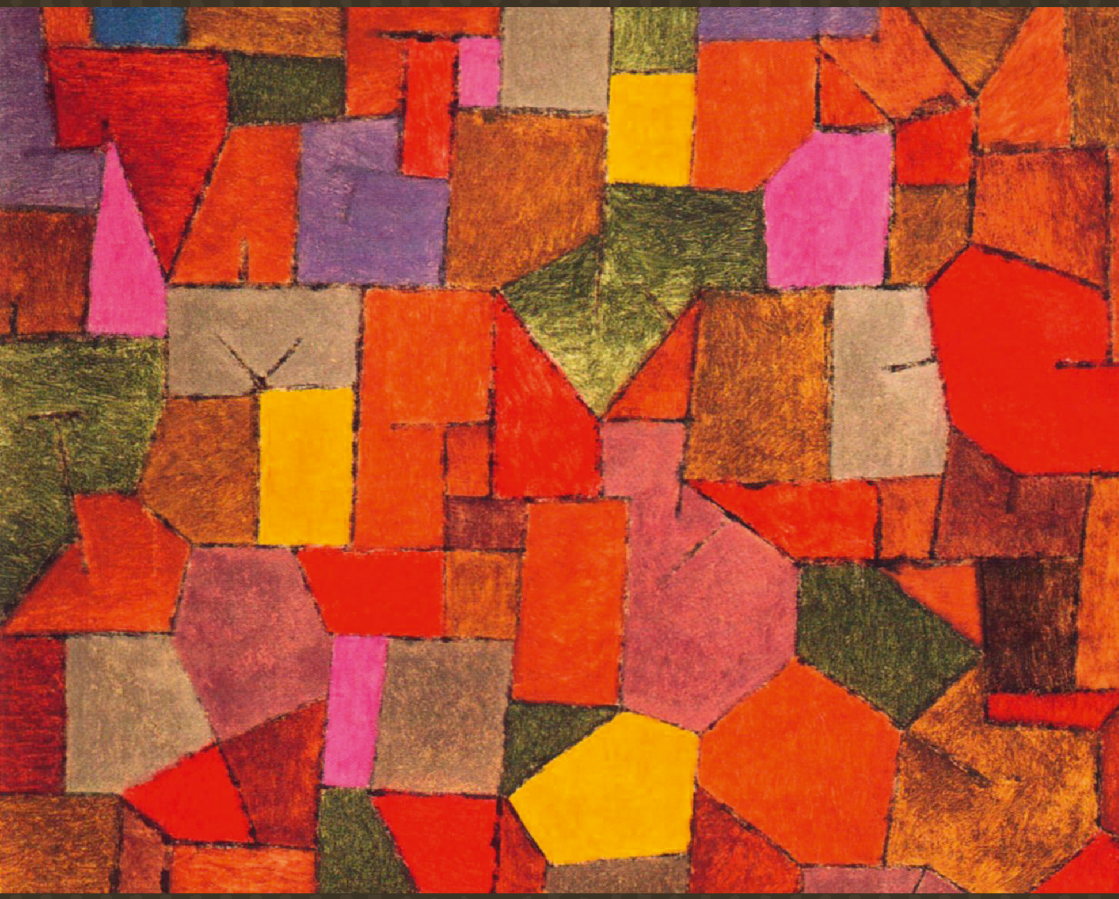
Günter Gödde, Edith Püschel,
Silvia Schneider (Hg.)

# Psychodynamisch handeln lernen

## Grundlinien Psychodynamischer Psychotherapie für Ausbildung und Praxis



Psychosozial-Verlag

Günter Gödde, Edith Püschel, Silvia Schneider (Hg.)
Psychodynamisch handeln lernen

Das Anliegen der Buchreihe Bibliothek der Psychoanalyse besteht darin, ein Forum der Auseinandersetzung zu schaffen, das der Psychoanalyse als Grundlagenwissenschaft, als Human- und Kulturwissenschaft sowie als klinische Theorie und Praxis neue Impulse verleiht. Die verschiedenen Strömungen innerhalb der Psychoanalyse sollen zu Wort kommen, und der kritische Dialog mit den Nachbarwissenschaften soll intensiviert werden. Bislang haben sich folgende Themenschwerpunkte herauskristallisiert: Die Wiederentdeckung lange vergriffener Klassiker der Psychoanalyse – wie beispielsweise der Werke von Otto Fenichel, Karl Abraham, Siegfried Bernfeld, W. R. D. Fairbairn, Sándor Ferenczi und Otto Rank – soll die gemeinsamen Wurzeln der von Zersplitterung bedrohten psychoanalytischen Bewegung stärken. Einen weiteren Baustein psychoanalytischer Identität bildet die Beschäftigung mit dem Werk und der Person Sigmund Freuds und den Diskussionen und Konflikten in der Frühgeschichte der psychoanalytischen Bewegung.

Im Zuge ihrer Etablierung als medizinisch-psychologisches Heilverfahren hat die Psychoanalyse ihre geisteswissenschaftlichen, kulturanalytischen und politischen Bezüge vernachlässigt. Indem der Dialog mit den Nachbarwissenschaften wiederaufgenommen wird, soll das kultur- und gesellschaftskritische Erbe der Psychoanalyse wiederbelebt und weiterentwickelt werden.

Die Psychoanalyse steht in Konkurrenz zu benachbarten Psychotherapieverfahren und der biologisch-naturwissenschaftlichen Psychiatrie. Als das ambitionierteste unter den psychotherapeutischen Verfahren sollte sich die Psychoanalyse der Überprüfung ihrer Verfahrensweisen und ihrer Therapie-Erfolge durch die empirischen Wissenschaften stellen, aber auch eigene Kriterien und Verfahren zur Erfolgskontrolle entwickeln. In diesen Zusammenhang gehört auch die Wiederaufnahme der Diskussion über den besonderen wissenschaftstheoretischen Status der Psychoanalyse.

Hundert Jahre nach ihrer Schöpfung durch Sigmund Freud sieht sich die Psychoanalyse vor neue Herausforderungen gestellt, die sie nur bewältigen kann, wenn sie sich auf ihr kritisches Potenzial besinnt.

## Bibliothek der Psychoanalyse

Herausgegeben von Hans-Jürgen Wirth

Günter Gödde, Edith Püschel, Silvia Schneider (Hg.)

