

## **Aus der Praxis für die Praxis: Leserbriefe**

In Band 2 (Heft 3, pp. 256ff.) unserer Zeitschrift haben Herr Köhlke, Herr Fiegenbaum sowie Herr Margraf und Frau Schneider mit ihren Beiträgen ein Diskussionsthema angeschnitten, das ein breites Echo bei unserer Leserschaft ausgelöst hat. Wir haben uns deswegen entschlossen, in der vorliegenden Ausgabe unter der Rubrik «Aus der Praxis für die Praxis» einige dieser Leserbriefe abzudrucken und damit vielleicht doch noch eine Leserbriefkultur in dieser Zeitschrift anzustoßen. Ein interessantes Phänomen ist dabei, daß im Gegensatz zur angloamerikanischen Leserbriefkultur, die sich durch kurze, in der Regel 20zeilige Statements auszeichnet, fast alle eingegangenen Leserbriefe den Umfang längerer Aufsätze angenommen haben. Wir haben, um den Drucktermin für Heft 1/93 einhalten zu können, diesmal darauf verzichtet, diese redaktionell (zum Teil nicht nur im Umfang, sondern auch im Stil) überarbeiten zu lassen. Da einzelne Beiträge allerdings längere Literaturlisten angefügt hatten, die den Rahmen einer Leserbriefrubrik sprengen, bitten wir interessierte Leser, diese Literaturlisten direkt beim Leserbriefverfasser anzufordern.

Wir möchten uns an dieser Stelle bei unseren Lesern für die Zusendung ihrer Beiträge bedanken und bitten gleichzeitig um Verständnis, daß aus Platzgründen nicht alle eingesandten Leserbriefe abgedruckt werden können.

Iver Hand Hans-Ulrich Wittchen

Stellungnahme zum Beitrag von H.-U. Köhlke in VERHALTENSTHERAPIE 1992;2:256ff.:  
«Aktuelle verhaltenstherapeutische Standardprogramme: Moderner Rückschritt in die Symptomtherapie?!»

Als einer der vom Kollegen Köhlke «an die Front» gebeten, erfahrenen Therapiepraktiker fühlte ich mich bei Durchsicht seines Artikels in die Zeit meines Studienbeginns zurückversetzt, die sich unter anderem auch durch leidenschaftliche Diskussionen darüber auszeichnete, ob mit den theoretisch und praktisch kennengelernten Interventionsformen den eigentlichen Problemen und tieferliegenden Konflikten der Patienten zu begegnen sei sowie ob ein effektiver Beitrag zur Selbstverwirklichung des behandelten Individuums geleistet werden könne.

Wie viele der Kolleginnen und Kollegen, mit denen ich durch die tägliche Arbeit, Supervision, gemeinsame Fortbildungen usw. in Kontakt stehe, habe auch ich diese Fragen nicht zuletzt im Rahmen von Zusatzausbildungen und einer entsprechenden verhaltenstherapeutischen Arbeit für mich befriedigend geklärt. Daher erscheint mir vor diesem Hintergrund eine Neubelebung der Diskussion um wahre oder Oberflächenprobleme, um symptom- vs. individuenzentrierte therapeutische Arbeit als anachronistisch. Ohne auf seinen «kausalanalytischen Ansatz» zurückzugreifen, muß ich annehmen, daß der Versuch des Kollegen Köhlke, diese Debatte neu zu beleben, mit der von ihm geschilderten Überforderung – er quält sich in seinen Therapien fast mehr als seine Patienten – in Zusammenhang steht: Da ihm der Weg nicht gangbar scheint, Überlastungen durch eine transparente Behandlungstechnik, die allerdings nicht darauf abzielt, den Patienten behutsam auf eine andere Schiene zu bringen, zu reduzieren, schlägt Köhlke nach dem Motto «Geteiltes Leid ist halbes Leid» vor, seiner vage umrissenen, hintergrundorientierten, ganzheitlichen Therapiepraxis zu folgen.

Um es kurz zu machen: Weder bei der Arbeit nach standardisierten Programmen zur Angst- (vgl. Bartling-Fiegenbaum, Reizüberflutung) oder Panikbehandlung (vgl. Margraf/Schneider) noch beim Einsatz des DIPS begegne ich einer, wie Herr Köhlke behauptet, den entsprechenden Manualen immanenten Einschränkung, personenspezifische Aspekte -wie die Reflexionsfähigkeit des Patienten, den Grad seiner Somatofixierung, sein Wissen um Zusammenhänge mit z.B. depressiven Störungen oder Defiziten hinsichtlich seiner sozialen Kompetenz bis hin zu individuellen Wert-haltungen usw. – oder z.B. die Bewertung der Therapeut-Patient-Interaktion zu erfassen. Im Gegenteil, meines Wissens wird gerade Wert darauf gelegt, hier die subjektive Pro-blemsicht des Patienten zu erhellen, mit Konzepten des Therapeuten zu vergleichen und auf dieser Grundlage gemeinsame Therapieziele zu vereinbaren. Daß im Verlauf oder nach Beendigung beispielsweise einer Angst- oder Panikbehandlung eventuell zusätzlich vorhandene oder bewußtwerdende Störungsbereiche reflektiert bzw. bearbeitet werden, versteht sich u. a. auch deshalb von selbst, da therapiebegleitende Diagnostik und Katamnesegespräche zum festen Bestandteil der angesprochenen Behandlungsprogramme gehören. Aus der Sicht des Praktikers ist die Existenz der vom Kollegen Köhlke kritisierten, empirisch breit abgesicherten Verhaltenstherapie-Standardprogramme und deren Darstellung in der Öffentlichkeit aus mehrerlei Sicht zu begrüßen: Unter anderem helfen sie auch und gerade dem versierten Therapeuten dabei, auf Vollständigkeit und Widerspruchsfreiheit bei Diagnostik und Behandlung von Angst-, Zwangs- und Panikstörungen zu achten und den Blick für das Besondere eines jeden Einzelfalles offenzuhalten. Für den Patienten haben diese Programme nicht nur den Effekt, sich vor Fehlbehandlung schützen zu können, sondern sie vermitteln ihm aufgrund des Umstandes, daß diese behandlungsleitenden Konzepte auf der Auswertung einer immens hohen Zahl von therapeutischen Prozessen beruhen, auch das Gefühl, «kenntnisreich, verstehend und umfassend» behandelt zu werden. In diesem Zusammenhang sei der Hinweis erlaubt, daß der Vorwurf des Kollegen Köhlke gegen sogenannte Symptomtherapeuten, diesen Effekt hervorzu-rufen, bestenfalls als unbeabsichtigter Zynismus beurteilt werden kann und in krassem Widerspruch zu seinen Versuchen steht, für sich Berufsethos und Berufsmoral in Anspruch zu nehmen. – Auch sollte nicht unerwähnt bleiben, daß die erwähnten Standardprogramme und ihre Aufnahme in den Medien nicht unerheblich dazu beigetragen haben, psychotherapeutische Behandlungsformen in der Öffentlichkeit als seriös, kompetent und nachvollziehbar erscheinen zu lassen. Abschließend noch eine Bemerkung zu dem von Herrn

Leserbriefe

45

Köhlke in seinem Beitrag konstruierten Gegensatz zwischen «Vollblutpraktikern» und den auf Standardverfahren konzentrierten, mit naivem Kompetenzempfinden ausgestatteten Forschern: Ihm hätten, ebenso wie mir und zahlreichen meiner Kolleginnen und Kollegen. Möglichkeiten offenge-standen, sich sowohl rechtzeitig über die Haltlosigkeit seiner Annahmen, z.B. was die Vernachlässigung von wesentlichen Störungsbereichen betrifft, zu informieren als auch spezifische Fragestellungen und Vorschläge hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens in die Entwicklung der angesprochenen Programme bzw. in deren Umsetzung einzubringen. So stehen die vom Kollegen Köhlke angesprochenen, dem symptomorientierten Ansatz verhafteten Forscher in diversen Fortbildungsveranstaltungen seit geraumer Zeit in regem Austausch mit erfahrenen Praktikern und nehmen dort recht offen, wie ich aus Erfahrung weiß, Bedenken und Anregungen auf. Auch habe nicht nur ich erlebt, daß gerade Marburger Forscher-

