



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Martin Sack

Individualisierte Psychotherapie

Ein methodenübergreifendes
Behandlungskonzept

Prof. Dr. med. Martin Sack

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Klinikum rechts der Isar

Langerstr. 3

81675 München

m.sack@tum.de

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.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2019 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Umschlagabbildung: August Macke: Dame in grüner Jacke

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

Lektorat: Mihrican Özdem

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

ISBN 978-3-608-43192-6

Auch als E-Book erhältlich

Vorwort

Individualisierte Psychotherapie ist eine praxisorientierte Methode zur Diagnostik, Therapieplanung und Steuerung der Behandlung mit dem Ziel, diese dem individuellen Bedarf und der persönlichen Situation der Patienten anzupassen.

Eigentlich sollte es selbstverständlich sein, dass in psychotherapeutischen Behandlungen individuelle Behandlungserfordernisse diagnostisch geklärt werden und in die Planung und Durchführung der Therapie eingehen. Tatsächlich wird Psychotherapie jedoch zunehmend – einem medizinischen Behandlungsmodell folgend – als standardisierte, auf gezielte Reduktion von Beschwerden ausgerichtete Intervention verstanden, analog etwa der Verordnung von Medikamenten mit einer definierten Zielsetzung und Wirksamkeit.

Aktuell gelten störungsorientierte und empirisch nachweislich wirksame Therapiemethoden als Goldstandard der psychotherapeutischen Behandlung. Die von den medizinischen und psychotherapeutischen Fachgesellschaften erarbeiteten Behandlungsleitlinien spiegeln die Ausrichtung an störungsorientierten Methoden wider. So sollte beispielsweise ein Patient mit einer Persönlichkeitsstörung eine speziell auf das Störungsbild ausgerichtete psychotherapeutische Behandlung erhalten, da diese nach den Kriterien der empirischen Evidenz als am besten wirksam eingeschätzt wird. Als evidenzbasierte, störungsspezifische Therapie käme dann beispielsweise eine Behandlung mit Dialektisch Behavioraler Therapie (DBT) auf Grundlage eines standardisierten Behandlungsmanuals infrage. Allerdings gibt es nicht nur eine, sondern neben der DBT drei weitere, von den Fachgesellschaften gleichrangig als wirksam empfohlene störungsspezifische Therapien zur Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Diese sind die Übertragungsfokussierte Therapie (TFP), die Mentalisierungs-basierte Therapie (MBT) und die Schematherapie (Renneberg et al. 2010).

Welche störungsorientierte Therapie ist nun am besten wirksam und sollte eingesetzt werden? Macht es überhaupt Sinn, so zu fragen? Die Ergebnisse von Therapiestudien erlauben ja keine Aussage darüber, ob die Behandlung auch im individuellen Fall wirksam sein wird, und sind daher nicht einfach auf die Behandlungsplanung einzelner Patienten zu übertragen. Wäre es nicht sinnvoller zu überlegen, welche individuellen Behandlungserfordernisse im Einzelfall vorliegen und welche spezifische Zielsetzung sich daraus für die Therapie ergeben? Zudem sind bei der Wahl von Behandlungsmethoden auch Vorlieben des Patienten und das vorhandene Therapieangebot mit zu berücksichtigen.

Entgegen einer häufig vertretenen Auffassung haben manualisierte Therapien keine bessere Wirksamkeit als Behandlungen, die nicht einem festen Standard folgen (Truijens et al. 2019). In einer umfassenden Auswertung von Studien zu Wirkfaktoren von Psychotherapie kommen Norcross und Wampoldt (2011) zu der Empfehlung, die Behandlung an individuelle Behandlungsbedürfnisse anzupassen, um die Wirksamkeit von Psychotherapie zu verbessern. Zudem gibt es

erste Hinweise darauf, dass individualisierte Behandlungen auch im klinischen Einsatz besser wirksam sind (Weisz et al. 2012).

Viele Psychotherapeuten setzen Methoden und Techniken flexibel und auf die individuellen Behandlungserfordernisse ihrer Patienten zugeschnitten ein. Die Anpassung der Therapie an die Bedürfnisse der einzelnen Person geschieht allerdings meist erfahrungsgelenkt und intuitiv. Eine detaillierte Beschreibung einer Methode zur Individualisierung von Psychotherapien, die das gesamte Spektrum an Therapieverfahren und Methoden einbezieht, war bisher nicht verfügbar. Diese Lücke zu schließen, ist Anliegen des vorliegenden Buches.

Individualisierte Psychotherapie ist ein Therapieschulen und Therapiemethoden übergreifendes Modell von Psychotherapie. In ähnlicher Absicht hat der Psychotherapieforscher Klaus Grawe in drei voluminösen Büchern (Grawe 1998; 2004; Grawe et al. 1997; Grawe 2004; 2007) eine »Allgemeine Psychotherapie« beschrieben. Hierfür hat Grawe die vorhandenen Studien zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungen einer sehr umfassenden Metanalyse unterzogen. Aufgrund der empirischen Analyse der vorhandenen Daten gelang es, fünf grundlegende Wirkfaktoren der Psychotherapie herauszuarbeiten: therapeutische Beziehung, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, motivationale Klärung und das Erarbeiten einer Bewältigungsperspektive.

Grawes Allgemeine Psychotherapie hat sich, trotz vieler Vorzüge, nicht als ein für alle Psychotherapien verbindliches und schulenübergreifendes Therapiemodell durchsetzen können. Dies mag zum Teil daran liegen, dass behandlungspraktische Aspekte konzeptuell nur wenig berücksichtigt wurden. Grundsätzlich betrachtet ist es allerdings problematisch, Psychotherapie primär aus einer empirisch-wissenschaftlichen Perspektive zu begründen. Empirisch kausale Zusammenhänge und daraus abgeleitete allgemeine Aussagen lassen sich, wie schon gesagt, nicht direkt auf den einzelnen Behandlungsfall übersetzen. Hinzu kommt, dass bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Probleme in der Regel eine Vielzahl ursächlich bedingender Faktoren eine Rolle spielen und damit ein vereinfachender und objektivierender Zugang an Grenzen stößt.