# Psychodynamisch handeln lernen

## Grundlinien Psychodynamischer Psychotherapie für Ausbildung und Praxis

Mit Beiträgen von Marie-Luise Alder, Annekathrin Bergner, Sabrina Bergner, Anna-Lena Bröcker, Heinrich Deserno, Michael Ermann, Michael Franzen, Günter Gödde, Michael Heine, Horst Kächele, Gerald Kurz, Reinhard Lindner, Inka Montan, Arnulf Müller, Thomas Munder, Sascha Oerter, Michael Over, Meinolf Peters, Werner Pohlmann, Edith Püschel, Dieter Rau-Luberichs, Hans-Werner Rückert, Johanna Sänger, Markus Schirpke, Jann E. Schlimme, Silvia Schneider, Rolf Schumacher, Inge Seiffge-Krenke, Timo Storck, Maja von Strempel, Peter Theiss-Abendroth, Helmut Thomä, Amely Wahnschaffe, Tilman Watzel, Jochen Willerscheidt und Wolfgang Wöller

Psychosozial-Verlag

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.

Originalausgabe
© 2023 Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG, Gießen
E-Mail: info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren)
ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert
oder unter Verwendung elektronischer Systeme
verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.
Umschlagabbildung: Paul Klee, *Bergdorf herbstlich*, 1934
Umschlaggestaltung und Innenlayout nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar
ISBN 978-3-8379-3105-1 (Print)
ISBN 978-3-8379-7925-1 (E-Book-PDF)

# Inhalt

**Vorwort** 9

**Teil I Das Theorie-Praxis-Verhältnis in der psychodynamischen Psychotherapie**

**Einführung zu den Beiträgen** 19

**Die Kluft zwischen wissenschaftlicher Theorie und professioneller Praxis** 25
*Günter Gödde*

**Zu einer praxeologischen Theorie psychotherapeutischer Profession** 43
*Rolf Schumacher*

**Zur intersubjektiven Orientierung im therapeutischen Handeln** 59
*Michael Ermann*

**Ressourcenorientierte Praxis in der psychodynamischen Therapie** 79
*Wolfgang Wöller*

**Seelisches als Behandlung – Behandlung des Seelischen** 95
*Werner Pohlmann*

**Teil II Schrittweise Annäherungen an das therapeutische Handeln**

**Einführung zu den Beiträgen** 111

**Mit Übertragung und Gegenübertragung umgehen** 115
*Tilman Watzel*

**Mit Widerständen arbeiten lernen** 131
*Timo Storck & Inka Montan*

**Psychoanalytische Handlungskompetenzen bei jungen Erwachsenen** 149
*Inge Seiffge-Krenke*

**Psychodynamische Psychotherapie mit Älteren** 163
*Reinhard Lindner & Meinolf Peters*

**Schreibend ein Verständnis der Psychodynamik entwickeln** 181
*Edith Püschel*

**Teil III Entwicklung therapeutischer Kompetenzen in Supervision und Selbsterfahrung**

**Einführung zu den Beiträgen** 203

**Tiefenpsychologische Supervision** 207
**Konzepte – Haltungen – Techniken**
*Annekathrin Bergner & Gerald Kurz*

**Tiefenpsychologische Supervision im Ausbildungskontext** 225
*Annekathrin Bergner & Gerald Kurz*

**There is no such thing as a therapist** 243
**Das körperliche Miteinander in der Supervision**
*Dieter Rau-Luberichs*

**Das psychodynamische Behandlungskonzept der Mit-Bewegung – Fallbeispiele aus Therapie und Supervision** 261
*Jochen Willerscheidt*

**Als die Piranhas bei einer Floßfahrt im Wasser lauerten** 279
**Erlebensorientierte psychodynamische Gruppenselbsterfahrung**
*Markus Schirpke*

**Teil IV Orientierung an kasuistischen Beispielen**

**Einführung zu den Beiträgen** 297

**Der Stellenwert von Fallgeschichten**

**in der psychodynamischen Ausbildung und Praxis** 301
*Günter Gödde*

**Liebesgeschichten szenisch verstehen** 325
*Silvia Schneider*

**Zwei Seiten der Glastür** 347
*Anna-Lena Bröcker*

**Psychodynamisches verstehen, Lebendiges konstruieren und Existenzielles hören** 363
**Aus der Behandlung eines Patienten mit Somatisierung und Hypochondrie**
*Johanna Sänger*

**Psychodynamische Filmanalyse – am Beispiel von Stanley Kubricks *The Shining*** 377
*Michael Over*

**Teil V Spezifische Handhabung therapeutischer Prozesse**

**Einführung zu den Beiträgen** 397

**Prokrastination psychodynamisch behandeln** 401
*Hans-Werner Rückert*

**Beziehung und Intervention in der psychodynamischen Therapie der Depression** 419
*Amely Wahnschaffe*

**Herz und Seele (wieder) vereinen** 433
**Ein psychokardiologischer Beitrag**
*Arnulf Müller*

**Essentials zu Diagnose und psychodynamischem Verständnis von Persönlichkeitsstörungen** 451
*Michael Heine*

**Unverständlichkeit war gestern** 467
**Psychotherapie von Menschen mit Psychoseerfahrung und Anfälligkeit für Psychosen**
*Jann E. Schlimme*

**Teil VI Verbindung von Therapieforschung und psychodynamischem Handeln**

**Einführung zu den Beiträgen** 487

**Philosophische Überlegungen zum Problem einer »guten Stunde«** 493
*Helmut Thomä & Horst Kächele*

**Sprechen als therapeutisches Handeln** 513
**Zur Notwendigkeit der Verknüpfung von Forschung und klinischer Praxis**
*Marie-Luise Alder & Michael M. Franzen*

**Psychodynamisches Handeln zwischen notwendiger, fallstrukturierter Modifikation und »tendenzlosem Analysieren«** 529
**Zwei Fallbeispiele aus der Angst- und Persönlichkeitsstörungen-Studie (APS)**
*Heinrich Deserno, Sascha Oerter, Maja von Strempel & Sabrina Bergner*

**Psychodynamisches Handeln aus pluralistischer Sicht** 551
*Thomas Munder*

**Ungleichheit und Fremdheit im psychotherapeutischen Kontext** 563
*Edith Püschel*

**Psychoanalyse an Hochschulen lehren und erforschen** 583
*Peter Theiss-Abendroth*

# Vorwort

*Psychodynamische Psychotherapie* als Oberbegriff für Tiefenpsychologisch fundierte (TP) und Analytische Psychotherapie (AP) hat eine gemeinsame theoretische Basis in der psychoanalytischen Entwicklungs-, Persönlichkeits- und Krankheitstheorie. Da ihre Behandlungskonzepte an der unbewussten Psychodynamik von Aktual- und Grundkonflikten, von Strukturdefiziten und traumatischen Erfahrungen sowie an den Grundkonzepten von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand ausgerichtet sind, kann man von einer grundlegenden Verwandtschaft sprechen. Für beide psychodynamischen Verfahren ist die therapeutische Beziehungserfahrung im Hier und Jetzt von Bedeutung, ebenso die Selbsterforschung im Rahmen der therapeutischen Beziehung, die konfliktaufdeckende bzw. strukturdynamische Vorgehensweise sowie zentrale Wirkfaktoren wie Einsicht und neue Beziehungserfahrung.

