

immer schon gegebenen Gegenwart Gottes im eigenen Leben, ist in der Geschöpflichkeit des Menschen mit ihrer Entwicklungstendenz angelegt. Hier stellt sich die Frage, inwieweit das theologische Zielbild des Menschseins (im Verständnis Rahners als Einheit des Menschen mit Gott auf allen seinen Beziehungsebenen) auch psychologische („geschichtliche“) Kategorien umfasst und mit Rogers' Zielbild der mit sich selbst kongruenten ‚fully functioning person‘ in Beziehung zu setzen ist.

In der kritischen Würdigung Rahners Menschenbildes führt Deister an, dass sich eine stärkere Darlegung der konkreten kategorialen Erfahrbarkeit der in transzendentaler Reflexion gewonnenen Einsichten eher in den lebensnahen geistlichen Schriften finden lässt. Dieser Befund lässt auch die Herausforderung der Auswahl und Bezugnahme erkennen, welche jeweiligen Quellen aus dem umfangreichen Werk sowohl Rahners wie Rogers für eine synoptische Vermittlung zwischen beiden Menschenbildern als relevant einzubeziehen wären.

Umso beachtlicher erscheint daher, dass es Deister weithin gelungen ist, die a priori abgeleiteten anthropologischen Kategorien bei der Darstellung des jeweiligen Menschenbildes in der jeweiligen Zuordnung ihrer wesentlichen Aspekte durchzuhalten und so zu einer Gesamtsicht des Menschen zu integrieren. Für Rogers wie für Rahner ist die menschliche Entwicklung von einer konstruktiven, auf Entfaltung und Entwicklung ausgerichteten Kraft getragen. Allerdings unterscheiden sich die beiden Ansätze hinsichtlich der Grundlage (naturale Aktualisierungstendenz vs. sich selbst mitteilender Gott) als auch der Zielvorstellung dieses Prozesses (Selbstverwirklichung der ‚fully functioning person‘ vs. Erlösung und Vollendung des Menschen in der Gemeinschaft mit Gott). Der personenzentrierte Ansatz erhebt den Anspruch einer ganzheitlichen Betrachtung des Menschen als Person. Aus transzendentaltheologischer Sicht sei daher – so Deister – zu fordern, dass er auch auf die Bedeutung menschlicher Erfahrung von Transzendentalität für den psychotherapeutischen Prozess sowie für hilfreiche menschliche Beziehungen insgesamt eingeht (vgl. S. 265).

Ein wesentlicher Unterschied zwischen personenzentriertem und transzendentaltheologischem Verständnis menschlicher Entfremdung wird von Deister hinsichtlich der Frage nach ihrer Entstehung und Überwindung markiert. Auch die Möglichkeiten und Grenzen der Entwicklung des Menschen lassen sich in ihrer unterschiedlichen Beschreibung („Überwindung der innermenschlichen Inkongruenz“ – „Überwindung der sündhaften Trennung von Gott“) in einem Person-Verständnis als Prozess hin auf größtmögliche Individualität und Relationalität übersetzen und vermitteln. Hierbei ist es Deister wichtig zu berücksichtigen, dass es sich um Entsprechungen zwischen verschiedenen anthropologischen Reflexionsebenen und nicht um eine Gleichsetzung psychologischer und theologischer Termini handelt (vgl. S. 299). Zugleich spricht er sich als Ergänzung und Vertiefung beider anthropologischer Ansätze für eine stärkere Reflexion des konkreten soziokulturellen und historischen Umfeldes aus. Bei Rogers wie bei Rahner seien etwa die Grenzen der Fähigkeit zu wirklich verantwortlichem Selbstvollzug nicht ausreichend problematisiert.