Das Konzept einer Individualisierten Psychotherapie beschreibt einen anderen Ansatz und geht von der praktischen Anwendung von Psychotherapie aus. Eine Klärung der für die Planung einer Psychotherapie relevanten Bedingungen macht schnell deutlich, dass sowohl ein objektivierender Zugang zur Problematik der Patienten als auch Methoden zur Klärung subjektiver und individueller Bedingungen des Krankseins erforderlich sind. Ein von der Praxis ausgehendes Modell einer »allgemeinen« Psychotherapie muss insbesondere auch beschreiben können, wie subjektives Erleben und individuelle Erfordernisse diagnostisch erkannt werden können und in einen Behandlungsplan integriert werden können, der gleichzeitig die fachlich notwendigen und störungsbezogenen Zielsetzungen berücksichtigt.

Anliegen dieses Buches ist es, die gesamte Vielfalt der Psychotherapie mit ihrem Reichtum an theoretischen Perspektiven, Methoden und Techniken im Rahmen eines übergreifenden Behandlungsmodells einzubeziehen, wobei der individuelle Behandlungsbedarf und die grundlegenden Zielsetzungen der The-

rapie richtungsweisend im Vordergrund stehen. Eine solche Vorgehensweise lässt sich als methodenübergreifend bezeichnen, ausdrücklich jedoch nicht als eklektisch (d. h. aus Vorhandenem einfach auswählend) und auch nicht als integrativ (Vermischung von Methoden).

Die Entstehung dieses Buches wurde in ganz besonderer Weise durch ein Fellowship am Wissenschaftskolleg zu Berlin im Jahr 2014/15 gefördert. Der Aufenthalt am Wissenschaftskolleg hat mir ermöglicht, mich noch einmal intensiv mit der Fachliteratur zu Grundlagen der Psychotherapie auseinanderzusetzen und eine Erweiterung meiner fachlichen Perspektive durch lebendigen und intensiven Austausch mit Wissenschaftlern verschiedenster Fachdisziplinen zu gewinnen.

Mein herzlicher Dank gilt allen Kollegen der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München, die die Entwicklung des Konzepts der Individualisierten Psychotherapie interessiert und ausgesprochen wohlwollend begleitet haben. Es war ausgesprochen hilfreich, Konzepte und Modelle direkt in der Patientenbehandlung anwenden zu können und im Team gemeinsam darüber zu reflektieren. Thomas Hensel danke ich in freundschaftlicher Verbundenheit für viele Gelegenheiten zur gemeinsamen Diskussion über eine an der Behandlung von Stressoren orientierten Psychotherapie. Eckhart Frick half mit wertvollen Hinweisen zur Präzisierung von Begriffen. Andreas Dally danke ich für die anregende Diskussion zum Thema Behandlungsfehler.

Wulf Bertram hat als Verlagsleiter das Buchprojekt begleitet und ermutigend unterstützt. Dank gilt auch Nadja Urbani und Mihrican Özdem für die kompetente Organisation und das Lektorat des Manuskripts.

Ganz besonders möchte ich mich bei Barbara Gromes, meiner Frau, bedanken, für ihren kritischen und immer klugen Rat, sowie für Geduld und Nachsicht, wenn ich innerlich oder äußerlich »im Buch« verschwunden war.

Die vertiefte Beschäftigung mit verschiedenen ätiologischen Perspektiven, grundlegenden therapeutischen Zielsetzungen und Fragen der Behandlungsplanung führt fast zwangsläufig zu einer Metatheorie, d. h. zu einer grundsätzlichen und damit relativ abstrakten Betrachtung. Ich hoffe, dass es dennoch gelungen ist, in diesem Buch durchgängig den Bezug zur konkreten Umsetzung in die therapeutische Praxis herzustellen. Viel wichtiger als die »richtige« Theorie ist der praktische Nutzen dieses Buches und die Anwendbarkeit für die Praxis. Aber bekanntlich gibt es ja nichts Praktischeres als eine gute Theorie.

München im Frühjahr 2019

Martin Sack

Anmerkung: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die jeweilige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beiderlei Geschlecht.

Inhalt

1	Warum Individualisierung notwendig ist	1
1.1	Standardisierte Therapien genügen individuellen Bedürfnissen nicht . . .	2
1.2	Erweiterung des medizinischen Behandlungsmodells	2
1.3	Zuwendung zum individuellen Leid	7
1.4	Therapeutische Kulturen	12
2	Gesundungs- und Heilungsprozesse in der Psychotherapie	18
2.1	Heilung als Ziel psychotherapeutischer Behandlung	19
2.2	Wie kann man jemandem helfen, sich zu verändern?	21
2.3	Psychotherapie – eine komplexe Lernerfahrung	27
2.4	Idealtypische Behandlungsschritte einer Psychotherapie	36
3	Krankheitsmodelle und Krankheitsursachen	46
3.1	Distress als Erklärungsmodell	47
3.2	Das biopsychosoziale Modell	54
3.3	Ursachenmodelle der Therapieschulen	55
4	Therapiebezogene Diagnostik	65
4.1	Befund und Befinden	66
4.2	Diagnostische Haltung	70
4.3	Methoden der Diagnostik	76
4.4	Erweiterte therapiebezogene Diagnostik	80
5	Von der Diagnose zum Therapieziel	92
5.1	Integrieren der diagnostischen Information	92
5.2	Priorisieren von Behandlungserfordernissen	99
5.3	Therapieziele vereinbaren	102
6	Vom Therapieziel zur Behandlungsmethode	107
6.1	Ein methodenübergreifendes Behandlungskonzept	108
6.2	Methodenwahl bei der individuellen Therapieplanung	128
6.3	Therapieprozesse steuern	137

7 Individuelle Problemlösungen in schwierigen Therapiesituationen ..	142
7.1 Typische Behandlungsprobleme	143
7.2 Krisen: eine Aufforderung zur Interaktion	149
7.3 Umgang mit Fehlern	156
8 Psychotherapie als Profession	163
8.1 Therapeutische Haltungen	163
8.2 Asymmetrische Beziehungen gestalten	168
8.3 Handwerkliche Aspekte von Psychotherapie	172
Literatur	177
Sachverzeichnis	185