/Therapeutenteams sich bemüht haben, bei Untersuchungen im Rahmen von Konzeptentwicklungen Praktiker einzubeziehen und diesen durch z.B. Kolloquien die Möglichkeit zu geben, individuelle Erfahrungen mit standardisierten Verfahren zu diskutieren. Nicht zuletzt bestand bzw. besteht außerdem die Möglichkeit, anders als Kollege Köhlke, der sich mit einer Kritik der schriftlichen Verlautbarungen der CD-Stiftung begnügt, direkten Kontakt mit den Marburger Kolleginnen und Kollegen herzustellen. Ich habe beispielsweise in einigen Fällen, in deren Behandlungsverlauf ich mir sowohl diagnostischer als auch therapeutischer Grenzen bewußt wurde, Patienten sowohl an die Panikforschungsgruppe als auch an die CD-Stiftung verwiesen. Sowohl die Rückmeldungen dieser Patienten, die übrigens auch die Zweifel Herrn Köhlkes an der Kompetenz der Marburger Therapeuten als wenig nachvollziehbar erscheinen lassen, als auch Gespräche mit den Forschern und/oder Therapeuten dort über diagnostische Einschätzungen und z.B. Einzelheiten der Therapieplanung haben bei mir nicht den Eindruck erweckt, als seien meine Einschätzungen und Vorstellungen dysfunktional und überflüssig; vielmehr konnte ich ein deutliches Interesse an kollegialer Zusammenarbeit und die Bereitschaft feststellen, personenspezifische Aspekte des jeweiligen Falls bei der Vorbereitung von Interventionen zu berücksichtigen.

Die vergangenen Jahre haben uns eine Entwicklung in der verhaltenstherapeutischen Forschung und Theoriebildung beschert, die sich meines Erachtens vor allem durch empirische Fundierung therapeutischer Vorgehensweisen auszeichnet, wobei die früher deutlicher bestehende Trennung zwischen Praktikern und wissenschaftlich orientierten Forschern mehr und mehr aufgehoben worden ist. Das allein ist kein Anlaß zu kritiklosem Jubel, und insofern ist dem Appell des Kollegen Köhlke zuzustimmen, einzelfallspezifische Sicht- und Arbeitsweisen in die Diskussion um Trends in der therapeutischen Arbeit einzubringen. Sollen derartige Prüf- und Bewertungsprozesse jedoch unter Verhaltenstherapeuten vorgenommen werden, kann die Intention nicht die sein, ein «qualitatives Gegengewicht» zum empirischen Forschungsstand zu schaffen. Vielmehr sollte es meines Erachtens darum gehen, durch die aus der therapeutischen Arbeit erwachsenden Ergebnisse neue, differenzierbare Untersuchungsfragen aufzuwerfen, um so die Rückkopplung

zwischen Forschung und klinischer Praxis weiterzuentwickeln.

Dipl.-Psych. H.-J. Arendt

Melchersstraße 15

D-W-4400 Münster (BRD)

Symptomzentrierte Standardtherapie oder

eine am Verstehen orientierte Verhaltenstherapie?

Erwiderung auf kritische Stellungnahmen

H.-U. Köhlke

Praxis für Verhaltenstherapie, Karlsruhe

Grundsätzlich spricht ja vieles dafür, eine Auseinandersetzung deutlich und direkt auszutragen, denn dadurch lassen sich Standpunkte und Positionen eindeutiger identifizieren und klarer abgrenzen. Daß sich dabei sachliche und affektive Perspektiven vermischen, liegt in der Natur eines Streits, von daher wäre ich bezüglich Stilverletzungen grundsätzlich tolerant, insbesondere wenn sich Fiegenbaum [1992a] sowie Margraf und Schneider [1992] als direkt «Betroffene» gegenüber meinen provokanten Äußerungen [Köhlke, 1992] zur Wehr setzen wollten.

Der Kommentar von Herrn Fiegenbaum ließe eine Reihe neuer brisanter Fragen zu formalen Rahmenbedingungen entwickeln. Zum Beispiel: «73% aller Patienten erhielten Erstattungen.» Frage: Wieviel Prozent der Therapiekosten mußten die Patienten als sogenannten Eigenanteil

letztendlich dann doch selbst tragen? Und «Erstattungen» von Therapiekosten durch gesetzliche Krankenkassen? Auf welcher rechtlichen Grundlage im «Naturalleistungssystem», sogenanntes Sachleistungsprinzip, der gesetzlichen Gesundheitsversorgung [Häußler et al., 1984]? Ohne eine zwingend vorgeschriebene Wirtschaftlichkeitsüberprüfung (sogenanntes Gutachterverfahren)? Oder hier ein anderes Beispiel: Es wird von einem «Sozialfonds der Stiftung» berichtet, in den die Einkünfte aus den Therapien ausschließlich und ohne Abzug wandern und aus dem dann 20% aller Therapiestunden wiederum finanziert werden. Warum dieser Umweg, warum nicht gleich umsonst? Oder ist hier mit «Einkünfte» etwa nur der verbleibende Überschuß nach Abzug von Therapeutenhonoraren usw. gemeint, der dann so gering ausfällt, daß am Jahresende ein «Defizit im Therapiebereich» herauskommt? Und finanziert dann dieser Sozialfonds bei den 20% sozialen Härtefällen etwa auch den Stundensatz DM 310,- des chefärztlichen Psychologen? Fragen ließen sich reichlich entwickeln. Statt eines zudeckenden Samaritermäntelchens um die Christoph-Dornier-Stiftung (CDS) in Marburg hätte ich gerne eine Antwort darauf gehabt, warum in der Öffentlichkeit einerseits auf die Notwendigkeit hingewiesen wird, bei Angststörungen «frühzeitig spezialisierte professionelle Hilfe aufzusuchen» (so Fiegenbaum und Margraf in einer Live-Sendung von SAT 1 vom 11.11.92), andererseits dann aber -nach wie vor, unbeeinflusst von kritischer Einsicht – weder die Verhaltenstherapie im allgemeinen noch deren bundesweit vorhandene Behandlungsangebote, sondern ausschließlich nur die Christoph-Dornier-Stiftung Erwähnung findet. Es ist schon überaus dreist, wenn dann den Fernsehschauern auf deren schriftliche Anfrage um allgemeine

46

Leserbriefe

Therapiemöglichkeiten wieder geantwortet wird: Es läge der Stiftung bedauerlicherweise keine Adressenliste von angst-spezialisierten Therapeuten in der BRD vor; Selbsthilfe helfe nur selten und fördere manchmal sogar eine Verschlechterung; man solle daher die Erkrankung ernst nehmen, die in fast allen Fällen professionelle Hilfe erfordere; zur Frage einer Behandlung in der CDS finden sich anliegend Informationsschreiben, aber 12–15 Monate Wartezeit; die hohe Anzahl von Therapieanfragen an die CDS erkläre sich auch aus der leider noch nicht ausreichenden Versorgungslage bei der Behandlung von Angststörungen. Sind es nicht handfeste geschäftliche Gründe, die den Begriff «Verhaltenstherapie» und die bei den Krankenkassen geführten Behandlerlisten nicht erwähnen lassen? Geht dies nicht an die Grenze der Unlauterkeit (oder ist sie nicht schon überschritten)? Abschließend wäre auch noch zu fragen, was denn die Krankenkassen bei einer Behandlung innerhalb der CDS, die sich «nicht einer bestimmten Therapieschule zuordnet», erstatten. (Wer die Zitate im Original nachlesen möchte, dem empfehle ich, diese Patienteninformationen bei der CDS in Marburg anzufordern.) Den Kommentar von Margraf und Schneider empfinde ich als bedauerliche Entgleisung. Nicht nur als Schlag unter die Gürtellinie, sondern auch unter einem diskutablen Niveau. Er ist meines Erachtens ein Lehrstück für Demagogie, deren Wirkung auf der fast unmerklichen, aber gezielten Verfälschung zum Zweck der Meinungsmanipulation beruht. Die trickreiche Verwendung von Anführungszeichen, die sinnentstellenden Zitierungen und die mir unterschobenen assoziativen Wortkompositionen sind so unseriös, daß ich mich ernsthaft frage, ob Margraf und Schneider mit Zahlen genauso umgehen wie mit Worten? Leider ist mir aus einigen Reaktionen von Kollegen deutlich geworden, daß selbst der eigentlich doch sprachgeübte therapeutische Leserkreis diese Art von Schlüsselreizjournalismus zum Teil kaum zu entlarven vermochte.