Deister ist gelegen an wechselseitiger Bereicherung der Forschungsmethodik durch ein verstärktes Aufgreifen des hermeneutischen Vorgehens in der Psychologie und empirischer Methoden in der (Praktischen) Theologie. Dadurch wird der interdisziplinäre Dialog im Bereich der Religions- und Pastoralpsychologie wie auch zwischen Psychotherapie und Beratung angeregt und fortgeführt. Deister betont dabei, dass die Integration empirischer Forschungsmethoden ebenso wie die Anwendung psychotherapeutischer Interventionsformen in der seelsorglichen Praxis stets die anthropologischen Grundlagen und Grenzen zu reflektieren habe, um nicht zu einem Eklektizismus, sondern zu einer wirklich sinnvollen Integration und Weiterentwicklung der eigenen Möglichkeiten zu führen (vgl. S. 313).

Die vorliegende Publikation lässt erkennen, dass die alltäglichen Herausforderungen der Arbeit als Krankenhausseelsorger für Deister den impliziten und expliziten Dialog von Theologie und Psychologie, von Seelsorglichem und Psychotherapeutischem gefördert und gefordert haben.

Jürgen Kriz

## Jochen Eckert, Sven Barnow und Rainer Richter (Hrsg.): Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie

Bern: Hans Huber Hogrefe AG, 2010. 476 Seiten, ISBN 978-3-456-84781-8. € 39,95/CHF 68,00

In der Psychoanalyse spielt das Erstgespräch – dort unter dem *terminus technicus* „Erstinterview“ – seit jeher eine zentrale Rolle. Es gibt daher eine Reihe von Werken darüber. Wenn nun im vorliegenden Buch Erstgespräche in unterschiedlichen Ansätzen und aus diversen Blickwinkeln erörtert werden, so ist dies nicht einfach als eine

Erweiterung des Diskurses zu verstehen. Vielmehr geht das zentrale Anliegen dieses Buches – wie im kurzen Vorwort der drei Herausgeber und dem Einführungskapitel von Eckert explizit ausgewiesen – von der vielfach beklagten Tatsache aus, dass mehr als 40 % der Psychotherapien, für die eine positive Indikation gestellt worden ist, nicht

erfolgreich beendet werden. Wobei sich diese Zahl aus den Abbrechern einerseits (über 20%) und den nicht erfolgreich behandelten Patienten (rund 25%) zusammensetzt. Diese Zahl erhöhte sich sogar noch deutlich dadurch, wenn man die Zahl der Rückfälle mit einbezieht: Rund 30% aller kassenfinanzierten ambulanten Therapien sind Wiederaufnahmen von Behandlungen – was zwar keineswegs immer, aber zumindest zum Teil, als Misserfolg einer vorhergehenden Behandlung zu verstehen ist. Wenn also, wie Eckert darlegt, „mehr als 50% aller psychotherapeutischen Behandlungen Misserfolge“ sind (S. 15), müsste die Indikationsstellung sorgfältiger, mit höherer Validität und unter besserer Nutzung differenzieller Indikationsmöglichkeiten erfolgen. Entsprechend dieser Analyse sollten, so die Autoren, im Erstgespräch Entscheidungen über Fragen gefällt werden wie: Ist überhaupt eine psychotherapeutische Behandlung indiziert? Ist der Therapeut und/oder das von ihm praktizierte Therapieverfahren passend? Welches Setting (teil-/stationär, ambulant, Einzel-, Gruppen-, Familientherapie) ist am besten geeignet? Welche Prognose kann – ggf. unter Einbeziehung probatorischer Sitzungen – für den Erfolg gestellt werden usw. (S. 27).