1 Warum Individualisierung notwendig ist

Inhalt

1.1	Standardisierte Therapien genügen individuellen Bedürfnissen nicht	2
1.2	Erweiterung des medizinischen Behandlungsmodells	2
	Kritik am medizinischen Modell	3
	Objektivieren und Subjektivieren – beides ist erforderlich	4
	Einführung des Subjekts in die Medizin	6
1.3	Zuwendung zum individuellen Leid	7
	Leid will gesehen werden	7
	Unterschiedliche Formen des Leidens	9
	Was wäre produktives Leiden?	11
1.4	Therapeutische Kulturen	12
	»Alternative« psychotherapeutische Methoden	13
	Störungsorientierung und Prozessorientierung	13

Wenn Sie eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen müssten, worauf würden Sie Wert legen? Vermutlich würden Sie sich wünschen, als Person mit eigener Meinung und individuellen Bedürfnissen wahrgenommen und respektiert zu werden. Wahrscheinlich wäre Ihnen auch daran gelegen, dass Sie selbstbestimmt und in ihrem eigenen Tempo über die notwendigen Veränderungsschritte zur Bewältigung Ihrer Problematik entscheiden können, selbst wenn dies etwas länger dauern sollte. Und sicherlich würden Sie sich wünschen, dass die Behandlung an Ihren individuellen Bedürfnissen ausgerichtet wird und dass die zur Anwendung kommenden therapeutischen Methoden und die jeweilige Zielsetzung transparent mit Ihnen abgesprochen werden.

Gegenwärtig werden psychotherapeutische Behandlungen bevorzugt an Störungsbildern ausgerichtet sowie an Behandlungsstandards orientiert, denen empirisches Wissen über die bei bestimmten Diagnosen wirksamen Behandlungen zugrunde liegt. Zumindest entspricht dies den Empfehlungen der nationalen und internationalen Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. Merkmale der störungsorientierten Therapie sind eine klare Zielorientierung und der Einsatz von Behandlungsmethoden, die in ihrer Wirksamkeit überprüft und nachweislich effektiv sind.

1.1 Standardisierte Therapien genügen individuellen Bedürfnissen nicht

Standardisierte Behandlungsschemata können den individuellen Gegebenheiten und Notwendigkeiten der Behandlung allerdings nicht immer ausreichend gerecht werden. Psychischen und psychosomatischen Erkrankungen liegen bei ähnlicher Symptomatik oft sehr unterschiedliche Ursachen zugrunde, und es sind immer auch symptomauslösende oder aufrechterhaltende Bedingungen zu berücksichtigen, die in der Person des Betroffenen oder im jeweiligen sozialen Umfeld liegen können. Daher ist es notwendig, die Orientierung an Symptomen und Krankheitsbildern um einen weiteren methodischen Zugang zur Behandlungsplanung zu ergänzen, der es erlaubt, individuelle Behandlungserfordernisse zu erkennen und die Behandlung entsprechend anzupassen.

Individualisieren meint, das mit der Symptomatik deutlich werdende und zutage tretende subjektive Erleben von Not und Leid in den Blick zu nehmen und davon ausgehend gemeinsam mit dem Patienten die Ziele und Erfordernisse der Behandlung zu klären.

Die Wahl der therapeutischen Methoden richtet sich dann nach der individuellen Zielsetzung und den im Einzelfall festzustellenden Bedarf, aber nicht schematisch nach den Vorgaben einer evidenzbasierten Leitlinie oder nach den traditionellen Konzepten eines bestimmten Therapieverfahrens.

In diesem Sinne ist Individualisierte Psychotherapie eine praxisorientierte, an den Behandlungsbedürfnissen des jeweiligen Patienten orientierte Vorgehensweise, die von vielen erfahrenen Psychotherapeuten unterschiedlicher therapeutischer Ausrichtungen praktiziert wird: Der Therapeut lässt sich bei der Planung der Behandlung von der Frage leiten, welche therapeutischen Schritte notwendig sind, um einen bestimmten Patienten in seiner jeweiligen Lebenssituation am besten fördern und unterstützen zu können.

Individualisierung bedeutet in diesem Kontext explizit nicht, dass die Vereinzelung von Menschen gefördert oder das Loslösen aus einem sozialen oder kulturellen Kontext betrieben werden sollte, wie manchmal die Verwendung des Begriffs kritisierend vorgebracht wird. Individualisierung bezieht sich auf die persönlichen Besonderheiten des einzelnen Patienten und dessen Lebenssituation einschließlich der sozialen Einbindung; es berücksichtigt die vorliegenden störungsspezifischen und entwicklungsbezogenen Behandlungserfordernisse bei der Therapieplanung.

1.2 Erweiterung des medizinischen Behandlungsmodells

Die Ursprünge der modernen Psychotherapie reichen in die Zeit der Aufklärung und Romantik zurück und sind eng mit der zunehmenden Fokussierung auf das einzelne Individuum und dessen Selbstverwirklichung verbunden. Dabei beste-

hen historische sowie inhaltliche Parallelen zur Entwicklung der Psychologie und der Pädagogik als wissenschaftliche Fachdisziplinen.

Die Entwicklung der Psychotherapie ist durch eine erfolgreiche Integration in die Medizin und durch fortschreitende Professionalisierung und Spezialisierung gekennzeichnet. Psychotherapie im Kontext von Krankenbehandlung basiert auf einer medizinischen Problemdefinition und geschieht in einem professionell-therapeutischen Behandlungskontext. Kennzeichnend hierfür sind eine klassifizierende und objektivierende Diagnostik und der zielgerichtete Einsatz von Behandlungsmethoden.

Es gibt gute Gründe, psychische und psychosomatische Probleme als medizinische Symptome und als zu behandelnde Krankheit zu betrachten. Zum einen wird hierdurch individuelles Leiden gesellschaftlich anerkannt, sodass Anspruch auf Hilfe durch Krankschreibung und medizinische Behandlung geltend gemacht werden kann. Zum anderen bedeutet es Entlastung von eigener Schuld und Verantwortung, wenn psychische Probleme – etwa im Rahmen einer Suchterkrankung – als Ausdruck eines behandelbaren psychischen Leidens definiert werden. Dadurch wird es leichter, professionelle Hilfe anzunehmen. Auch dem Erleben von Stigmatisierung und Ausgrenzung wird entgegengewirkt, wenn Lebensprobleme als Krankheit verstanden werden, die im Prinzip jeden treffen können.