Die Kommentare von Fiegenbaum sowie von Margraf und Schneider haben mir gezeigt, daß die Autoren von «subjektiven Evidenzerlebnissen» in ihrer Therapiepraxis bisher verschont worden sind. Nun ist es ja auch gerade bei ihrem Spezialgebiet Panik- und Angststörungen wegen des häufig fehlenden situativen Auslösezusammenhangs (aus heiterem Himmel) besonders schwer, den (verdeckten) hintergründigen Problemzusammenhang zu identifizieren. Von daher kommt es zu ungetrübtem Verkennen des Themas dieser Auseinandersetzung («Frage des Wertes oder Unwertes von Standardverfahren», «Feld der Komorbidität zuzuordnen»), so daß doch einige korrektive und ergänzende Ausführungen notwendig scheinen.

Worum geht es nicht bei dieser Auseinandersetzung?

1. Es geht nicht um die «Frage des Wertes oder Unwertes von Standardverfahren». Die Erfolgsberichte der auf lerntheoretischen Prinzipien beruhenden Therapieverfahren lassen sich bis zum Anfang dieses Jahrhunderts zurückverfolgen [Breger und McGaugh, 1966; Hoffmann, 1977]. Sie erscheinen so selbstverständlich, daß selbst psychologisch nicht vorgebildete Eltern sie spontan und mit Erfolg anwenden [Jersild und Holmes, 1935, zitiert bei Hoffmann, 1977].

Die angstinduzierende

und kognitive Therapie bei Panikanfällen wurde im Prinzip schon von Malleon [1959] und Exposition und Reaktionsverhinderung bei Zwängen im Prinzip schon von Leonhard [1965] seit den 50er Jahren angewandt, noch bevor dies als Verhaltenstherapie etikettiert wurde. Vor jetzt über 15 Jahren berichtet Birbaumer [1977, p. 30] von annähernd 100%iger Reduktion von Hyperventilationsanfällen bei 124 unausgelesenen Patienten allein «durch medizinische und lernpsychologische Informationen (ohne damit das verursachende psychosoziale oder soziale Problem zu lösen)», was auf die prinzipielle Wirksamkeit kognitiven Umstrukturierens trotz (oder wegen?) Vernachlässigung eines lebensgeschichtlichen und situativen Störungszusammenhangs hinweist. Die Belege sowohl für die Therapieeffizienz [Marks, 1987] als auch für Follow-up-Untersuchungen [Rachman und Wilson, 1980; Hand et al., 1986; Fiegenbaum, 1988] stehen hier doch nicht zur Diskussion. Die empirisch vielfältig abgesicherte Effizienz von klassischen Standardverfahren zur Reduzierung der Primärsymptomatik sollte unter Verhaltenstherapeuten als Common sense bewertet werden. Die all-gemeine Akzeptanz dieser Forschungsergebnisse bräuchte keine dauernde lobpreisende Wiederholung und auch keinen Schulter-schluß klassischer Verhaltenstherapiewissenschaftler zur konzertierten Aktion (siehe Heft 4/92 dieser Zeitschrift).

2. Es geht nicht um eine grundsätzliche Ablehnung von empirischer Wissenschaft. Es geht auch nicht um eine vermeintliche prinzipielle Nutzlosigkeit von Psychotherapieforschung. Die Zuschreibung einer überwiegend ignoranten Einstellung der Praxis zur Wissenschaft [Grawe, 1992; Schulte, 1992] dient primär einer rhetorischen Provokation ohne Gültigkeitsanspruch [van der Meer und Roth, 1992]. Davon allerdings zu unterscheiden ist, ob die aktuelle, konkrete psychologische Forschung in ihrer Ausrichtung auf ein no-mothetisch-naturwissenschaftliches Wissenschaftsideal als alltagsrelevant und praxisdienlich beurteilt wird. Diesbezüglich gibt es ja auch in der Wissenschaft selbst gewichtige kritische Stimmen [Dörner, 1983; Jüttemann, 1983; Holzkamp, 1988; Kleiber, 1989; Jaeggi, 1991], ohne daß diesen eine prinzipielle Wissenschaftsfeindlichkeit zugeschrieben (zuzuschreiben gewagt) wird.

Was sind die Schwerpunkte dieser Auseinandersetzung?

1. Symptomorientierung versus «Symptomhintergrund»orientierung. a) Es geht zunächst darum, daß die Standardverfahren partikularistisch am Symptom selbst ansetzen und ihre vornehmlich szientistischen Verfechter die individuelle symptomergeugende Lebens- und Hintergrundproblematik nicht erkennen, nicht erkennen wollen (weil sie sie vor erhebliche

methodische Probleme stellte) oder sie fälschlicherweise unter «Komorbidität» einreihen [Fiegenbaum, 1992a] in das deskriptive Sammelbecken horizontal nebeneinander platzierter Begleitsymptome [Margraf und Schneider, 1992, p. 266: «Ein Problem kommt selten allein»]. Die therapeutische Standardbehandlung ist eng mit bzw. in einer nomologischen Forschungspraxis verhaftet, die notgedrungen oberflächlich, abstrahierend und reduktionistisch orientiert sein muß. Insofern werden die komplexen Vernetzungen von psychischer Störung und individueller biographischer Entwicklung,

Leserbriefe

47

intra- und interpersoneller sowie sozialer Struktur und situativer alltäglicher Lebenswirklichkeit zunächst forschungspragmatisch verbannt und irgendwann dann – im Sinne von «Verlust der Tiefe» [Benesch, 1991] – gar nicht mehr erkannt: «Man sieht nur, was man weiß.» Dazu Kaminski [1970, p. 19]: «Der Praktiker ist oft genötigt, Individuen gleichsam im ganzen zu sehen, er hat Phänomene von höchstem Komplexitätsgrad zu bearbeiten, er wird mit Wirklichkeitsausschnitten konfrontiert, die zu durchforsten sich der Wissenschaftler in manchen Hinsichten versagen muß.» Besonders kritisch setzt sich Jüttemann [1983, p. 34] mit diesem der Psychologie inhärenten Forschungsproblem auseinander: «Die Reduzierung des Gegenstands auf die operationalisierbaren Teilaspekte bedeutet somit, daß die Methode nicht nur einen Vorrang vor dem Gegenstand besitzt, sondern diesen auch dominiert und möglicherweise sogar deformiert.» b) Da eine Symptomatik in den wenigsten Fällen monokausal etwa auf traumatische Ereignisse zurückzuführen ist [Lazarus, 1978], sollten Verhaltenstherapeuten die Komplexität einer psychischen Störung gerade nicht aussperren, sondern vielmehr bemüht sein, mit verschiedensten Einzelinformationen und entsprechenden Erhebungsverfahren [Fischer, 1985; Bergold und Flick, 1987] heuristisch, schlußfolgernd (nicht aber spekulativ-deutend!) und hypothesenprüfend «die eigentliche Problematik» des Patienten zu verstehen und daran dann gezielt mit verhaltenstherapeutischen Strategien und Methoden ansetzen. Diese hermeneutische, am ganzheitlichen Verstehen von Sinnzusammenhängen orientierte Sichtweise ist nun nicht die Privatmeinung eines quacksalbernden Uri Gellers der Psychotherapie [Margraf und Schneider, 1992], sondern eingebettet in eine äußerst umfangreiche psychologische Literatur, die z.B. bei Bastine [1990], Bergold und Flick [1987], Groeben [1986], Heinemann [1988], Lösel [1985] ausgewiesen wird. Wenn ich diese meines Erachtens gegenstandsangemessenere Verhaltenstherapieorientierung als «kausal-analytisch» etikettiert habe, was weder mit kausaler noch analytischer Therapie zu verwechseln ist, so findet sich hier eine Referenz an das «kausalanalytische Transaktionsmodell» [Bastine, 1990]. Danach «ist ein < Symptom > zu verstehen als problematisches Verhalten in einem Geflecht von funktionalen Bedingtheiten, das lebensgeschichtliche ebenso wie auslösende und aufrechterhaltende Faktoren einschließt» [Bastine, 1990, p. 146]. c) Diese Sichtweise impliziert nun nicht einen Ausschluß von empirischer Forschung und Generalisierbarkeit, sondern eben eine Prioritätsverlagerung von Energie- und Mitteleinsatz der Psychotherapiewissenschaft. Natürlich wird die empirische Forschung dadurch erheblich aufwendiger und schwieriger [Dahme, 1977; Reinecker, 1982; Jüttemann, 1983, 1990; Grawe, 1988; Petermann, 1989], aber darin liegt eben die Aufgabe (im doppelten Wortsinn!) von Wissenschaft. d) Was macht nun die empirische Wissenschaft der Standardtherapien? Sie macht aus ihrer methodischen Not eine Tugend. Sie legitimiert ihre einäugige symptomorientierte Selektion mit dem Verweis auf «mangelnde empirische Belege» für sozialätiologische Störungszusammenhänge und schafft sich so mit einem Mangel, den sie