Während sich die AP an den Essentials des psychoanalytischen Standardverfahrens wie dem Liegen auf der Couch, der Förderung der Regression, der Zentrierung auf die Übertragung und dem Behandlungsziel der strukturellen Persönlichkeitsveränderung orientiert, arbeitet die TP sowohl mit einem anderen Setting: dem Gegenübersitzen mit Blickkontakt und einer niedrigeren Behandlungsfrequenz als auch mit einer modifizierten Arbeitstechnik, dem stärkeren Akzent auf der Fokussierung, einer stärkeren Gewichtung der Außen- neben der Binnenübertragung und einer Eingrenzung der Behandlungsziele.

Der Position der AP entspricht es eher, von einem *Kontinuum mit gleitenden Übergängen* zwischen AP und TP auszugehen, während die TP eher dazu tendiert, ihr Verfahren als eine *qualitativ von der analytischen Psychotherapie unterschiedene und eigenständige Behandlungsform* zu betrachten. Bei einer solchen Abgrenzung ist aber Vorsicht geboten, damit nicht Trennungslinien gezogen werden, die den Austausch zwischen den Verfahren unnötig erschweren. Zwischen Vertretern beider Therapierichtungen bestehen Differenzen, die bisher kaum öffentlich ausgetragen wurden und als unaufgelöste Spannungen und Konflikte spürbar sind. Viele psychodyna-

misch orientierte Kolleginnen und Kollegen würden eine Auseinandersetzung *auf Augenhöhe* sehr begrüßen.

In *Psychodynamisch denken lernen*, dem ersten der beiden Bände, suchten wir ein Verständnis für das psychodynamische Denken als Grundlage therapeutischen Handelns zu vermitteln. Den Ausgangspunkt bildeten die Entfaltung einer psychodynamischen Therapiehaltung (I) und der hohe Stellenwert der Selbsterfahrung (II). Zur Konzeptualisierung der Psychodynamik dienten die Kategorien von Konflikt, Struktur, Trauma, Entwicklung, Mentalisierung und Emotionsregulierung (III). Um unbewusste Prozesse verstehen und interpretieren zu können, erschien uns ein Rückgriff auf die kindliche Bildsprache, Phänomene des Traums, das intersubjektive Zusammenspiel in der Therapiebeziehung und das Körperselbst aufschlussreich (IV). Nach Beispielen für das psychodynamische Denken in Literatur, Musik, Film, Gruppendynamik und Kulturtheorie (V) widmeten wir uns abschließend dem gesellschaftlichen Kontext der psychodynamischen Psychotherapie (VI).

Der zweite Band *Psychodynamisch handeln lernen* richtet sich auf das komplexe Wechselspiel zwischen wissenschaftlicher Theorie und professioneller Praxis. Die Theorie erwächst aus der Praxis und wirkt auf diese zurück; die Praxis orientiert sich an theoretischen Konzepten und lässt sich durch sie anregen und leiten. Theoretisches Wissen ist bestimmt durch die Verfügbarkeit von Erkenntnissen, die sich in regelhaften Abläufen (nach quasi naturwissenschaftlichen Gesetzmäßigkeiten) fassen und steuern lassen. Professionelles Wissen ist anders, es ist ein personengebundenes Können, das sich auf implizites, in der Praxis erworbenes Wissen bezieht. Therapeutische Kompetenz ist zwar nicht unabhängig von theoretischen Erkenntnissen, aber mehr noch Ergebnis von reflektierter praktischer Erfahrung, sei es Lebenserfahrung oder professionelle Berufserfahrung. Das therapeutische Vorgehen in der Praxis beruht sowohl auf theoretischem Verständnis als auch auf der Offenheit für neue emotionale Erfahrungen und der Fähigkeit, diese im Kontext des therapeutischen Prozesses zu deuten.

Die Balance von Bezugnahmen auf theoretisches Wissen und unbefangenem Sich-Einlassen auf die therapeutische Begegnung öffnet ein Spannungsfeld, in dem sich therapeutisches Handeln entwickelt. Dabei lassen sich verschiedene Arten therapierelevanten Handelns unterscheiden:

- Psychodynamische *Gesprächs- und Beziehungskompetenzen* zeigen sich in einem therapeutischen Handeln, das in besonderer Weise auf

die Gesprächsführung und Verständigung bezogen ist, der Beziehungsgestaltung und -regulierung dient und günstigenfalls mit einer Anerkennungserfahrung (»Kreditierung«) verbunden ist. In diesem weiten Feld spielen viele Nuancen und Varianten eine Rolle (vgl. Grimmer, 2006, 2014).

- Mehr oder weniger gezielte, zumeist verbale *Interventionen*, die aufklärenden, kommentierenden, spiegelnden, konfrontativen oder deutenden Charakter haben können, werden vom Therapeuten aus bewussten Überlegungen vorgenommen (vgl. Neumann, 2017). Sie bilden einen Kontrast zu denen, die eher improvisiert in der unmittelbaren Reaktion auf den Patienten entstehen. Das verbale Intervenieren, insbesondere bei den Deutungen des Therapeuten, wurde lange Zeit als zentraler Heilfaktor betrachtet; inzwischen hat das »Etwas mehr als Deutung« (Stern et al., 2002) die Vormachtstellung bewusster Interventionen begrenzt.
- Unter *spontanem Handeln* von Therapeuten werden verbale, gestische, mimische Äußerungen verstanden, die intuitiv, unmittelbar, unerwartet sind. »Es sind Äußerungen oder Handlungen, die aus dem üblichen Behandlungssetting herausfallen, die etwas ›Besonderes‹ sind« (Walther-Moog, 2017, S. 287). Solche kreativen Akte sind als »Rollenhandeln« (Sandler, 1976), »Handlungsdialog« (Klüwer, 1995), »Mit-Bewegung« (Heisterkamp, 2002), »Enactment« (Bohleber et al., 2013) und »Gegenwartsmoment« (Stern, 2005) konzeptualisiert worden.