Kritik am medizinischen Modell

Psychische und psychosomatische Erkrankungen werden nie durch eine alleinige Ursache ausgelöst, sondern haben grundsätzlich eine multifaktorielle Genese. Insbesondere soziale und interpersonelle Aspekte werden durch die Diagnosestellung einer psychischen Erkrankung nicht ausreichend abgebildet, mit der Gefahr, dass diese dann auch im Behandlungs- und Beratungskontext zu wenig beachtet werden. Zudem ist die betroffene Person immer auch selbst in die Krankheitsentwicklung involviert, was bedeutet, dass Änderungen von Verhaltensweisen oder Bewertungen, beispielsweise in Bezug auf die eigene Person oder die Umwelt, erforderlich sind, um zu gesunden. Insbesondere der letzte Aspekt hat die Konsequenz, dass Psychotherapie nicht wie ein Medikament verordnet und dass Gesundung nicht einfach durch therapeutische Einwirkung hergestellt werden kann. Therapieerfolge lassen sich nicht durch psychotherapeutische Techniken und Behandlungsmanuale produzieren, sondern hängen von vielfältigen Einflussfaktoren, z. B. dem Krankheitsgewinn durch Entlastung und der Motivation zu Veränderung von Verhalten ab.

Das an Symptomen und Krankheitsbildern orientierte medizinische Modell beschreibt nur einen Teil der Gesamtproblematik und stellt eine starke Vereinfachung dar. Kulturwissenschaftliche und sozialanthropologische Analysen gehen in der Kritik an der medizinischen Definition psychischer Probleme noch weiter, indem aufgezeigt wird, dass Krankheitsklassifikationen und der therapeutische Umgang mit Gesundheitsstörungen in einem hohen Ausmaß durch gesellschaftliche Bedingungen geprägt sind (Leys 2000). In einem anderen kulturellen und gesellschaftlichen Kontext – etwa einer kollektivistischen, durch starken familiä-

ren Zusammenhalt geprägten Gesellschaft – werden Lebensprobleme in einer anderen Weise wahrgenommen, anders beschrieben und bezeichnet und wahrscheinlich auf eine andere Weise bewältigt als in unserer durch die Fokussierung auf das einzelne Individuum geprägten Kultur.

Überhaupt kann infrage gestellt werden, ob therapeutische Maßnahmen – wie es üblicherweise geschieht – ausschließlich auf das einzelne Individuum ausgerichtet sein sollten, da Menschen immer in sozialen Bezügen leben und das soziale Umfeld erheblichen Einfluss auf das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit des Einzelnen hat.

Psychische Probleme – beispielsweise nach dem Unfalltod eines Kindes – können aus medizinischer Perspektive als »anhaltende komplexe Trauerreaktion« diagnostiziert und psychotherapeutisch behandelt werden. Hilfreich können aber auch Beistand und Unterstützung aus der (Groß-)Familie und durch Freunde sein. Auch Trauerarbeit im Rahmen von Seelsorge oder einer Selbsthilfegruppe wäre eine Option, die bei der Bewältigung helfen kann (Schupp 2017). Über die Frage, inwieweit auch schwere psychische Belastungen nach Verlust eines Kindes als normal, vielleicht sogar für die Bewältigung notwendige Reaktion zu verstehen sind und wie lange diese anhalten darf, gibt es auch in Fachkreisen weit auseinanderliegende Vorstellungen (Rosner & Wagner 2013).

Die Kritik am medizinischen Krankheitsmodell psychischer Erkrankungen macht deutlich, dass die medizinische nur eine von mehreren möglichen Perspektiven ist und dass nicht jeder psychische Leidenszustand als krankhaftes Phänomen betrachtet werden muss. Die Stärken des medizinischen Modells liegen darin, dass es ermöglicht, Probleme anhand eindeutiger Kriterien zu identifizieren, Hilfeleistungen zu professionalisieren und deren Anwendung empirisch-wissenschaftlich zu begründen. Aufgrund der notwendigen Kategorisierungen und Verallgemeinerungen kann aber eine ausschließlich an objektiven Kriterien ausgerichtete medizinische Sichtweise den individuellen Bedürfnissen nach Hilfe und Bewältigung nur unzureichend gerecht werden.

Objektivieren und Subjektivieren – beides ist erforderlich

Mit dem Begriff Objektivieren ist eine diagnostische Haltung gemeint, die Symptome und Erleben der einzelnen Person unter dem Gesichtspunkt der Abweichung von einer Norm betrachtet. Beobachtetes Verhalten wird vom Einzelfall abstrahiert und auf allgemeine Erkenntnisse, beispielsweise bezüglich des Vorliegens von Symptomkriterien eines definierten Störungsbilds, bezogen. Diese Betrachtungsweise ermöglicht es, die individuellen Gegebenheiten auf das vorhandene medizinisch-psychotherapeutische Störungswissen zu beziehen und auf diesem Weg eine möglichst objektive Einschätzung der vorliegenden Problematik zu gewinnen. Objektivierendes Vorgehen reduziert Komplexität und schafft dadurch Orientierung und Vergleichbarkeit.

Die Notwendigkeit zum versachlichenden Objektivieren oder zum individua-

lisierenden Subjektivieren kann je nach dem situativen Kontext sehr unterschiedlich sein. Beispielsweise wird es in einer psychiatrischen Notfallsituation eher erforderlich sein, schnell zu einer Einschätzung der objektiv vorliegenden Kriterien etwa einer psychotischen Erkrankung zu kommen, um rasch entscheiden zu können, ob eine stationäre Aufnahme erforderlich sein wird. In der Planung einer längerfristig angelegten psychotherapeutischen Behandlung hingegen, etwa bei einer chronisch bestehenden somatoformen Störung, wird es sicherlich wichtiger sein, die individuellen Bedingungen der Erkrankung und das subjektive Symptomerleben stärker in den Blick zu nehmen; die alleinige Fokussierung auf eine Reduktion von Beschwerden wäre in diesem Fall nicht ausreichend.

Während »Kranksein« einen subjektiven Leidenszustand beschreibt, ist die Krankheit, z. B. der Schnupfen oder das Magengeschwür – eine objektivierende Beschreibung.