selbst zu verantworten hat, ein selbsterfüllendes, gegenseitig verstärkendes Verharrungssystem!

e) Ja, sagen die klassischen Verhaltenstherapiewissenschaftler, die omnipotent gleichzeitig multipublizierende, anweisende Forscher und prozeßfahrene, anwendende Praktiker sein wollen, vernetzte Zusammenhänge sehen wir auch und berücksichtigen sie selbstverständlich auch in unseren Therapieprogrammen. So kommt es dann zum Beispiel zu interessanten Spekulationen über die Funktion von Symptomen mit gedeuteten Warn-, Signal-, Ordnungsherstellungs-, Ehestabilisierungs- und sonstigen Zweckfunktionen. Aus Opportunitätsgründen erspare ich mir ein «Outing» der wissenschaftlichen Literatur. Doch hier bewegen sich die therapierenden Forscher auf theoretisch äußerst dünnem Eis, denn genau hier steigen sie ab (oder auf?) in das erfahrungsgelitete therapeutische Entscheiden [Vogel und Schulte, 1991] auf defizitärer empirischer Basis. Oder dürfen die selbstdiszipliniereten Wissenschaftler dies eher als die unkontrollierte Praxis?

2. Unvollständigkeit durch Standardtherapien. Es geht darum, daß die primär auf das Symptom fokussierten Standardverfahren ein Weniger an problemangemessener Behandlung bieten und nicht umgekehrt, wie Schulte [1992] nahelegen möchte. Zunächst noch einmal zur Klarstellung, worüber Einigkeit besteht: Das Symptom bleibt Ausgangspunkt der Suche und Zielkriterium der therapeutischen Effizienz [Röhrborn, 1988]. Jetzt zu den Unterschieden: Die Standardverfahren verlangen primär Abbau der Symptomatik mit einer dafür spezifischen Methodik (z.B. Diagnose = Phobie oder Zwang = Behandlung mit Reizkonfrontation und Reaktionsverhinderung). Hier liegt dann auch das diagnostische, therapeutisch-inhaltliche Hauptaugenmerk [Caspar und Grawe, 1989], das Schwergewicht eines Manuals und insbesondere auch der Therapiezeit. Die «sonstigen» Probleme des Patienten, seien es weitere Krankheitssymptome oder nicht zu übersehende Lebensprobleme, werden als «begleitend», «unspezifisch», quasi als Nebenerscheinung «mitbehandelt», was sich dann ja auch in der zeitlichen Prioritätenverteilung niederschlägt. Keinesfalls werden sie mit der gleichen Akribie wie die Symptomatik analysiert, und eine gezielte vertikale Strukturierung [Grawe, 1980, 1987, 1988; Caspar, 1983, 1986; Revenstorf, 1989] zur therapeutischen Orientierung im komplex vernetzten Problemfeld geschieht nicht. Hier gibt es zwar genügend anderslautende Lippenbekennnisse und Postulate, aber untersuchen wir das konkrete Behandlungsverfahren, dann bestätigt sich diese zeitliche und konzentrative Dominanz. Das muß auch so sein, denn dies hängt mit dem obenerwähnten wissenschaftlichen Entstehungszusammenhang von Standardverfahren zusammen. Eigentlich sind diese «sonstigen Probleme» Störvariablen der Standardprojekte, so daß sie verdrängt, verkannt und simplifiziert werden müssen und ihnen nur ein kleiner Platz als «Alibibehandlung» im Standardprogramm eingeräumt wird. Viel mehr vertraut man auf einen allgemeinen «Bewältigungs-Rush» durch gezielte Symptomexposition, bei dem durch das massierte Aufbrechen der Vermeidungsstruktur des Patienten und seiner dabei positiven Erfahrungen dieser dann auch schon seine sonstigen Lebensprobleme endlich aktiv angehen und verändern wird [Butollo und Höfling, 1984]. Dahinter steckt die gewagte Annahme, der Patient kenne und verstehe schon seine Problemzusammenhänge und wisse, wo und wie er seine Veränderung anzusetzen habe. Diesen spekulativen Optimismus können nur diejenigen ernsthaft vertreten, die die Anstrengungen und Schwierig-

48

Leserbriefe

keiten einer «tiefen» Problemanalyse nicht kennen und/oder sich darauf nicht einlassen. «Eine hohe Komplexität stellt hohe Anforderungen an die Fähigkeit eines Akteurs, Informationen zu sammeln, zu integrieren und Handlungen zu planen» [Dörner, 1989, p. 60]. Insofern sind die Standardprogramme durch ihre Überblendung des symptomhaften Ausschnitts und durch Unterminierung des latent ungesunden Problemzusammenhangs inadäquat und unzureichend. Demgegenüber ist die hier vorgestellte Verhaltenstherapieorientierung ganzheitlich umfassender und nicht ein Weniger, sondern ein Mehr an angemessener Behandlung. Gehen wir von einem «normal ausgebildeten» Verhaltenstherapeuten aus, dann hat er ja wohl die Durchführung von Standardverfahren als selbstverständliches Handwerkszeug – «Hilfsmittel» bei Lazarus [1978], «nützliche Werkzeuge» bei Caspar und Grawe [1992] – gelernt und im Gepäck. In meinem Vortrag habe ich stellvertretend ausgeführt, daß ich mit zunehmender Erfahrung immer weniger die klassischen Standardverfahren selbst durchführe, sondern mich mehr auf das Verstehen und auf das Verändern der mit dem Symptom vernetzten «eigentlichen Problematik» konzentriere. Dies habe ich auf einen therapeutischen Kompetenzzuwachs zurückgeführt, der insbesondere auf langjähriger, vielfältiger Erfahrung beruht. Der bedeutsame Einfluß von Berufserfahrung auf die Effizienz von Therapeutenverhalten und Therapie wird nun doch wohl nicht ernsthaft bestritten [Lazarus, 1978; Lazarus und Davison, 1977; van der Meer und Roth, 1992; Kächele, 1992]. Oder doch [Margraf und Baumann, 1986; Schulte et al., 1991; Schulte, 1992]? Ich stimme mit Vogel und Schulte [1991] (außer mit deren «Schlußfolgerungen») überein: «Aufgrund seiner Ausbildung und seiner Erfahrung bringt der Therapeut generelles Wissen über das psychische Funktionieren von Menschen, wissenschaftlich begründetes, alltagspsychologisches und klinisches Änderungs- und Bedingungswissen, Störungswissen, therapeutisches Wissen, Fallwissen usw. als Erfahrungswissen in die aktuelle Therapie hinein» [p. 160].