Anhand einer Fallgeschichte vom »Gesang im Treppenhaus« (Walther-Moog, 2017) lässt sich der Wert spontanen Handelns von Therapeuten veranschaulichen. Ausgangspunkt war folgende Szene: Eine Analytikerin wartet auf eine Patientin, die seit über einem Jahr in Therapie ist und bisher zu den Therapiesitzungen immer punktgenau erschienen ist. Diesmal ist der Therapiebeginn bereits deutlich überschritten. Die Analytikerin fühlt eine Leere und Grauheit, die auf die emotionale Situation der Patientin bezogen werden kann, und zugleich eine Vorfreude angesichts der baldigen Mittagspause und der Möglichkeit, sich draußen in der Natur zu bewegen und die frühlingshafte Atmosphäre zu genießen:

> »Sie summt gerade einen Ton, etwa ein ›a‹, als es an der Haustüre des dreistöckigen Hauses klingelt. Sie freut sich. Die Patientin kommt, sie hat es

> erstmals geschafft, nicht sklavisch genau mit Kirchturmglocke zu läuten. Die Psychoanalytikerin blickt auf die Uhr – sieben Minuten über der Zeit! Das ›a‹ summt noch in ihrem Kopf, als sie den Türöffner betätigt und gleichzeitig ihre Praxistüre zum Treppenhaus öffnet. Es ist die erwartete Patientin, die überraschend von unten durchs Treppenhaus im Quint-Terz-Sprung ruft: ›Ich koooom-mee!‹ Es klingt gehetzt, ein bisschen schrill-angstvoll, aber gleichzeitig hallt es so schön durchs Treppenhaus. Ohne zu überlegen – spontan – antwortet die Psychoanalytikerin arienhaft im gleichen Rhythmus und demselben Quint-Terz-Sprung – nur ein bisschen höher und lauter noch: ›Ja-haaaa-haa!‹ Und weil es so herrlich im Treppenhaus hallt, wie in einer Kathedrale, singt sie es nochmals: ›Ja-haaaaaaaaaa-ha!‹ Die Patientin hat ihren Schritt beschleunigt und lacht, als sie erhitzt den obersten Treppenabsatz erreicht – es fehlte nicht viel und die beiden wären sich in den Arm gefallen – und auch die Analytikerin muss lachen, denn so eine Begrüßung hatte es bisher noch nicht gegeben. Die Patientin beginnt, noch während sie das Zimmer betreten, davon zu schwärmen, wie schön es sei, dass der Frühling da sei, dass die Vöglein ganz laut sängen, dass sie Lust habe, ganz viel zu wandern über die Wiesen und Felder, durch die Wälder und den Berg hinauf« (ebd., S. 268f.).

Eine unmittelbare Nachwirkung dieser Begrüßungsszene bei der Patientin war, dass es in ihr und auch in der Beziehung zur Therapeutin »irgendwie wärmer« und, wie sie später sagte, »gemütlicher« geworden sei (ebd., S. 271). Der Therapeutin ging es ähnlich. Der spontane Gesang im Treppenhaus bedeutete eine Zäsur in der Therapie, die die Patientin mit den Worten »Aufbruch« und »Mut« umschrieb. Die gewonnene Zuversicht »schien ihre Persönlichkeit gleichsam aufzurichten und von innen her strahlen zu lassen« (ebd., S. 272). Das therapeutische Handeln mündete in eine empathische Affektresonanz der Analytikerin, die der Patientin zu einem deutlich veränderten Selbst- und Objekterleben verhalf und sie »aufblühen« ließ.

In der Vorgeschichte hatte die Patientin es ihrem leistungsorientierten und strengen Vater immer recht zu machen versucht. Dieses »kritische Vaterintrojekt« übertrug sie auf die Analytikerin:

> »Aber alle Deutungen in diese Richtung führten nicht zu einer wesentlichen Verbesserung ihres Zustandes. Sie blieb im ›Übertragungsmuster‹ – zunächst erlebte sie Deutungen als bedrohlich, witterte Kritik in den Worten

> der Analytikerin, dann – nach Einsicht in diese Angst vor Kritik und Entwertung – nahm sie die Deutungen gierig auf, ›arbeitete‹ stundenlang daran, indem sie darüber nachdachte, vielmehr nachgrübelte, um es ›besser zu machen‹. Ihre Fortschritte erschienen nicht als echte Entwicklung, sondern als eine Pseudoprogression, der Analytikerin zuliebe, verbunden mit dem Wunsch, endlich ein Wort der Anerkennung zu hören« (ebd., S. 270).

Die Mutter war für ihre Tochter sowohl emotional als auch ganz real physisch kaum anwesend gewesen. Daher kann der spontane Gesang der Therapeutin als ein zur Beziehungserfahrung mit der abwesenden Mutter konträres Resonanzerleben verstanden werden:

> »Der Moment der gesungenen Antwort vermittelte uns beiden eine gemeinsame neue Erfahrung in dieser Beziehung. Dies wirkte Repräsentanzen bildend. Es wurde ihr auch vermittelt: dass meine singende Antwort eine spontane Reaktion auf *ihren* Gesang war. Es war *ihr* Gesang, der mich zu *meinem* Gesang brachte« (ebd., S. 292).

Auf der Übertragungsebene bedeutete dies »eine Befreiung, die in die kommenden Stunden hineinwirkte und den weiteren Verlauf bestimmte« (ebd.). An diesem Beispiel wird der Wert einer spontanen Intervention im Sinne eines Handlungsdialogs, Enactments oder Begegnungsmoments erkennbar.

Die drei angesprochenen Arten therapeutischen Handelns stehen in einem sinnvollen Ergänzungsverhältnis. Die Unterscheidung in Gesprächs- und Beziehungskompetenzen, bewusste Interventionen und spontane Handlungen von Therapeuten verstehen wir als Einstieg in eine hochkomplexe Thematik, die in den Beiträgen des vorliegenden Bandes weiter entfaltet wird.

Die Beiträge im zweiten Band zeigen, dass sich Sicherheit im therapeutischen Handeln gewinnen lässt, wenn Therapeutinnen und Therapeuten der eigenen Intuition folgen und nicht jede spontane Reaktion unterdrücken. Sicherheit in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung und in der dem Behandlungsziel angemessenen Fokussierung lässt sich nur in einem Prozess von *trial and error* erwerben. Sicherheit baut sich auf durch den Mut zum eigenen Handeln und selbstkritische Reflexion ohne Verleugnung der persönlichen Eigenarten, Vulnerabilitäten und Vorlieben. Therapeutische Kompetenz zu erwerben ist ein langer Prozess, vor allem

ein Prozess des zunehmenden Vertrauens auf die Beziehungsarbeit und Kooperation zwischen Patient und Therapeut.