Der Begriff Krankheit ist eine Abstraktion, und es gibt so viele Erkrankungen, wie es kranke Menschen gibt (Sadegh-Zadeh 2015). Eine Depression beispielsweise ist immer auch Ausdruck der erkrankten Persönlichkeit, sie hat einen besonderen individuell situativen Kontext und ist durch eine besondere Lebensgeschichte geprägt. Funktionelle Körperbeschwerden halten sich an keine medizinische Klassifikation und werden mitunter so unmittelbar körperlich erfahren, dass es schwer sein kann, eine exakte Beschreibung zu geben und passende Worte zu finden. Selbst ein klar lokalisierter Schmerz kann ganz unterschiedlich erlebt und bewertet werden. Hinzu kommt, dass Krankheiten nicht immer in gleicher und typischer Weise ausgeprägt sind und dass auch der Verlauf und die Behandlungsbedürfnisse sehr unterschiedlich ausgeprägt sein können.

Diese Beispiele zeigen, dass die individuellen Besonderheiten der Symptomausprägung und des Krankheitserlebens für den Verlauf und die Behandlung von Krankheiten von Bedeutung sind und eine Zuwendung zum subjektiven Erleben notwendig machen.

In der Psychotherapie (aber auch in der Medizin ganz allgemein) besteht sowohl eine Notwendigkeit zur Objektivierung der Gesundheitsbeschwerden als auch zur Zuwendung zum subjektiven Erleben des Patienten.

Methoden zur diagnostischen Objektivierung von Beschwerden sind in vielfältiger Form etabliert und verfügbar, beispielsweise als standardisierte diagnostische Interviews oder klinische Checklisten. Von den medizinischen und psychologischen Fachgesellschaften erarbeitete Leitlinien geben Empfehlungen, wie die Behandlungsplanung am Stand der empirischen Forschung zur Wirksamkeit therapeutischer Methoden orientiert werden kann, und es liegen eine Vielzahl validierter störungsorientierter Behandlungsmanuale vor. Methoden zur Subjektivierung im Sinne der Einbeziehung des Erlebens des Patienten in die Diagnostik und der Berücksichtigung individueller Behandlungserfordernisse hingegen sind im Kontext einer die Therapieschulen übergreifenden Perspektive bisher nicht explizit formuliert.

Auch die Einbeziehung des subjektiven Erlebens als Zugangsweg zur Klärung der vorliegenden Problematik benötigt eine klare methodische Konzeption, da diese eine Schlüsselfunktion für eine individualisierte Therapieplanung einnimmt.

Die Behandlung von kranken Menschen erfordert vom Arzt oder Psychotherapeuten sowohl eine objektivierende distanzierend-analysierende und kritische professionelle Haltung als auch die subjektivierende, persönlich beteiligte und am einzelnen Individuum authentisch interessierte Zuwendung zum Patienten. Dabei ist es entscheidend wichtig, dass beide Zugangsweisen genutzt werden, um die vorliegende Problematik umfassend diagnostisch zu klären und eine individuelle angepasste Behandlungsplanung zu ermöglichen. Es geht um eine »Kultur«, also um einen gelebten Umgang mit einem unvermeidbaren Spannungsfeld, das charakterisiert ist durch die Notwendigkeit, sowohl eine objektivierende als auch eine subjektivierende Zugangsweise zum Krankheitsphänomen zu finden. Sicherlich wäre es einfacher, sich auf den Standpunkt zu stellen, dass nur eine auf naturwissenschaftlichen Paradigmen basierende und an symptomatischen Zielen ausgerichtete wissenschaftliche Psychotherapie ernstzunehmen sei. Die Komplexität der Diagnostik und Therapieplanung nimmt zu, sobald das subjektive Erleben der Patienten und womöglich auch die subjektive Wahrnehmung der Behandler berücksichtigt werden soll.

Einführung des Subjekts in die Medizin

Der Begriff »Einführung des Subjekts« geht auf den Internisten und Neurologen Viktor von Weizsäcker zurück (Weizsäcker 1940). Dieser wies in sinnesphysiologischen Experimenten nach, dass das wahrnehmende Subjekt aktiv gestaltend an der Produktion der Wahrnehmungsinhalte beteiligt ist, es also keine vom Wahrnehmenden unabhängige und damit keine absolute objektive Sinneswahrnehmung gibt. Auch der das Experiment beobachtende Wissenschaftler bringt unvermeidlich seine eigne subjektive Perspektive ein, sofern er mit dem zu erkennenden anderen Subjekt umgeht, d. h. sich in eine wechselseitige Beziehung zu dem Gegenstand des Erkennens begibt. Daher ist es unvermeidlich, dass der aktiv involvierte Beobachter das Ergebnis seiner Beobachtung im Zuge seiner Teilnahme verändert (Sack 2005).

Aus diesen Einsichten lässt sich schlussfolgern, dass objektive und widerspruchsfreie Wahrnehmung, wenn es um subjektives Erleben geht und ein explorativer Kontext besteht, eigentlich nie zu erreichen ist. Allerdings kann in einem Prozess der Problemlösung, auf den sich zwei Menschen aktiv einlassen, darauf vertraut werden, dass ein gemeinsamer Prozess des Erkenntnisgewinns und des Entdeckens von Lösungsideen in Gang kommt, der wesentlich auf Intersubjektivität basiert und ohne diese nicht möglich wäre (Christian & Haas 1949).

Die Forderung nach einer »Einführung des Subjekts in die Medizin« bezieht sich also sowohl auf Subjektivität als Grundlage des individuellen Erlebens wie auch auf Intersubjektivität als Basis von interaktiv gewonnenen Erkenntnissen.

Subjektivieren meint in diesem Zusammenhang, das individuelle Erleben des Patienten in den Blick zu nehmen, gerade auch da, wo dieses von typischen Mustern eines Störungsbildes abweicht und nicht der erwarteten Norm folgt. Dies ist nur möglich, wenn das subjektive Erleben so detailliert wie möglich exploriert und als Informationsquelle für die Diagnostik und Behandlungsplanung ernstgenommen wird.

Fazit für die Praxis

Das medizinische Modell von Psychotherapie muss um die Dimension des Erlebens des Patienten und dessen individuellen Behandlungsbedürfnissen erweitert werden. Ziel ist es, den Notwendigkeiten zur Objektivierung und zur Subjektivierung gerecht zu werden und beide für die Therapieplanung notwendigen Perspektiven in angemessener Weise zu berücksichtigen.