Diese Fragestellungen spiegeln sich auch in der Gliederung des Buches wider, das (neben kleineren) fünf große Kapitel enthält, unter denen Aspekte in Erstgesprächen diskutiert werden: 1. *verfahrensspezifisch* – wobei die in der BRD „wissenschaftlich anerkannten“ fünf Verfahren jeweils einen Fokus bilden: Psychodynamische, Systemische, Neuropsychologische, Verhaltens- und Gesprächs-Psychotherapie; 2. *störungsspezifisch* – hier wird die Sicht auf das Erstgespräch aus neun „Störungsgruppen“ erörtert, von Angst und Depression bis zu Sexualstörungen und psychischen Störungen körperlich kranker Menschen; 3. *besondere Gruppen* – nämlich Kinder- und Jugendliche, Alte, geistig Behinderte und Straftäter; 4. *unterschiedliche therapeutische Rahmen* – hier werden Fragen erörtert wie z. B. Einzel- vs. Gruppentherapie, Therapiedosis oder Therapiefrequenz; 5. *Alternativen zur Psychotherapie* – nämlich Beratung, Psychoedukation und Krisenintervention.

Man erkennt hieran schon die Vielfalt, mit der 31 Autorinnen und Autoren in 29 Kapiteln das komplexe Thema „Erstgespräch“ angegangen sind. Das macht das Buch auf jeden Fall lesenswert. Allerdings darf man auch die Ausgangsfrage bzw. das implizit anfangs geäußerte Anliegen aufgreifen und diskutieren, ob mit diesem Wissen auch die Zahl der „Misserfolge“ im obigen Sinne verringert werden kann. Hier ist der Rezensent skeptisch – oder mahnt zumindest zu großer Bescheidenheit.

Denn schon in der Mitte des Buches geht Eckert der Frage differenzieller Psychotherapieindikation in einem kurzen Kapitel nach: „Wann ist welche Psychotherapie indiziert – und bei wem?“. Dies mündet, neben der Erörterung von Passungsproblemen, im Wesentlichen in der ebenso bekannten wie ernüchternden Feststellung, dass die Suche nach klaren Zuordnungen von jeweils „besten“ Therapieverfahren bzw. -methoden zu ICD-Störungen trotz oder wegen der umfangreichen Basis gegenwärtiger Forschungsergebnisse nicht von

Erfolg gekrönt ist. Ebenso müssen wir uns wohl von dem Wunsch verabschieden, für *jede* Störung eine geeignete Behandlungsmethode zu haben. Doch das sollte nicht wundern: Denn man kann ja einmal die Fragerichtung umdrehen und überlegen, was eine Therapeutin eigentlich mehr über Psychotherapie wissen müsste, damit die Zahl o. a. „Fehlbehandlungen“ geringer würde. Zumindest aus personenzentrierter Sicht käme man kaum auf die Idee, dass der wesentliche Schlüssel in kategoriellen Befunden über Verfahren einerseits und ICD-Diagnosen andererseits zu finden ist. Zwar suggeriert der deutsche „Wissenschaftliche Beirat“, WBP, mit seinem Methodenpapier als Basis für die Beurteilung der Wirksamkeit von Psychotherapie, dass allein Erkenntnisse aus Studien relevant wären, in denen Verfahren Y auf Störung X angewendet wird. Jenseits solcher Elfenbeinturm-Diskurse finden wir in der Praxis aber kein X, das mit einem Y behandelt wird. Vielmehr gibt es z. B. einen Patienten A, dessen Leiden mehr oder minder der Kategorie X zugeordnet werden kann (sowie meist auch, mehr oder minder, R, S, T und U). „X“ beschreibt so oder so seine Leidzustände keineswegs hinreichend präzise und erschöpfend. Und dieser wendet sich an eine Therapeutin B, die mehr oder minder stark ihre Basis in Verfahren Y hat (sowie aber meist auch M, N, O und P in Weiterbildungen etc. dazugelernt hat). „Y“ beschreibt nichts, was lehrbuch- oder manualartig am Patienten „vollstreckt“ wird, sondern selbst ein Manual wird, hoffentlich für den Patienten entsprechend der genauen situativen Umstände und B's eigenen, u. a. biographisch begründeten, Vorlieben modifiziert. Da nützt Therapeutin B also wenig die Kenntnis, ob für Störung X die statistische „Effektstärke“ um 0,2 höher bei Verfahren Y als bei Verfahren M in den RCT-Studien ausgefallen ist, um die Frage zu entscheiden, ob sie diesen Patienten A nun besser selbst behandeln oder zur Kollegin D überweisen sollte (die ihre Basis in Verfahren Y – und anderen – hat). Wenn daher z. B. v. Sydow im Kapitel über Systemische Therapie schreibt, diese sollte „dann, wenn andere Therapieverfahren nachweislich wirksamer sind bzw. schneller zum Erfolg führen, nicht eingesetzt werden“ (S. 97), dann zeigt dies nur, wie sehr die Elfenbeinturm-Diskurse des WBP die Sicht auf den Unterschied zwischen abstrakten taxonomischen Kategorien und realen Menschen mit konkreten Kompetenzen und Leidensgeschichten verstellt haben.