Der implizite Schluß nun, der ja den rationalen Kern der auf mich niederprasselnden Schelte der Standardtherapeuten darstellt, daß nämlich bei der von mir hier vorgestellten Verhaltenstherapieorientierung eines Praktikers die empirisch fundierten verhaltenstherapeutischen Prinzipien (z.B. Exposition und Response prevention bei Phobien und Zwängen) nicht zur Anwendung kommen, ist nun leider verfehlt und ergibt sich auch nicht aus meinen Ausführungen [Köhlke, 1992]. Das durch die oben erwähnte Therapieausbildung und Übung ausgereifte Beherrschen der verhaltenstherapeutischen Techniken ist doch internalisiert und «automatisiert» – vergleichbar einem erfahrenen Autofahrer, der quasi «automatisch» das Fahrzeug führt und dabei seine primäre Konzentration auf Verkehr, Landschaft, Gespräch mit Mitfahrern usw. richten kann – so daß ich natürlich den Patienten je nach Bedarf und Therapiestand anrege, anleite und darauf achte, daß er die notwendigen In-vivo-Schritte versteht, ernst nimmt und kontinuierlich und gezielt durchführt. Obwohl ich also durchaus die Symptomreduktion «im Auge habe», ist meine eigene In-vivo-Beteiligung nur in wenigen Fällen erforderlich und dann zumeist auch nur auf wenige Sitzungen beschränkt. Auch in dieser Hinsicht reklamiere ich hier keine Besonderheit, sondern freue mich, daß sich diese «Selbst-Expositions-Therapie» in Gesellschaft von mächtigen Geistern der Verhaltenstherapie befindet [Marks, 1991, zitiert bei Lakotos, 1992; Ross und McGarrah, 1992; Mathews et al., 1988]. Im übrigen habe ich die «rein subjektive» Feststellung gemacht: Je mehr die Arbeit an den relevanten hintergründigen Problemen vorankommt und je mehr dabei ein die Autonomie förderndes Problem- und Änderungsverständnis beim Patienten wächst, desto intrinsischer und selbstbewußter entwickelt sich die Motivation, eigenständig die z.B. angstbesetzten, aufhaltenden Verhaltenseinschränkungen überwinden zu wollen. Dies erscheint mir auch hin-



sichtlich der grundsätzlichen therapeutischen Bedeutung von «self-efficacy» [Bandura, 1982; Kanfer et al., 1990] erwähnenswert.

Im Unterschied zu den «Standardtherapeuten» kann sich bei der hier vertretenen Verhaltenstherapieorientierung die nicht ersetzbare psychologische Kompetenz des Therapeuten primär auf das oben erwähnte schwierige Problemverstehen und -verändern konzentrieren («erfahrener Autofahrer»), während gleichzeitig auch die – sich für einen Verhaltenstherapeuten von selbst verstehenden – empirisch fundierten Bewältigungsprinzipien Anwendung finden. Insofern stellt diese Orientierung ein Mehr statt ein Weniger gegenüber Standardverfahren dar.

3. Wie lange noch: Theorie-Praxis-Diskrepanz? Und schließlich geht es darum, daß die Psychotherapiewissenschaft kein öffentlich finanziertes Selbstzweck ist, sondern endlich solche Modelle, Regeln und Verfahren entwickeln sollte, die einen Fortschritt für die alltägliche Praxiswirklichkeit bedeuten. Der Tenor der empirischen Untersuchungen und Kommentare scheint einhellig: Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Therapieforschung finden in der Praxis keine ausreichende Akzeptanz [Kleiber, 1985, 1989; Faltermeier, 1987; Grawe, 1982, 1992; van der Meer und Roth, 1992; Schulte et al., 1991; Wittmann, 1992]. Insbesondere die erfahrenen Praktiker weichen von ihrer einmal gelernten Orientierung an klassischen Methoden ab [Breuer, 1979; Grawe, 1982, 1988b; Vogel und Schulte, 1991; Caspar und Grawe, 1992]. Wie wäre es, wenn die Wissenschaft – statt «Hypothesen und Spekulationen» [Schulte, 1992, p. 335] – ernsthaft Erkenntnisse über eine solche generelle Desertion der Praktiker sammelte? Selbstgerechte Schuldzuweisungen an die ungehorsamen, ungelehrten Therapeuten – «Es wird zunehmend über die unzureichende Berücksichtigung und Nutzung von Forschungsergebnissen durch Praktiker geklagt» [Schulte, 1992, p. 335] -verschleiern die Zuständigkeitsfrage. Wessen Aufgabe ist es denn, am tatsächlichen Praktikerbedarf orientierte wissenschaftliche Fragestellungen zu entwickeln und darauf dann -in die Praxis umsetzbare – empirisch fundierte Antworten zu finden? Wissenschaftlerkommentare und Lösungsvorschläge zu dieser Frage gibt es ja nun zahlreich: Kleiber [1985, 1989], Grawe [1982, 1988a, 1988b, 1991], Caspar und Grawe [1989, 1992], Jüttemann [1983, 1990], Bergold und Flick [1987], Dörner [1983], Holzkamp [1972, 1988], Mayring [1983, 1990] usw. Vielleicht sollte statt von Theorie-Praxis-Kluft eher von einem tiefen Wissenschaftlergraben gesprochen werden und das «bemerkenswerte Phänomen» [Margraf, 1992, p. 334] vor der eigenen Haustür identifiziert werden. Daher frage ich abschließend noch einmal pointiert: Warum

Leserbriefe

49

verlassen die unter Erwartungs-, Zeit- und Erfolgsdruck stehenden Praktiker die einfach zu erlernenden [Fiegenbaum, 1992; Sulz, 1987] und im Rahmen ihrer Ausbildung auch erlernten, empirisch asphaltierten Wege, um auf viel beschwerlicheren «subjektiven», heuristischen Pfaden etwa doch nur dasselbe Ziel zu erreichen?!

Bitte Literatur beim Verfasser

(mit Freiumschlag) anfordern:

Hans-Ulrich Köhlke

Praxis für Verhaltenstherapie

Moltkestraße 81

D-W-7500 Karlsruhe 21 (BRD)

Leserbrief zum Diskussionsforum in VERHALTENSTHERAPIE 1992;2:256ff., insbesondere zu Köhlke, H.-U., «Aktuelle verhaltenstherapeutische Standardprogramme: Moderner Rückschritt

in die Symptomtherapie?!», und zu Margraf, J. und Schneider, S., «Erfahrung, Wissenschaft und Praxis: Mißverständnisse über empirisch fundierte Psychotherapie»

Mit ihrer aggressiv-entwertenden Argumentationstendenz liefern Margraf und Schneider ein beredtes Beispiel für Kri-tikimmunisierung: Indem nur schwer empirisch faßbare, das verhaltenstherapeutische Handeln steuernde Faktoren, wie z.B. Interpretationskonzepte oder Auslegungstechniken, aber auch Störungskonzeptionen, die die «Vordergründig-keit» bestimmter Symptomatiken gegenüber der für die Änderungskonzeption wesentlicheren «Hintergründigkeit von Problemkomplexen» betonen, als entweder nicht vor-handen oder spekulativ und damit «schlecht» etikettiert werden, ist eine Auseinandersetzung mit dem Mangel oder der Problematik ihrer Beforschbarkeit nicht mehr erforder-lich, es genügt die Abwertung des Kritikers. Dabei ist doch der Hinweis auf die Tatsache, daß es bereits in den 60er Jahren eine Diskussion zu der Frage gab, ob die Verhaltenstherapie nicht immer wieder – in Störungskonzept und Therapiedurchführung – die Vordergründigkeit der Symptomatik zu sehr betone, nicht im mindesten Argument dafür, sie nicht weiterzuführen. Ist diese Diskussion über-haupt beendet? Sind die aufgeworfenen Fragen denn beant-wortet worden?