Auch der zweite Band ist in sechs Teile aufgegliedert:

I. Das Theorie-Praxis-Verhältnis in der psychodynamischen Psychotherapie
II. Schrittweise Annäherungen an das therapeutische Handeln
III. Entwicklung therapeutischer Kompetenzen in Supervision und Selbsterfahrung
IV. Orientierung an kasuistischen Beispielen
V. Spezifische Handhabung therapeutischer Prozesse
VI. Verbindung von Therapieforschung und psychodynamischem Handeln

Hinsichtlich des Theorie-Praxis-Verhältnisses wird verdeutlicht, dass es keinen »geraden« Weg von der Theorie zur therapeutischen Praxis gibt, eine direkte Anwendung der Theorie daher schwer möglich ist und eine Kluft zwischen wissenschaftlicher Theorie und professioneller Praxis bestehen bleibt. Es bedarf einer Orientierung sowohl an praxeologischen Konzepten wie Szene, Habitus, Metaphorik und Profession als auch an Kriterien wie Intersubjektivität, Ressourcen und der Behandlung von Seelischem als Wirklichkeit (I). Von zentraler Bedeutung für das psychodynamische Handeln ist der Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung, die Arbeit am Widerstand sowie die Fähigkeit, sprechend und schreibend ein Verständnis der Psychodynamik zu formulieren. Für die Therapie junger Erwachsener und Älterer bedarf es jeweils der Entwicklung besonderer Handlungskompetenzen (II). Supervision und Selbsterfahrung sind wesentlich für die Herausbildung therapeutischer Kompetenzen. Verschiedene Handlungskonzepte und Haltungen tragen zu vertieften Entwicklungsprozessen bei, wie auch die Berücksichtigung vor-sprachlicher Kommunikation, des szenischen Verstehens und der seelischen Mit-Bewegung zwischen Lehrenden und Lernenden (III). Fallgeschichten aus den Themenbereichen von Liebe, psychotischem Erleben, Somatisierung und Hypochondrie sowie aus der Filmanalyse dienen dazu, wichtige Prozesse der Identifikation und Interpretation transparent zu machen (IV). Dass unterschiedliche Störungen spezifische Handhabungen erfordern, lässt sich am Beispiel von Prokrastination, Depressionen, Angststörungen, schweren Persönlichkeitsstörungen und der Anfälligkeit für Psychosen zeigen (V). Den Abschluss bilden Beiträge zur empirischen Erforschung psychodyna-

mischen Handelns und zur kritischen Reflexion der Forschungsergebnisse. Wichtige Fragen sind in diesem Kontext: Wie lassen sich Therapieforschung und psychodynamisches Handeln verbinden? Wie gelingt die Herausbildung der individuellen therapeutischen Haltung bei der Vielfalt der Konzepte? Wie wirkt sich die individuelle psychosoziale Gebundenheit im therapeutischen Prozess aus? Wie lässt sich Psychoanalyse an Hochschulen lehren und erforschen? (VI).

Wir haben die Autorinnen und Autoren gebeten, nach Möglichkeit auf ein durchgängiges Gendern in ihren Beiträgen zu verzichten, da wir der Meinung sind, dass es nicht sinnvoll ist, im Zusammenhang von beruflichen Funktionen und Aufgaben ständig daran zu erinnern, dass diese von Menschen getragen werden, die sich biologisch unterscheiden. Wir bedanken uns für die Bereitschaft der meisten Autorinnen und Autoren, dem zu folgen.

Allen Autorinnen und Autoren danken wir für ihre hoch engagierte Mitarbeit. Hans-Jürgen Wirth vom Psychosozial-Verlag hat dieses Buchprojekt von Anfang an sehr unterstützt und gefördert. Auch der Lektorin Marie-Claire Thun danken wir für ihr Verständnis und die sehr angenehme und konstruktive Betreuung dieses Sammelbandes.

Mit Bestürzung haben wir im Februar erfahren, dass Heinrich Deserno, der als Autor an den beiden Bänden *Psychodynamisch denken lernen* und *Psychodynamisch handeln lernen* beteiligt war, plötzlich und unerwartet verstorben ist. Mit ihm hat uns eine sehr konstruktive Zusammenarbeit, mit Günter Gödde eine freundschaftliche Beziehung verbunden, worüber wir sehr dankbar sind. Auf seine Beiträge zur psychodynamischen Theorie und Praxis und seine diesbezüglichen Forschungen im Rahmen der Hochschulambulanz der Internationalen Psychoanalytischen Universität Berlin werden wir uns weiter beziehen.

*Günter Gödde, Edith Püschel und Silvia Schneider*

## Literatur

Bohleber, W., Fonagy, P., Jiménez, J. P., Scarfone, D., Varvin, S. & Zysman, S. (2013). Für einen besseren Umgang mit psychoanalytischen Konzepten, modellhaft illustriert am Konzept »Enactment«. *Psyche – Z Psychoanal, 6*(12), 1212–1250.

Grimmer, B. (2006). *Psychotherapeutisches Handeln zwischen Zumuten und Mut machen. Das Beziehungs- und Kommunikationskonzept der Kreditierung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Grimmer, B. (2014). *Psychodynamische Gesprächskompetenzen in der Psychotherapie. Kommunikation und Interaktion*. Stuttgart: Kohlhammer.

Heisterkamp, G. (2002). Selbstbewegung und Mit-Bewegung. *Selbstpsychologie. Europäische Zeitschrift für psychoanalytische Therapie und Forschung, 3*(10), 440–464.

Klüwer, R. (1995). *Studien zur Fokaltherapie*. Frankfurt/M.: Fischer.

Neumann, E. (2017). Die Praxis der psychodynamischen Psychotherapie. In E. Neumann & M. Naumann-Lenzen (Hrsg.), *Psychodynamisches Denken und Handeln in der Psychotherapie. Eine intersubjektive und verfahrensübergreifende Sicht* (S. 353–374). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Sandler, J. (1976). Gegenübertragung und die Bereitschaft zur Rollenübernahme. *Psyche – Z Psychoanal, 30*, 297–305.

Stern, D. (2005). *Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag*. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.

Stern, D., Sander, L., Nahum, J., Harrison, A., Lyons-Ruth, K., Morgan, A., Bruschweiler-Stern, N. & Tronick, E. (2002). Nicht-deutende Mechanismen in der psychoanalytischen Therapie. Das »Etwas-Mehr« als Deutung. *Psyche – Z Psychoanal, 56*, 974–1006.

Walther-Moog, V. (2017). Über Spontaneität des Psychoanalytikers/Psychotherapeuten in der Behandlung. In E. Neumann & M. Naumann-Lenzen (Hrsg.), *Psychodynamisches Denken und Handeln in der Psychotherapie. Eine intersubjektive und verfahrensübergreifende Sicht* (S. 267–298). Gießen: Psychosozial-Verlag.