Diese Problematik schlägt notwendig auch bei der Erörterung „störungsspezifischer Besonderheiten“ (Kap. 3) durch. Dies sei exemplarisch am Abschnitt über „Erstgespräch bei Depressionen“ skizziert, weil für diese Diagnose selbst nach WBP und „Gemeinsamen Bundesausschuss“ die „Gesprächspsychotherapie“ besonders wirksam ist. Doch: „Dieser Beitrag wurde aus verhaltenstherapeutischer Sicht geschrieben“, steht gleich zu Beginn – für Personenzentrierte Therapeuten somit interessant, aber logischerweise nicht spezifisch. Und für Verhaltenstherapeuten findet sich, ebenso logisch, kein Hinweis auf die Frage, ob, wann und warum nicht ggf. an eine Gesprächspsychotherapeutin überwiesen werden sollte. Was soll ein Verhaltenstherapeut zudem mit Hinweisen wie

diesem anfangen: „Ein nichtwertendes *Einfühlen* in den *inneren Bezugsrahmen* ... und Signale aktiven Zuhörens – wie z. B. durch die Interjektionen „aha“, „hmm“ – Zugewandtheit durch Blickkontakt und eine offene natürliche Sitzhaltung ..., all dies vermittelt dem Patienten, dass er in seinen Schilderungen *bedingungsfrei* und als eigenständiges Individuum akzeptiert wird“ (S. 149, Hervorhebungen J. K.). Denn natürlich fehlt in jeder VT-Theorie die Spezifizierung des GPT-Theoriekerns „innerer Bezugsrahmen“ – ebenso, wie die genauere GPT-Bedeutung von „bedingungsfrei“. Dies kann also nur mit wabernder Alltagsmetaphorik ausgefüllt werden. Doch damit – von „aha“ und „hmm“ ganz zu schweigen – eignet sich ein Verhaltenstherapeut weder die Kompetenzen der Gesprächspsychotherapie an noch erfährt er, was überhaupt diese Kompetenzen ggf. sind. Das gilt allerdings *vice versa* bzw. in beliebigen Kombinationen für alle Verfahren und ihre Therapeutinnen. D. h. selbst auf der Ebene von *Störungskategorien* ist der Ertrag für konkrete Entscheidungen sehr begrenzt.

Die hier skizzierte Problematik soll deutlich machen, dass ein solches Buch *prinzipiell* nicht dem Anspruch gerecht werden könnte, aus einem Erstgespräch verfahrensspezifische oder störungsspezifische Entscheidungen abzuleiten, die derart „wissenschaftlich fundiert“ sind, dass persönliche klinische Kompetenz

durch forschungsmethodisch erbrachte Evidenz ersetzt werden kann. Dies räumen auch die Herausgeber selbst im Nachwort ein. Und wo solche Versuche im Buch anklingen, sind sie eher lächerlich bis ärgerlich. Daher hätte ich den Herausgebern den Mut gewünscht, die vom WBP als „wissenschaftlich“ suggerierte Untergliederung psychotherapeutischer Behandlungs-Komplexität in Verfahren und ICD-Diagnosen gar nicht erst als Gliederung (und damit: kognitive Orientierung) anzubieten.