Auch wenn Verhaltenstherapie heute das hinsichtlich ihrer Therapieeffizienz am besten gesicherte Therapieverfahren zu sein scheint, so bedeutet dies doch nicht mehr, als daß sie sich einerseits als empirischer Beforschung besonders zugänglich erwiesen hat und andererseits als vermutliche Folge dessen in Kreisen der ihre Universitätskarriere betreibenden empirisch orientierten Wissenschaftler eine besondere Popularität ge-nossen hat. Das trifft offensichtlich insbesondere für die so verlockend einfach operationalisierbaren symptombezoge-nen verhaltenstherapeutischen Techniken zu. Es kann und soil dabei nicht in Abrede gestellt werden, daß es sich bei die-sen Techniken auch um störungsreduzierende Einflußgrößen handelt. Es muß aber in Übereinstimmung mit Köhlskes Position betont werden, daß die «techniklastigen» symptomzen-trierten Therapiekonzepte [z.B. Margraf und Schneider: Panik, 2. Aufl., Berlin, Springer, 1990] keinesfalls den aus dem Praktikeralltag erwachsenden Anforderungen an verhaltenstherapeutisches Handeln gerecht werden. Im Gegen-teil, zunehmende therapeutische Erfahrung führt vielmehr sukzessive zu einer Ausweitung des therapeutischen Instru-mentariums, das sich von symptomzentrierten Therapietech-niken teilweise weit entfernt. Vor allem der große Bereich sogenannter «kognitiver» Inter-ventionen wird durch die Erfordernisse des Praktikeralltags zunehmend ausgebildet und ausdifferenziert. Die empirische Psychotherapieforschung stellt hier wenig Hilfen zur Verfü-gung. Dies soil an einem Beispiel illustriert werden: So können wir versuchen, den der Alltagssprache entstam-menden Begriff «Schuldgefühl», der in Therapien immer wieder von Patienten als Steuerungsgröße für Problemver-halten benannt wird, allein in der Konzeption von Konse-quenzen des Verhaltens zu betrachten. In diesem Sinne bestimmt das «Schuldgefühl» dann die Negativität der Ver-stärkung. Wenn wir die hierin enthaltene Kontingenz zwi-schen Verhalten und «Schuldgefühl» aber aufheben wollen, müssen wir (auch) an der Kognition des Patienten in begriffs-inhaltlicher Hinsicht ansetzen. Dazu ist es einerseits not-wendig, den Begriff «Schuld» des Patienten in seiner subjek-tiv-historischen Sicht zu verstehen. Wir können das dann «Erstellung einer Entstehungshypothese für Problemverhal-ten» nennen. Damit wird allerdings verschleiert, daß wir uns letztlich in Verstehens- und Interpretationsprozessen befin-den. Wenn wir andererseits gemeinsam mit dem Patienten prüfen wollen, ob und in welchem Ausmaß überhaupt «Schuld» vorliegt, benötigen wir dafür eine Konzeption des Begriffs «Schuld». Eine solche Konzeption könnte z.B. die Prüfung der Zurechenbarkeit des norm- oder wertwidrigen Handelns des Patienten als zentrales Schulselement beinhal-ten – ebenso wie Überlegungen zur Möglichkeit

der «Sühne» von Schuld. Diese gemeinsam mit dem Patienten erfolgenden Prüfungen könnten dann das Vorliegen von «Schuld» bestätigen oder ablehnen, woraus sich dann weitere Interventionen entwickeln lassen. Wir bezeichnen solches Vorgehen dann als «kognitive Intervention», hüllen es damit in einen (mittlerweile) anerkannten verhaltenstherapeutischen Terminus und verschleiern erneut, daß wir uns hier hermeneutischer Verfahrenswesen bedienen.

Solche Verschleierung könnte unterstützt haben, daß sich die empirische Psychotherapieforschung mit derlei den Therapiealltag auch von Verhaltenstherapeuten kennzeichnenden Interventionen so gut wie nicht beschäftigt hat. Eher aber noch scheint sie Effekt der Befürchtung zu sein, daß empirische Psychotherapieforschung ein ungeeignetes Mittel zur Beforschung solcher therapeutischer Effektoren darstellen könnte. In diesem Sinne ist Köhlkes Kritik gegenüber der bisherigen empirischen Psychotherapieforschung eine von Praktikerseite lang erhoffte Notwendigkeit, wenn nicht der Verhärtung blinder Flecken durch bestimmte Forschungsparadigmen Vorschub geleistet, der Inhalt des Begriffs «Verhaltenstherapie» durch unangemessen einseitige Konzeptionen definiert und eventuell ins Recht der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden soll. Das gilt um so mehr, wenn bedacht wird, daß zentrale Konzepte der Verhaltenstherapie, wie beispielsweise das Bedingungsmodell der Störung (verwandte, den Bedeutungsgehalt teilweise überlappende Begriffe: Bedingungshypothese, funktionale Störungshypothese, interaktionelle/individuelle

.so  
Leserbriefe

Funktionalität usw.), ohne Verstehens- und Interpretationsprozesse bezüglich des zu einem nicht unbeträchtlichen Teil in sprachlichem Ausdruck vorliegenden Informationsmaterials im Rahmen einer Therapie gar nicht auskommen. Auslegung und Interpretation sind hier zwar seltener Intervention selbst (wie dies in tiefenpsychologischen Verfahren der Fall ist), stellen aber mindestens Voraussetzungen für die Ableitung bzw. Entwicklung von Störungsbedingungen ändernden Interventionen dar.

Die einseitige Betonung der empirischen Forschungsergebnisse zur Effektivität von standardisierten «Therapiepaketen» für den verhaltenstherapeutischen Praxisalltag fördert in der Tat die Entwicklung einer rezeptologischen Verhaltenstherapie, die in therapeutischen Konzepten wie dem von Margraf und Schneider zur Angstbehandlung oder auch in einer Reihe verhaltensmedizinischer Therapiekonzepte der letzten Jahre ihren Ausdruck findet. Dabei lassen solche Therapiekonzepte unter Berücksichtigung der ihnen zugrundeliegenden Modellvorstellungen häufig – verschleiert – nicht nur Auslegung und Interpretation zu, sondern fordern sie sogar, ohne diese Forderung allerdings in den abgeleiteten Therapiekonzeptionen einzulösen.

Wenn z.B. Margraf und Schneider in dem ihrem Therapie-manual vorangestellten Störungsmodell mit der Formulierung «Interne und externe Stressoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit von physiologischen und kognitiven Ereignissen, die den positiven Rückkopplungskreis starten können» (Panik, pp. 22ff.) die Möglichkeit einer chronisch erhöhten vegetativen Aktivierung als Voraussetzung für die Entstehung eines Panik-syndroms annehmen, dann verweisen sie damit doch auf z.B. wiederholt physiologische Erregungsprozesse bewirkende Konfliktbedingungen im Leben des Patienten, wie Köhlke sie als «Hintergrundproblematik» bezeichnet hat. Margraf und Schneider vergessen dann aber, dies in ihrem Behandlungs-konzept zu berücksichtigen. Daß dies auch nicht nötig sei, weil es letztlich

genüge, den Rückkopplungskreis zu unterbrechen, kann als generelle Strategie doch nicht guten Gewissens postuliert werden. Abgesehen von der mit einem solchen Postulat verbundenen ethischen Problematik gehört es doch heute zum psychotherapeutischen Allgemeinwissen, daß z.B. eine chronisch erhöhte vegetative Aktivierung einen Nährboden für zahlreiche unterschiedliche Störungen darstellt.