# *Teil I*

## *Das Theorie-Praxis-Verhältnis in der psychodynamischen Psychotherapie*

# Einführung zu den Beiträgen

Der renommierte empirisch orientierte Psychotherapieforscher Bruce E. Wampold unterscheidet in seiner Studie *The Great Psychotherapy Debate* (2001, 2018) zwei Hintergrundmodelle der Therapeutik. Das eine bezeichnet er als »medizinisch«, das andere als »kontextuell«, wobei der Ausdruck »sozialwissenschaftlich« vorzuziehen wäre. Nach dem *medizinischen* Modell werden Krankheitsbilder durch diagnostische Klassifizierungen einheitlich und trennscharf definiert. Die Methoden würden im Wesentlichen unabhängig von der Person des Therapeuten angewendet werden. Behandelt wird jeweils eine »Störung«, und das schließt ein, dass sonstige Merkmale eines Patienten – wie zum Beispiel Hautfarbe, Herkunft, Alter, Überzeugungen und Glaubenssysteme – im Wesentlichen vernachlässigt werden können. In diesem Modell gibt es »Zeichen« für eine Krankheit, denen eine relativ eindeutige Bedeutung zukommt. »Intervention«, »Indikation« und verwandte Begriffe sind wichtige begriffliche »Marker«.

Für das *sozialwissenschaftliche* Modell hingegen ist etwas anderes entscheidend, nämlich der dem Patienten vermittelte sinnhaft-symbolische Zusammenhang zwischen einer »psychologischen« Theorie seines Problems und der Art der Behandlung, die ihm vorgeschlagen wird. Die Überzeugungen des Patienten, insbesondere seine Vorstellungen hinsichtlich der Genese seiner Symptomatik, werden als für die Behandlung hochgradig bedeutungsvoll veranschlagt. In diesem Modell haben Zeichen eine flüchtige und mit den Kontexten sich wandelnde Bedeutung, sie werden Symbole. Das macht »Beobachtung« schwierig. »Kooperation« ist ein wichtiger begrifflicher »Marker«.

An der Wahl des jeweiligen Basis-Modells entscheidet sich der »Geist«, in dem die Behandlung geführt wird. Wer davon überzeugt ist, spezifischen Störungen spezifische Behandlungen zuweisen zu können, hat sich implizit schon für das medizinische Modell entschieden. Im Anschluss an den von Wampold sorgfältig dokumentierten Forschungsstand bekennt sich die psychodynamische Therapie weithin zum Kontextmodell und dazu, dass

sie weniger axiomatisch als kasuistisch aufgebaut ist, was ein besonderes Verhältnis von theoretischen Konzepten und therapeutischem Handeln beinhaltet.

Geht es in diesem Sammelband mehr um das psychodynamische *Handeln* als um das zugrunde liegende *Denken*, so sind doch die beiden psychischen Vorgänge eng miteinander verflochten. Das gilt prinzipiell auch für das Verhältnis von *Theorie* und *Praxis* in der psychodynamischen Psychotherapie: Die Theorie erwächst aus der Praxis und wirkt auf diese zurück; die Praxis muss sich an theoretischen Konzepten orientieren und sich durch sie anregen und leiten lassen. Es kann hier nicht darum gehen, die eine gegen die andere auszuspielen, sondern das komplexe Wechselspiel zwischen beiden zu erfassen. Ein Beispiel für eine einseitige Wertschätzung der Praxis auf Kosten der Theorie ist Goethes bekanntes Motto: »Grau, teurer Freund, ist alle Theorie und grün des Lebens goldner Baum« (Mephisto in Faust 1, Studierzimmer). Aber oft geht die Wertschätzung auch in die umgekehrte Richtung, zum Beispiel wenn die Praxis als *bloße Anwendung* von Theorie, sei es in Form von Regeln, von vorgegebenen Plänen und speziell von Manualisierungen, betrachtet wird. Dem lässt sich entgegenhalten, dass Können nicht immer und fast nie *nur* Anwenden von theoretischem Wissen ist.

Wenn wir das Theorie-Praxis-Verhältnis in der psychodynamischen Psychotherapie genauer betrachten, tut sich, wie *Günter Gödde* in seinem Beitrag aufzeigt, eine Kluft auf. Ein Hauptgrund dafür ist, dass sich die Praxis eines professionellen Psychotherapeuten in einer komplexen, unsicheren, instabilen und einzigartigen Situation abspielt und der Therapeut selbst im Therapieverlauf zunehmend Teil der Situation wird. Dabei geht es um ein situatives Geschehen, bei dem die gegenseitige Beeinflussung genutzt und reflektiert werden kann. Dies bedeutet, dass die Theorie eines professionellen Psychotherapeuten – sein Wissen, das er sich in jahrelanger Ausbildung und Praxis angeeignet hat – nicht einfach »angewendet« werden kann, sondern vielmehr »realisiert« werden muss. Hinzu kommt, dass die professionelle Praxis auch noch auf andere Wissensbestände wie zum Beispiel die persönliche Lebenserfahrung des Therapeuten und vieles andere zugreift. Im Unterschied dazu produziert empirische Forschung nicht besseres, sondern einfach ein anderes Wissen. Die »Übersteuerung« durch regelhaft angewandte wissenschaftliche Erkenntnisse brächte die Gefahr mit sich, ein illusionäres Wissenschaftsideal personenunabhängiger Objektivität auf die psychotherapeutische Tätigkeit zu beziehen. Die professionelle

Psychotherapie kann als ein eigenständiges Handlungssystem mit spezifischen gesellschaftlichen Funktionen (Luhmann) verstanden werden, das zur Wissenschaft wie zu Wirtschaft, Bildung, Literatur, Recht und anderen »Umwelten« in einem »gleichberechtigten« Verhältnis steht. Sie soll sich von der empirischen Forschung anregen und »unterweisen« lassen, aber auch immer wieder entschlossen aus der Umklammerung durch die empirische Kontrolle befreien, denn Psychotherapie ist etwas anderes als die Anwendung einer definierten Methode mit bestimmten Interventionen auf ein definiertes Problem. Es gibt keine einheitliche Verabreichung des »Medikaments Psychotherapie«.

Auf der Grundlage seiner umfassenden Ausarbeitung *Szene, Habitus und Metaphorik – Konzepte einer praxeologischen Theorie psychotherapeutischer Profession* von 2021 sucht *Ralf Schumacher*, psychotherapeutische Praxis als soziale, intersubjektive Praxis im (meta-)theoretischen Rahmen einer soziologischen *Theorie der Praxis* (Bourdieu) und einer Theorie der Profession (Buchholz) auszuweisen. Mit einer mikrosoziologischen Interaktions- und Sozialforschung lässt sich eine Psychotherapie-Wissenschaft als neue (kritische) Disziplin der Humanwissenschaften begründen, die Erkenntnisse der Natur-, Sozial-, Geistes- und Kulturwissenschaften zu integrieren vermag. Entsprechend dem empirisch fundierten Vorrang des sozial-kontextuellen Modells von Wampold sollte psychotherapeutische Praxis nicht auf die Anwendung von Theorie – und damit auf Technik – reduziert werden. Dem folgt Schumacher mit seinem Plädoyer für eine Orientierung an psychodynamischen und praxeologischen Konzepten wie Szene, Habitus, Metaphorik und Profession. Sein Ansatz ist aber nicht auf psychodynamische Therapie beschränkt, sondern bietet Raum für die Integration kreativer Beiträge aus anderen Psychotherapierichtungen.