Trotz dieser kritischen Anmerkungen ist das Buch sehr zu empfehlen, sofern man es mit anderem Anliegen liest: wenn man nämlich nicht Verfahren und Störungen in den Fokus nimmt, sondern die 31 durchwegs kompetenten Therapeutinnen. Diese erzählen – oft sehr anschaulich und anregend – „wie sie’s machen“. Und dies natürlich vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen Verfahrensorientierung und den inneren Bildern von jenen Patientinnen, die sie z. B. einem bestimmten Diagnose-Cluster zuordnen würden. Lässt man sich auf eine solche Perspektive ein – die eher einer Erzählrunde am Lagerfeuer gleicht – kann man sehr viel von den Darstellungen profitieren und über den Tellerrand der je eigenen X-Praxis (und Theorie) blicken. Für diese vielfältigen Anregungen und Informationen lohnt der Band allemal.

## Beatrix Teichmann-Wirth

### Thomas Heidenreich & Johannes Michalak: Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage.

Tübingen: dgvt-Verlag, 2009. 831 Seiten, ISBN 978-3-87159-090-0. € 49,80 / CHF 89,90

Achtlos und nebenbei ist das vorliegende Buch nicht zu lesen – dazu ist es mit seinen über 800 Seiten zu gewichtig. Das Gewicht birgt eine sehr gründliche Durchdringung des Themas. Nach einer Einführung durch die Herausgeber kommen nach einer Spurensuche zu den historischen Wurzeln der Achtsamkeitsmeditation im Buddhismus und in der christlichen Mystik (Nina Rose und Harald Walach) Vertreter buddhistischer spiritueller Traditionen zu Wort. Thich Nhat Hanh beeindruckte mich erneut in seinem Beitrag zum Thema „Vom Alltagsbewusstsein zum Kern der Übung“ mit seiner schlichten Wortkraft. In diesem und den darauffolgenden Kapiteln von Loden Sherab Dargyab Rinpoche (Achtsamkeit im tibetischen Buddhismus), dem Beitrag von im klinischen Kontext bereits bekannten Kabat-Zinn sowie auch jenem von Grossman, wird klar, dass die Übertragung von Achtsamkeits- und Akzeptanzkonzepten auf die westlichen Psychotherapiewissenschaften mit einigen Schwierigkeiten verbunden ist. Zuallererst ist dies wohl der Stellenwert der Übung und der Disziplin in den achtsamkeitsbasierten Traditionen

des Buddhismus, der der Betonung von momenthaften Bedürfnissen und deren Befriedigung in der westlichen Welt gegenübersteht. Zum anderen ist es die Polarität zwischen Achtsamkeit als rein introspektiver Erfahrung im Buddhismus und dem empirisch-wissenschaftlichen Anspruch der Psychotherapiewissenschaften.

Aus der Vielzahl der Definitionen von Achtsamkeit möchte ich jene von Sole-Leris, zit. nach Rose und Walach (S. 28) herausgreifen, weil sich darin eine Übereinstimmung zum Konzept der vollständigen Symbolisierung im PZA zeigt: Hier heißt es: Achtsamkeit ist das „aufmerksame, unvoreingenommene Beobachten aller Phänomene, um sie wahrzunehmen und zu erfahren, wie sie in Wirklichkeit sind, ohne sie emotional oder intellektuell zu verzerren.“

Im zweiten Teil werden Achtsamkeit- und Akzeptanzbasierte Ansätze wie Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) nach Kabat-Zinn, die achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie zur Rückfallprophylaxe bei Depressionen und die Behandlung von Borderline Persönlichkeitsstörungen durch die dialektisch-behaviorale Therapie