Solcherart als «Hintergrundproblematik» bezeichnete Störungsbedingungen in der Beziehung zu und gemeinsam mit dem Patienten zu identifizieren und gegebenenfalls zu ändern, muß der Verhaltenstherapeut zu einem zentralen Therapieziel machen, will er seine eigenen Hypothesenbildungen ernst nehmen. Und ist es dafür nicht unumgänglich, dort wo Konzepte und Forschungsergebnisse von Psychologie und Nachbarwissenschaften für diesen Identifikations- und Änderungsprozeß nicht hinreichen, auf die eigenen über Erfahrung gebildeten «psychotherapeutischen Alltagstheorien» zurückzugreifen, die u.a. Wahrnehmung, Datensammlung und Behandlungshypothesen hervorbringendes Verstehen leiten? Dabei ist selbstverständlich nicht psychotherapeutische Erfahrung per se der Wert, der diese Verstehenskompetenz entwickelt und verfeinert, sondern benannte und reflektierte Erfahrung. Und schließlich: Ist es nicht geradezu notwendig, die Änderungsplanung dort anzusetzen, wo eine «Hintergrundproblematik» als wesentliche (im konkreten Fall änderbare) Störungsbedingung angenommen wird (z.B. weil sie immer wieder vegetative Erregung «produziert», in deren Folge Körpersensationen auftreten, die wiederum Auslöser für Angstanfälle sind)? Ist dies nicht die einzige Möglichkeit für den Patienten zu prüfen, ob die mit dem Therapeuten gebildete Störungshypothese haltbar ist? Die Eröffnung der Diskussion um diese Fragenkreise ist längst überfällig, und es ist der Zeitschrift «Verhaltenstherapie» zu danken, daß sie dafür ein Forum zur Verfügung stellt.

Dipl.-Psych. J.C. Lammers

Iseplatz 8

D-W-2000 Hamburg 20 (BRD)

Leserbrief zu Köhlke I Fiegenbaum I Margraf und Schneider in VERHALTENSTHERAPIE 1992;2:256–266

Der Beitrag von Köhlke beschreibt in äußerst beeindruckender Weise, daß eine Verhaltenstherapie – wenn sie sich nicht primär in klassischen Expositionsvorgehensweisen und Standardhandbuchbehandlungen erschöpft – tatsächlich den übergeordneten individuellen Störungszusammenhang verstehen und therapeutisch erfolgreich behandeln kann. Seine prägnanten Fallillustrationen vermitteln einen sehr guten Einblick in deren konkrete Umsetzung. Gerne würde ich in Ihrer Zeitschrift öfter solche Beiträge publiziert sehen. Im Unterschied hierzu bleiben bei den Kommentaren von Fiegenbaum sowie von Margraf und Schneider viele Fragen offen. Exemplarisch sei auf je einen Aspekt verwiesen. So bleibt beim Kommentar von Fiegenbaum unklar, ob es sich bei der im Rahmen der Christoph-Dornier-Stiftung in Marburg zu «Chefarztpsychologenhonoraren» (DM 310,- pro Stunde) durchgeführten Behandlung um ein qualitativ neues Therapieverfahren handelt oder aber mit einem Vorgehen ambulant und stationär tätiger Verhaltenstherapeuten vergleichbar ist. Im Kommentar von Margraf und Schneider bleibt unklar, weshalb ein innerhalb der verhaltenstherapeutischen Standardverfahren erfolgreicher Therapeut den mit beinahe 100%igen Erfolgsaussichten versehenen Standardbehandlungsweg verläßt und seine Interventionsmöglichkeiten und Behandlungswege erweitert. Den Beitrag von Köhlke wegen der Verwendung von Begriffen wie z.B. kausal-analytisch orientierte Verhaltenstherapie oder fehlender Statistiken multivariater Couleur in die psychoanalytische Ecke zu stellen, mit der man sich dann nicht weiter auseinanderzusetzen hat,

erscheint mir unlogisch. Darüber hinaus empfinde ich die Art und Weise, wie von Vertretern der wissenschaftlichen Seite mit sehr innovativen Anregungen für die psychotherapeutische Diskussion in Forschung und Praxis umgegangen wird, als äußerst ärgerlich und der Sache nicht dienlich.

Um so verständlicher wird dies, wenn sie selbst z.B. in einer Veröffentlichung des IFT München zur «Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie» von der «widerstandmindernden Reihenfolge beim Korrigieren von Fehlinterpretation» sprechen [Margraf und Schneider, 1992, p. 119]. Dieses Vorgehen zielt offensichtlich darauf ab, den eigenen Standpunkt gegenüber Kritik zu immunisieren.

Leserbriefe

51

Wollen sich die praktizierenden Verhaltenstherapeuten nicht einengen lassen, so müssen sie sich mit den von Köhlke beschriebenen Vorgehensweisen ernsthaft auseinandersetzen. Es ist Aufgabe der Psychotherapieforschung, adäquate Methoden zur Erfassung des Therapiegesehens bereitzustellen und die aus der Praxis kommenden Innovationen zu überprüfen. Es kann nicht Aufgabe engagierter PraktikerInnen sein, zusätzlich zu ihren Innovationen noch die notwendigen wissenschaftlichen Belege liefern zu müssen. Die Forschungsmethoden müssen sich in diesem Zusammenhang der Komplexität des therapeutischen Alltags anpassen und nicht umgekehrt.

Dipl.-Psych. M. Neher

Sickingenstraße 15A

D-W-7800 Freiburg (BRD)

Leserbrief zu Köhlke, H.-U.: «Aktuelle verhaltenstherapeutische Standardprogramme: Moderner Rückschritt in die Symptomtherapie?!» in VERHALTENSTHERAPIE 1992;2:256–262

Das muß ein Fest für die Redaktion der «Verhaltenstherapie» gewesen sein, daß sich ein Praktiker so weit vorwagt, wie dies Köhlke getan hat. In zwei eleganten Kommentaren wird er ganz sachlich, aber auch öffentlich «hingerichtet». Das hat er nun davon! Ob sich so schnell wieder ein Praktiker vorwagen wird? Man kann nur hoffen, daß Köhlke diese Begegnung der dritten Art psychisch einigermaßen überwunden hat und nicht selbst zum Leidenden geworden ist. Mein Vorwurf an die Redaktion ist, daß sie den Aufsatz nicht zurückgewiesen hat; nicht weil Köhlke grundlegend falsch läge, sondern weil er sehr ungeschickt argumentiert. Statt z.B. von kausal-analytischem Vorgehen zu sprechen, wäre es für das psychische Wohl von Köhlke sehr viel weniger gefährlich gewesen, sich etwa des Begriffs der verhaltensanalytischen Abstraktion [vgl. Z Klin Psychol 1983, pp. 206ff.] zu bedienen oder sich auf die Kognitive Verhaltenstherapie zu beziehen, die mit ihren Analysen der Kognitionen, Pläne und Oberpläne im Prinzip sogar die Psychoanalyse überflüssig macht, oder die Literatur zum Beziehungsaspekt in der Verhaltenstherapie heranzuziehen. Die Infragestellung einer Therapiemanualitis ist meines Erachtens berechtigt. Das Strickmuster der Manuale ist weitgehend dasselbe: etwas Symptomspezifisches, etwas Entspannung, etwas soziale Kompetenzschulung. Das soll noch keine Kritik sein, führt aber offensichtlich bei Köhlke (und ich vermute nicht nur bei ihm) dazu, dieser Volkshochschulroutine überdrüssig zu werden. Statt immer neue Manuale zu entwickeln, sollten Hochschullehrer einmal dem Schicksal dieser Manuale nach deren Veröffentlichung nachforschen und gegebenenfalls um ein Motivationstraining für Therapeuten ergänzen. Im übrigen halte ich die Paniktherapie in Marburg, ob mit oder ohne Manual, für eine gute Sache,

solange eine strenge Indikationsstellung erfolgt. Die banale Erkenntnis, daß Angst nicht durch Weglaufen oder Reden allein, sondern zumindest in vielen Fällen über Exposition besser behandelbar ist, ist allerdings kein Verdienst deutscher Psychologie-wissenschaft. In der Tat läßt sich die Symptomorientierung auch thematisieren: Ärzte behandeln gastroenterologische Symptome, HNO-Beschwerden, kardiologische Krankheiten usw. Warum gibt es nicht symptomorientierte Fachpsychotherapeuten? Ärzte behandeln auch vielfach symptomatisch (in Abhebung zur kausalen Behandlung). Der Begriff kausal mag auf das medizinische Krankheitsmodell verweisen, mag aber auch einfach nur bedeuten, daß es – im Bereich der Psychotherapie – um eine Bedingungs-gleichung geht, in der die verhaltenssteuernden (in gewissem Sinne kausalen) Bedingungs-faktoren beschrieben werden sollen.