1.3 Zuwendung zum individuellen Leid

Leid will gesehen werden

Menschen entscheiden sich für eine Behandlung, weil sie Diskrepanz zwischen Ist- und Wunschzustand erfahren und darunter leiden. Die psychotherapeutische Behandlung beginnt mit der aufmerksamen und interessierten Zuwendung zum individuellen Leiden des Patienten. Hierdurch wird eine therapeutische Beziehung begründet und ein interpersoneller Prozess der Problemlösung und Bewältigung initiiert.

Wenn sich ein Mensch vor Schmerz krümmt oder einen Anfall panischer Angst erlebt, kommt das individuelle Leid in einer dramatischen Weise zum Ausdruck, die auch für Außenstehende nicht zu übersehen ist. Nicht selten sind Leidenszustände aber auch verborgen, beispielsweise wenn trotz starker Beschwerden aus Scham oder Angst eine nach außen unauffällige Fassade aufrechterhalten wird oder wenn der Betreffende sein Leid selbst noch nicht in vollem Umfang wahrnehmen und akzeptieren kann.

Psychische und psychosomatische Erkrankungen sind durch Erfahrungen von Leid gekennzeichnet. Leid ist Ausdruck und Erleben von Diskrepanz: Etwas ist so, wie es nicht sein sollte. Es besteht – oft schon eine längere Zeit – ein Zustand von Mangel oder eine Überforderung, die als Belastung erlebt wird. Im Wissen darüber, wie es sein könnte oder nicht sein sollte, bereitet sich bereits ein Impuls zur Veränderung vor.

Das der psychischen oder psychosomatischen Erkrankung zugrunde liegende Leid will gesehen und anerkannt werden.

Bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen kann der seelische Leidenszustand selbst das Krankheitssymptom sein, etwa bei einer depressiven

Reaktion auf ein belastendes Ereignis. Die alltägliche Lebensführung wird mühsam, da die Erkrankung zu Einschränkungen, belastenden Symptomen und Ängsten führt. Etwas ist aus dem Gleichgewicht geraten und fordert jetzt auf eine zwingende Weise Aufmerksamkeit ein. Die Symptome stören vielleicht sogar so massiv, dass sie als nicht länger aushaltbar und im Extremfall – beispielsweise als Schmerz – vernichtend erlebt werden.

Leid und Leiden sind seit langer Zeit gebräuchliche Grundbegriffe der medizinischen Krankheitslehre. Früher sprach man beispielsweise von einem Herzleiden, Blasenleiden, Venenleiden oder Augenleiden. Heute werden Krankheiten eher mit dem Suffix »Störung« versehen und tatsächlich auch als Störungen der Funktionen des Organismus verstanden. Dies trifft auch für psychische Erkrankungen zu, die etwa als Angststörung, depressive Störung oder Persönlichkeitsstörung bezeichnet werden. Es scheint, als hätten Ärzte und vielleicht auch Psychotherapeuten heutzutage Hemmungen, den Begriff Leid zu verwenden. Vielleicht weil dieser als zu wenig objektiv erscheint.

Die Zuwendung zum individuellen Leid ist eine notwendige Bedingung, um subjektive Information über die Erkrankung zu gewinnen. Therapeutische Hilfe wird wirksam, wenn die Klage über das Leid gehört und das subjektive Leidens-erleben bestätigt wird. So kann ein Klärungs-, Lösungs- und Bewältigungsprozess in Gang kommen. Das individuelle Leid tritt aus dem Status eines bloß privaten und subjektiven Erlebens heraus und erfährt zwischenmenschliche Anerkennung. Dadurch wird das Leid des Einzelnen auch als objektives Problem erkennbar, beispielsweise als mit einer Diagnose zu beschreibende Krankheit, und kann Gegenstand einer medizinisch-therapeutischen Behandlung werden (Cassell 1982).

Individualisierung beginnt mit der Zuwendung zum individuellen Erleben und den sich im Kranksein vermittelnden Erfahrungen von Leid.

Der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung und eine auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten zugeschnittene Behandlungsplanung können nur gelingen, wenn der Therapeut sich für das individuelle Leid des Patienten interessiert und dieses gezielt exploriert.

Es scheint eine Tatsache zu sein, dass die Auseinandersetzung mit dem eigenen Leid und die Klärung der sich darin ausdrückenden individuellen Problematik häufig erst mit Unterstützung anderer Menschen möglich wird, z. B. im Rahmen einer Psychotherapie. Neben dem kompetenten Einsatz von Methoden und Techniken kommt vor allem ein interpersoneller Suchprozess in Gang, der wesentlich durch die Qualität der therapeutischen Beziehung bestimmt wird (Frick 2015).

Welche Aspekte des individuellen Leids für die psychotherapeutische Behandlung von Bedeutung sein können, soll im Folgenden anhand eines Fallbeispiels näher betrachtet werden.

Fallbeispiel

Frau K. berichtet, dass sie immer wieder den fast unwiderstehlichen Drang verspüre, sich selbst mit scharfen Gegenständen, etwa einer Glasscherbe oder einem Skalpell, zu verletzen. Sie verbinde mit dem Selbstverletzen ein Gefühl von Handlungsfähigkeit und Autonomie. Nach dem Verletzen sei die vorherige Anspannung reduziert und sie spüre Erleichterung. Natürlich sei ihr klar, dass die Selbstverletzung ihr kurzfristig Entlastung schaffe, aber keine konstruktive längerfristige Lösung ihrer Problematik sei. Sie glaube, dass dieses Verhalten für sie so schwierig aufzugeben sei, da mit einer Schnittwunde ein auch äußerlich sichtbares, eigentlich unübersehbares Zeichen gesetzt werde. Auch wenn sie sich immer wieder dafür schäme, habe das Verletzen und die dann manchmal notwendige Behandlung in der chirurgischen Notaufnahme wohl damit zu tun, dass ihr Verletztsein durch eine traumatische Kindheit einen Ausdruck finden müsse und durch das Schneiden für ihre Umwelt letztlich nicht zu übersehen sei. Es sei für sie besonders schlimm, dass damals niemand eingeschritten sei und geholfen habe. Den Nachbarn oder den Lehrern in der Schule hätte auffallen müssen, dass sie als Kind über Jahre hinweg sexuell missbraucht wurde. Das empfinde sie immer noch als Skandal. Damals hätten alle weggesehen und so getan, als wäre nichts passiert und als sei alles ganz normal.

