Patienten mit der Frage nach den motivationalen Bedeutungen vollständig und angemessen erfasst wird? Ist es nicht viel wahrscheinlicher, dass für die meisten Menschen beide Aspekte wichtig sind, auch dann, wenn sie in eine Lebenslage kommen, in der sie alleine nicht mehr weiterwissen? Sind das Können und das Wollen, Kompetenz- und Motivationsaspekt, nicht vielmehr zwei einander ergänzende Perspektiven, die erst zusammen ein einigermaßen vollständiges Verständnis dessen ermöglichen, was ein Mensch tut und erlebt? Therapiekonzepte, die den einen oder anderen Aspekt ausklammern, scheinen mir unvermeidbar reduktionistische Menschenbilder zu beinhalten.

Wenn "einsichtsorientierte" und "übende" Verfahren, "aufdeckende" und "zudeckende" Therapie als Alternativen einander gegenübergestellt werden, wie es bisher verbreitet geschieht, dann wird zum Entweder-Oder gemacht, was eigentlich ein Sowohl-als-auch sein musste. Die Abgrenzungen zwischen den Therapieschulen führen dazu, dass die Probleme der einen Patienten, nämlich derjenigen, die in eine psychodynamische oder humanistische Therapie kommen, einseitig unter

dem motivationalen Aspekt betrachtet und behandelt werden, und diejenigen der anderen, die in eine Verhaltenstherapie oder eine anderen bewältigungsorientierte Therapie kommen, einseitig unter dem Kompetenzaspekt.

Diese Trennung der beiden Aspekte liegt eigentlich nicht in der Sache begründet, sondern ist eine Auswirkung der mangelhaften Reichweite der zugrunde liegenden therapeutischen Ursprungstheorien. Wenn man sich von diesen theoretischen Prämissen einmal freimacht, liegt ein Sowohl-als-auch von Kompetenz- und Motivationsaspekt eigentlich näher als ein Entweder- Oder. Therapeuten, die je nach Sachlage beide Perspektiven einnehmen und miteinander kombinieren können, werden der Verschiedenartigkeit therapeutischer Problemstellungen sicher besser gerecht als Therapeuten, die sich jeweils nur für Klärungsarbeit oder nur für Bewältigungsarbeit zuständig fühlen. Dies gilt nicht nur für die Indikationsstellung, sondern für den ganzen Therapieprozess. Therapie muß nicht entweder klärungs- oder bewältigungsorientiert sein. Klärungs- und bewältigungsorientierte Phasen können sich mit großem Nutzen für den Patienten gegenseitig abwechseln, einander vorbereiten und ineinander übergehen.

Auszug aus Diplomarbeit 2006 an der Evang. Fachhochschule Bochum:2010