Nichts gegen empirisch fundierte Therapie und klinisch getestete Standardprogramme. Es gäbe auch die Möglichkeit, einen Universitätsassistenten zu Herrn Köhlke zu schicken, mit dem Angebot, eine Erfolgskontrolluntersuchung seiner Therapien durchzuführen. Damit könnte der Assistent seine Doktorarbeit bestreiten, und auch der Kollege Köhlke sollte seinen Dokortitel erhalten, wenn die Behandlungsergebnisse wenigstens befriedigend ausfallen! Das Verhältnis von Hochschullehre und therapeutischer Praxis scheint mir – und manchmal wird dies auch in der Fachliteratur sichtbar – arg gestört. Angesichts des noch immer gültigen Satzes von Davison und Neale, daß die heutige Klinische Psychologie ein Gebiet darstelle, in dem es nur wenig gesicherte Erkenntnisse gebe, sollte beiden Seiten klar sein, daß sie im selben Boot sitzen, das zudem seit vielen Jahren auf der Stelle dümpelt, wie es scheint. Warum – nochmals und abschließend die kausalanalytische Frage – wurde der Aufsatz von Köhlke veröffentlicht? Oder – ein schlimmer Gedanke – handelt es sich um einen Vortrag, dessen Freigabe zur Veröffentlichung vom (somit funktionalisierten) Autor erbeten wurde?

Dipl.-Psych. D. Mi

Ludwig-Braun-Straße 32

D-W-6430 Bad Hersfeld (BRD)

Anmerkungen zur Diskussion um Köhlkes Beitrag: «Aktuelle verhaltenstherapeutische Standardprogramme: Moderner Rückschritt in die Symptomtherapie?!»

(VERHALTENSTHERAPIE 1992;2:256–266)

Wir wären nicht Psychologen, wenn wir uns nicht fragten, warum die Kommentare zu Köhlkes Provokation so scharf ausfallen. Zwar behaupten Margraf und Schneider in ihrer Replik, daß sie «die Debatte wieder auf die sachliche Ebene» zurückführen wollen [p. 265], begeben sich aber sehr rasch ihrerseits auf die Ebene «persönlicher Anwürfe» [p. 265], die sie Köhlke zum Vorwurf machen. Jemand, der solch eine scharfe Diktion – bis hin zur Beleidigung – wählt, muß sich getroffen fühlen. Leider machen Margraf und Schneider nicht deutlich, wo die Kritik ihr Ziel findet. In einem «Rundumschlag» diskreditieren sie Köhlkes Argumentation von Anfang bis Ende. Dies scheint mir aber dem gegenwärtigen Diskussionsstand nicht angemessen.

Inwieweit sind Symptome wirklich Symptome oder der Kern des Problems? Wir Älteren wissen, wie heftig die Diskussion um diese Frage zwischen Verhaltenstherapeuten und tiefenpsychologischen Psychotherapeuten in der Vergangenheit geführt wurde. Mit gegenseitigen Verdächtigungen und Unterstellungen wurde nicht gespart. In den letzten Jahren haben sich diese Debat-

52

Leserbriefe

ten jedoch versachlicht, und zwar – nach meinem Eindruck -aus dem Grund, daß beide Seiten feststellen mußten, daß sie nicht die Wahrheit «für sich gepachtet» haben. Psychoanalytiker (wie ich aus meiner langjährigen fallbezogenen und indikatorischen Arbeit mit Rohde-Dachser, jetzt Frankfurt, weiß) behaupten nicht mehr, daß jede kleine Spinnenphobie Ausdruck tieferer Störungen sein muß, sondern daß falsches Lernen durchaus zur Genese solcher Störungsbilder beitragen kann und daß therapeutisch gelenktes «Verlernen» hier die Methode der Wahl ist. Andererseits wissen Verhaltenstherapeuten, die sich mit komplexeren Störungsbildern auseinandersetzen, daß bei allem «Ernstnehmen der Symptomatik» die Abkonditionierung derselben in vielen Fällen nicht hinreichend ist. Die Aussage, es gebe keine Belege für diese Position, wird benutzt, Köhlkes Ansichten mit «Astrologie, Hellseherei und Telekinese» [p. 266] gleichzusetzen. Auch dies ist keine sachliche Aussage, sondern schlicht eine (absolut unnötige) Beleidigung.

Ich habe Köhlkes Text nicht so gelesen, «daß die Patienten mit ihren Beschwerden nicht ernst genommen» würden [p. 266]. Die Beschwerden sind auch bei ihm Ausgangspunkt der Problemanalyse. Darüber hinaus wird aber noch geschaut, ob es reicht, vom symptombezogenen Krankheitskonzept der Patienten auszugehen und dieses allein therapeutisch fruchtbar zu machen. Mit dem Versuch, auf breiter Basis die das Symptom aufrechterhaltenden Bedingungen herauszuarbeiten, begibt man sich nicht vom «wissenschaftlich erworbenen Störungswissen» [p. 266] weg, sondern legt die Basis für sinnvolle Therapie. Es geht dabei nicht primär oder gar allein um die subjektive Erfahrung von Therapeuten, sondern um eine erste Konzeptualisierung des Problems, davon abgeleitet eine Intervention, die («empirisch»!) ausgewertet wird und zu einer eventuellen Korrektur der Therapiestrategie führt. Dem Patienten wird nicht ein «Störungsmodell» aufgenötigt, sondern es wird überprüft, welches Störungsmodell zum Ausgangspunkt für eine konstruktive Therapie gemacht werden kann. Zwar wird eingeräumt, daß in 90% der Fälle Komorbidität existiert; in den bislang veröffentlichten Texten [z.B. Margraf und Schneider, 1990] wird dieser Tatsache jedoch nicht die entsprechende therapeutische Relevanz eingeräumt. Ich denke, daß das Köhlke in seiner Kritik wesentlich im Auge hat. Gerade bei komplexeren Störungsformen ist die Vereinbarung von konkreten Therapiezielen nicht so einfach, wie sie nach dem Kommentar von Margraf und Schneider erscheint. Immer wieder werden Therapeuten durch Klienten mit Therapiezielen konfrontiert, die schlicht unrealistisch sind, weil wesentliche aufrechterhaltende Faktoren unberücksichtigt bleiben. Der Therapeut kann daher die Konzeptualisierung des Klienten im Regelfall nicht einfach übernehmen, sondern muß eine dem Störungsbild entsprechende, umfassendere Strategie vermitteln. Dabei ist natürlich wünschenswert und notwendig (im Hinblick auf angemessene Kooperation des Patienten), alle Karten auf den Tisch zu legen und keinen «geheimen Plan» zu verfolgen. In diesem Zusammenhang sei nur passager angemerkt, daß alle therapeutisch Arbeitenden um Pläne von Klienten wissen, die häufig zwar nicht geheim, aber den Betroffenen völlig undurchschaubar sind. Aufgabe des Therapeuten ist es dann, diese transparent zu machen [vgl. die Arbeiten aus dem Kreis um Grawe].

Es ist schade, daß die Essenz in Köhlkes Beitrag in polemischem Sperrfeuer untergeht. Da die Autoren aber offensichtlich «getroffen» sind (siehe oben), ist darauf zu hoffen, daß zukünftige Veröffentlichungen sich mehr mit komplexeren Problemen und ihrer Behandlung beschäftigen und die bis-her sehr hohen Erfolgsmeldungen der Marburger Gruppe ergänzt werden durch eine Analyse der Mißerfolge. Wissenschaft, die sich ernst nimmt, muß sich auch diesen Fragen zuwenden.

Prof. Dr. Dipl.-Psych. A. Kuhr

K. Konstanty-Gutschow-Straße 8  
D-W-3000 Hannover 61 (BRD)