Im Fall von Frau K., die sich wiederholt selbst verletzt, wurden die sexuellen Übergriffe in der Kindheit durch Angehörige und Menschen im Umfeld sowohl als schwere Straftat verleugnet als auch das damit verbundene Leid weder gesehen noch beachtet. Dies betraf sowohl die fehlende Aufmerksamkeit und Fürsorge der Menschen, mit denen das Kind Kontakt hatte, z. B. Lehrern oder Nachbarn, als auch die Realisierung des eigenen Verletztseins, das sie selbst lange versucht hatte auszublenden. Wenn sich die Patientin heute selbst verletzt, kommt das in der Kindheit erlittene Leid zum Ausdruck und findet jetzt (hoffentlich) Gehör. Das für die Patientin schwer zu kontrollierende Selbstverletzen hat – neben der Spannungsabfuhr und der emotionalen Stabilisierung – auch einen wichtigen kommunikativen Aspekt, nämlich das Bedürfnis, als leidende Person gesehen zu werden. Das damalige Unrecht sowie das damalige und heutige Leid melden sich in der Symptomatik unübersehbar zu Wort. So war es ein wichtiger therapeutischer Schritt, gemeinsam mit der Patientin zu klären, dass das »Nicht-gesehen-Werden« ein Kernelement des mit der sexuellen Traumatisierung verbundenen Leids ist und mit der heutigen Symptomatik in Verbindung steht.

Für die psychotherapeutische Behandlung ist von entscheidender Bedeutung, dass dieses Leid vom Behandler gesehen und bestätigt wird und dass die Patientin sich selbst erlaubt, ihr eigenes Leid wahrzunehmen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass die Patientin einen Zusammenhang zwischen ihrer heutigen Symptomatik und ihrem damaligen Leid erkennen und verstehen kann.

Unterschiedliche Formen des Leidens

Leid ist nicht immer offensichtlich greifbar, sondern häufig komplex und verwirrend, sodass es sich nur schwer in Worte fassen und ausdrücken lässt. Leid kann sich auch in einer manifesten Symptomatik verbergen (z. B. in Form von Körperbeschwerden, etwa bei einer somatoformen Schmerzstörung). In diesem Fall ste-

hen zunächst die körperlichen Symptome, also die Schmerzen und deren Einfluss auf das Leben des Patienten, im Fokus der Aufmerksamkeit. Wenn keine ausreichenden organischen Ursachen für die Schmerzsymptomatik verantwortlich sind, ist die Zielsetzung der Therapie, auch die tieferen Schichten des Leids aufzudecken und zu klären. Die hierfür erforderliche Zuwendung zum emotionalen Erleben muss mitunter erst geduldig erarbeitet werden, da diesbezüglich Ängste und Vermeidungsverhalten bestehen können (Arbeitskreis PISO 2012).

Die Exploration des individuellen Leids muss daher behutsam und Schritt für Schritt an die individuelle Belastbarkeit des Patienten angepasst werden. Fast schon regelhaft lassen sich im weiteren Behandlungsverlauf Zusammenhänge zwischen der Symptomatik und akuten sowie biographischen Belastungen erarbeiten. Dabei kann es sich etwa um zwischenmenschliche Verletzungen und Kränkungen, um Probleme mit belastenden Emotionen oder auch um Vernachlässigung in der Kindheit handeln. In der weiteren therapeutischen Arbeit werden diese Stressoren dann Thema der Therapie.

Formen des Leidens

- Leid: Erfahrung von Diskrepanz, Abhängigkeit und Negativität
- Leiden: Prozesshafte Auseinandersetzung mit Leid
- Schmerz: Wahrnehmung von Verletzung
- Not: Erleben von Überforderung und drohender Dekompensation
- Qual: Erleben fehlender Veränderungsmöglichkeiten bei bestehendem Veränderungswunsch
- Pein: Schmerzliches Erleben von Ohnmacht und Ausgeliefertsein

Wie bei den Schalen einer Zwiebel lassen sich übereinander liegende Schichten von Leid beschreiben, die nach und nach aufgedeckt und therapeutisch bearbeitet werden können. Das bedeutet, dass eine umfassende Klärung der zugrunde liegenden Problematik unter Umständen erst im Therapieverlauf erreicht werden kann. Häufig besteht die Zielsetzung zu Beginn der Behandlung darin, die Voraussetzungen für eine Auseinandersetzung mit der Belastungssymptomatik zu schaffen. Hierfür ist die Förderung eines fürsorglichen Bezugs zu sich selbst und der Wahrnehmung von eigenen Emotionen und Bedürfnissen eine wichtige Bedingung.

Leid will gehört und gesehen werden, gleichzeitig kann es eine Herausforderung sein, sich seinem eigenen Leid zuzuwenden, zu realisieren, worin die Belastung besteht, und diese und die sich aus der Auseinandersetzung mit dem eigenen Leid ergebenden Konsequenzen zu ertragen.

Dies trifft in besonderem Maße zu, wenn sich der leidende Mensch in einem Zustand der Apathie oder der Betäubung befindet, beispielsweise durch rastlose Arbeitstätigkeit, Ablenkung durch Medien oder Suchtmittel oder durch dissoziative Symptome (Davies 2012; Rosa 2005).

Menschen verändern ihre Einstellungen und Verhaltensweisen erst dann, wenn die Diskrepanz zwischen aktuellem und erwünschtem Zustand ausreichend groß geworden ist und wenn die Diskrepanz auch tatsächlich als solche

erlebt wird. Die Fähigkeit, sich von seinem eigenen Leid berühren zu lassen, ist Voraussetzung für eine gelingende Psychotherapie – zumindest wenn diese problemlösend und nicht nur unterstützend angelegt sein soll. In der Zuwendung zum eigenen Leid liegt dann das Potential zur Klärung des vorliegenden Mangels und Missverhältnisses und damit der erste Schritt zur aktiven Veränderung.

Was wäre produktives Leiden?