Der intersubjektive Ansatz begründet ein neues Denken in der Psychoanalyse und einen veränderten Umgang mit der psychoanalytischen Methode. Wie *Michael Ermann* aufzeigt, beruht er auf der Annahme, dass das Selbst nur als Produkt einer wechselseitigen Bezogenheit verstanden und verändert werden kann. Dabei erscheint die Bezogenheit als das Basale, während die individuelle Psyche sich erst in der Beziehung und aus der Beziehung heraus formt. Das gilt auch für die psychotherapeutische Behandlung. Der Behandlungsprozess und sein Ergebnis – die Veränderung der beteiligten Subjekte – sind demnach ein gemeinsam erschaffenes Werkstück. Das Konzept der Intersubjektivität führt zu einer Neuorientierung in der psychotherapeutischen Haltung und Zielsetzung

und hat Auswirkungen auf die psychotherapeutische Handlungsidentität.

Eine ressourcenorientierte Perspektive kann das Verständnis psychodynamischer Theorien und Modelle erweitern und Anregungen für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung geben. Wie *Wolfgang Wöller* in seinem Beitrag aufzeigt, verfügen wir über vielfältige Möglichkeiten, eine ressourcenorientierte therapeutische Haltung mit einem psychodynamischen Grundverständnis zu verbinden und ressourcenbasierte Interventionen in das Repertoire psychotherapeutischer Behandlungstechniken aufzunehmen. Eine davon abgeleitete Beziehungsgestaltung beinhaltet im Vergleich zu einem traditionellen Therapieverständnis eine stärkere Berücksichtigung der patientenseitigen Grundbedürfnisse und eine häufigere Nutzung ihrer Rückmeldungen zum therapeutischen Prozess. Eine besondere Bedeutung kommt dabei der Identifikation und Reparatur von Brüchen der therapeutischen Allianz zu. In behandlungstechnischer Hinsicht bieten ressourcenaktivierende Interventionen wertvolle Möglichkeiten bei ich-strukturellen Störungen und Traumafolgestörungen. Über die unspezifische Generierung positiver emotionaler Zustände hinaus lassen sich mit ihrer Hilfe frühere positive Bewältigungs- und Kompetenzerfahrungen wieder verfügbar machen.

Der Ausgangspunkt von *Werner Pohlmanns* Überlegungen ist die scheinbar völlig selbstverständliche Auffassung, Seelisches als eine »Innenwelt« zu verstehen, die sich durch Prozesse der Verinnerlichung einer »Außenwelt« entwickelt. Dieser Auffassung stellt er eine Auffassung gegenüber, die Seelisches von Anfang an als eine *Behandlung von Wirklichkeit* versteht. Damit steht nicht das Verstehen am Anfang, sondern das Handeln. Im Handeln und Behandeln verspürt das Seelische einen Zusammenhang, den es als Wirkliches und Wirksames erlebt. Am Beispiel der Identifizierung macht der Autor deutlich, dass der Verlust eines geliebten Objekts so behandelt werden kann, dass etwas von diesem Objekt in einem selber weiterlebt. Dann zeigen sich die Aspekte dieses Objekts in unserem Verhalten. Seelisches als Behandlung lässt sich genauer fassen als eine Ausdrucksbildung. Psychotherapie besteht demnach in einer Umstrukturierung der seelischen Gesamtsituation, indem sie den Strukturierungsnotwendigkeiten des Seelischen als Behandlung folgt. Erst aus dem Prozess als Ganzem der jeweiligen Behandlungsstunde kann erspürt werden, an welchen Momenten die zentralen Konflikte wieder belebt werden und zu »alten« oder »neuen« Entscheidungen zwingen. Dabei kommt es zu der Erfahrung

einer unauflöslichen Paradoxie, die Seelisches letztlich bewegt und die uns vor Augen führt, dass es kein Seelisches ohne Konflikte gibt. Psychotherapeutische Behandlung ist daher nur ein Übergang zu einer neuen oder anderen Behandlung der Wirklichkeit und des eigenen Selbst.

# Die Kluft zwischen wissenschaftlicher Theorie und professioneller Praxis

*Günter Gödde*

Wie in diesem Beitrag zu zeigen sein wird, gibt es in der psychodynamischen Psychotherapie keinen »geraden« Weg von der wissenschaftlichen Theorie zur professionellen Praxis, sondern zwischen beiden besteht eine charakteristische Kluft (vgl. Buchholz, 1999; Gödde, 2015; Schumacher, 2021). Während die Verhaltenstherapie sich an einer therapeutischen Grundhaltung »rationaler Steuerbarkeit« orientiert, wird die therapeutische Situation in der psychodynamischen Psychotherapie deutlich weniger strukturiert. Es geht nicht in erster Linie darum, möglichst rasch auf rationalere Sicht- und Lösungsmöglichkeiten der Patienten hinzuarbeiten, sondern erst einmal ihren unbewussten Beziehungsmustern im Verhältnis zu sich und zu anderen einen Raum zur Entfaltung bereitzustellen (Benecke, 2016, S. 58ff.). Der Prototyp der psychodynamischen Therapie lässt sich als »offener und wenig strukturierter Dialog« charakterisieren, wobei es darauf ankommt, dass der Patient Neues am Objekt entdecken kann, der Therapeut innovatorisch wirkt und das Innovatorische sich in den neuen Beziehungserfahrungen mit dem Therapeuten findet (ebd., S. 41ff.).

## Theoretische Grundlagen der psychodynamischen Psychotherapie

Psychodynamische Psychotherapie wird auf Vorschlag des »Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie« als Oberbegriff für die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) und die Analytische Psychotherapie (AP) verwandt. Gemeinsam ist beiden, dass sie »psychoanalytisch begründet« sind. Ihr gemeinsames Grundverständnis lässt sich zeigen, wenn man drei Ebenen berücksichtigt.