Produktives Leiden ist dadurch gekennzeichnet, dass man sich vom eigenen Leid berühren lassen kann. Wenn Leiden produktiv ist, kommt ein Prozess der Verarbeitung in Gang, der einem Trauerprozess ähnelt. Dabei kann es sich um Trauer über den Verlust einer Person, eines Arbeitsplatzes, vertrauter Gewohnheiten oder etwa einem Lebensabschnitt handeln. Produktives Leiden führt zu Explorationsverhalten durch Suche nach Information, Nachdenken, Ausprobieren neuer Verhaltensweisen und Treffen von Entscheidungen (Davies 2012).

Nicht jede Erfahrung von Leid führt zu einer Problemlösung oder produktiven Verarbeitung. Möglicherweise wird trotz bestehendem Leideszustand vermieden, die schmerzliche Diskrepanz wahrzunehmen. Oder der Patient hat sich inzwischen in seinem Leid sogar eingerichtet und den misslichen Zustand als unvermeidbar akzeptiert. Vielleicht fehlt eine konkrete Phantasie und Vorstellung davon, wie ein besserer Zustand aussehen könnte, oder es fehlt die innere Erlaubnis dazu, für sich selbst zu sorgen und sich aktiv um Verbesserung und Veränderung zu bemühen. Auch Ängste vor Veränderung können eine Rolle spielen.

Die klassischen psychoanalytischen Abwehrfunktionen (z. B. Projektion von Problemen auf andere Menschen, Affektisolation) dienen letztlich der Vermeidung von Leid. Auch Symptome selbst können kompensatorisch emotionale Belastung vermindern und so die Problematik stabilisieren, z. B. bei Zwangsstörungen oder bei Suchtverhalten.

Leidvolle Erfahrungen werfen Fragen auf, die eine Klärung auf der moralisch-sittlichen Ebene verlangen, da es um Themen wie eigener oder fremder Schuld, Verantwortung und erlebtes Unrecht geht. Auch die Frage nach dem Sinn von Leid kommt in Psychotherapien häufig zur Sprache. Diese Fragen können nicht allgemeingültig und abschließend beantwortet werden, sondern machen eine situative und individuelle Klärung notwendig. Aus therapeutischer Perspektive gibt es allerdings eine klare Antwort auf die Sinnfrage: Leid ist Anstoß, über die gegenwärtigen Lebensbedingungen, die eigenen Wünsche und Bedürfnisse zu reflektieren und kann daher Entwicklungsprozesse in Gang bringen, die zu konkreten Veränderungen im Leben führen. So gesehen sind subjektive Erfahrungen von Leid nicht einfach passiv und schicksalhaft vorgegeben, sondern eine Herausforderung zum aktiven Umgang mit den daraus resultierenden Problemen und zur Übernahme von Verantwortung für das eigene Leben (Petersen 1989).

Leid verursacht Ungleichgewicht und Dezentrierung und schafft damit gleichzeitig Anreize für Entwicklung und persönliches Wachstum. Aufgabe der Psychotherapie ist es, Menschen zu helfen, ihre persönlichen Entwicklungspotenti-

ale und psychosozialen Ressourcen zu nutzen, um sich durch aktive Problemlösung aus leidvollen Zuständen zu befreien und ihr Erleben von Diskrepanz zu mindern mit dem Ziel, mit sich und ihrer Umwelt zufriedener und in einer besser integrierten Weise leben zu können.

Erfahrungen von Leid und Diskrepanz stellen eine wichtige Orientierung für die Planung einer Psychotherapie dar. Die genaue Klärung des individuellen Erlebens von Leid zeigt auf, wo Veränderungen und Neuorientierung notwendig sind, und gibt damit der Behandlung eine Richtung. Das individuelle Erleben von Diskrepanz ist entscheidend wichtig als Grundlage für die Therapieplanung und für die Motivation zur Veränderung. Die Frage, worin das gegenwärtig am stärksten erlebte Leid liegt, hilft, die Therapie zu fokussieren und Therapiethemen zu priorisieren. Für die Behandlungsplanung unmittelbar relevant sind aber natürlich auch symptomatische Behandlungsziele, unbefriedigte Grundbedürfnisse, die persönliche Orientierung an Werten und kulturellen Normen sowie die soziale Teilhabe und Integration in die Lebenswelt (s. Kap. 4 und 5).

Fazit für die Praxis

Die krankheitsbedingte Erfahrung von Leid ist subjektiv durch die Symptomatik, die Persönlichkeit und den situativen Kontext geprägt. Individualisierte Psychotherapie beginnt mit der Zuwendung zum Leid und zur Not des Patienten.

Leid zeigt nicht nur an, dass wir krank sind, sondern macht uns auch darauf aufmerksam, dass in unserem Leben etwas so ist, wie es nicht sein sollte. Leid kann auch ein Zeichen und Auffälligkeitssignal bezüglich der Konflikthaftigkeit und Problemhaftigkeit unseres sozialen, politischen und psychischen Lebens sein.

Es ist nicht nur eine medizinische, sondern auch eine gesellschaftliche Aufgabe, individuelles Leid anzuerkennen, eine Kultur des Umgangs mit Leidenszuständen zu pflegen und nicht ein unrealistisches Ideal der Leidenslosigkeit und Schmerzlosigkeit in Aussicht zu stellen.

1.4 Therapeutische Kulturen

Im medizinischen Kontext ist Psychotherapie eine Methode zur Behandlung von psychischen und psychosomatischen Krankheiten. Diese Definition wird durch die akademische Psychotherapie als selbstverständlich gegeben vorausgesetzt. Allerdings gibt es über die Krankenbehandlung im engeren Sinne hinaus eine Vielfalt von Hilfen zur Lebensführung, die mehr oder weniger explizit auch psychotherapeutische Methoden nutzen. Hierzu gehören verschiedene Formen von Beratung und Lebensbegleitung, beispielsweise im sozialpädagogischen und sozialtherapeutischen Kontext oder in der Seelsorge. Der Begriff Psychotherapie ist im Übrigen gesetzlich nicht geschützt und wird in sehr unterschiedlichen Zusammenhängen verwendet.

Eine therapeutische Methode disqualifiziert sich übrigens nicht dadurch, dass ihr der Wirksamkeitsnachweis fehlt oder sie sich auf eine nicht empirisch begründete Theorie stützt, sondern sie disqualifiziert sich dann, wenn sie Heilsversprechungen macht (Utsch et al. 2014).