Auf der *ätiologischen* Ebene geht es um die unbewusste Psychodynamik von Störungen mit psychischer oder somatischer Symptomatik. In diesem Kontext haben sich vier Modelle herauskristallisiert. Eine gewisse Priorität hat nach wie vor das auf Freud zurückgehende und in den verschiede-

nen psychoanalytischen Richtungen modifizierte Modell des unbewussten Konflikts (Gödde, 2022); daneben hat sich das Struktur-Modell mit der Differenzierung verschiedener Strukturniveaus etabliert; das Trauma-Modell und das Modell der »reaktiven Pathologie« (Aktualkonflikt und Anpassungsstörungen) werden zusätzlich in Betracht gezogen (Boll-Klatt & Kohrs, 2014). *Konflikt, Struktur, Trauma und reaktive Pathologie* bilden die psychodynamischen Grundkonzepte hinsichtlich der Entstehung und Aufrechterhaltung seelischer Erkrankungen.

Eine zweite für das *psychodynamische* Grundverständnis maßgebliche Ebene wird in den Therapierichtlinien als »Basis gemeinsamer theoriegebundener Grundannahmen« (§ 5 I 1) bezeichnet. In diesem Kontext kann man von mindestens »vier Psychologien der Psychoanalyse« ausgehen (Giesers & Pohlmann, 2010). Führte die Theorieentwicklung von der klassischen Triebtheorie über die Ich-Psychologie zur Objektbeziehungs- und Selbstpsychologie, so haben die späteren die früheren Konzeptionen nicht einfach abgelöst, sondern stehen trotz unverkennbarer Widersprüche in einem »komplementären« Verhältnis zueinander (Mertens, 2010–2012). Wenn man noch die »intersubjektive Wende« hinzunimmt (Altmeyer & Thomä, 2006), kann man festhalten: *Trieb, Ich, Objektbeziehungen, Selbst und Intersubjektivität* bilden die theoretischen Basiskonzepte der psychodynamischen Therapie.

Auf einer dritten Ebene geht es darum, die unbewusste Dynamik der psychischen Störung eines Patienten *in praxi* zu erfassen (§ 14 I 1). Mit psychodynamischen Grundannahmen formuliert jeder Therapeut sein Modell vom Patienten und macht es zur Grundlage der Therapie. Zentrale Bedeutung haben hier die diagnostischen Kriterien von Konflikt, Struktur und Trauma, auch für die Wahl des Behandlungsfokus. Ein Unterschied zwischen den beiden psychodynamischen Richtungen besteht darin, dass die TP auf die aktuelle Wirksamkeit von konfliktbedingten und strukturellen Störungen eingegrenzt wird. Im Zentrum der Behandlung steht weniger der aus basalen Beziehungserfahrungen erwachsene »Grundkonflikt« eines Menschen als der auslösende und virulente »Aktualkonflikt«, wobei es je nach Fallkonstellation fließende Übergänge gibt.

Für die theoretische Orientierung in der psychodynamischen Therapie ist weiterhin der Brückenschlag zu den Nachbarwissenschaften, insbesondere zur Säuglings- und Bindungsforschung, zu den Neuro-, Sozial- und Kulturwissenschaften sowie zur Anthropologie und Linguistik von Bedeutung. Zudem bewegt sich die psychodynamische Psychotherapie in einem

Spannungsfeld zwischen Hermeneutik und Szientismus. Insgesamt bedeutet dies ein anspruchsvolles Programm für alle, die sich professionell mit dieser Therapierichtung beschäftigen.

Wenn man von der Theorie zur Praxis der psychodynamischen Therapie übergeht, kann man alsbald erkennen, dass sie prinzipiell durch Offenheit und gleichschwebende Aufmerksamkeit gekennzeichnet ist und über weite Strecken nicht vorgeplant ist, sondern mehr oder weniger ungesteuert verläuft.

## Die Praxis-Situation professioneller Psychotherapeuten

Woran liegt es, dass sich zwischen Theorie und Praxis der psychodynamischen Therapien eine große und oft irritierende Kluft auftut? In der Professionsforschung hat man erkannt, dass sich die psychodynamische Praxis in einer

- komplexen,
- unsicheren,
- instabilen und
- einzigartigen Situation abspielt (Schön, 1983; s. a. Buchholz, 2012, S. 223ff.).

Jede Form von *Komplexität* macht es erst einmal erforderlich, sie auf sich wirken zu lassen und in der Schwebe zu halten, bis gezielte Bemühungen um Orientierung, Transparenz und Vereinfachung sinnvoll werden.

Die unumgänglich auftretenden *Unsicherheiten* stehen im Zusammenhang mit dem Gebot der gleichschwebenden Aufmerksamkeit und der Aufforderung zur assoziativen Mitteilung dessen, was im Patienten vor sich geht. Der Therapeut muss sie aushalten, bis er nach und nach im Umgang mit einem Patienten »an Boden gewinnt«. In jeder therapeutischen Sitzung gibt es sowohl vonseiten des Patienten als auch des Therapeuten verschiedene Arten, das Gespräch zu führen und die therapeutische Beziehung zu regulieren. Dabei spielt die Theorie, die der Therapeut in der Begegnung mit dem Patienten aktualisiert, eine Rolle; aber auch persönliche Erfahrungen, die er im Leben gemacht hat, die Ausbildung, die er absolviert hat, und natürlich die jeweilige »Passung« mit dem Patienten.

Situationen in der Therapie sind *nicht stabil*, sondern erscheinen uns oft wie ein »Augenblick in einem Ereignisstrom«; sie fließen vorbei, und

wenn man nicht aufpasst, werden sie nicht einmal bemerkt (Buchholz, 2012, S. 223ff.). Daniel Stern und die »Boston Change Study Group« sprechen in diesem Zusammenhang vom »now moment« im Sinne eines plötzlich wie ein Kairos auftauchenden Augenblicks, der durch Gegenwärtigkeit »aufgeladen« ist. Ein solcher Gegenwartsmoment wird als Vorstufe für einen »moment of meeting« betrachtet. Das Besondere an einem solchen Begegnungsmoment ist, dass es zu einem authentischen intersubjektiven Kontakt zwischen Therapeut und Patient und dadurch zu einer starken Veränderung in der »gemeinsamen impliziten Beziehung« kommen kann (Stern, 2005; Stern et al., 2012).

Schließlich sind therapeutische Situationen *einzigartig*.

> »Professionelle beschäftigen sich mit der Lösung *existenzieller* Probleme ihrer Klienten; sie sprechen mit ihren Klienten über *individuelle* Lebensformen mit großer Bedeutung; und dies tun sie in einem formalen Rahmen, indem sie zugleich über sehr *intime* Themen auf eine äußerst individualisierte Interaktionsweise sprechen können« (Buchholz, 2012, S. 225f.).

Daraus kann man schließen, dass die Welt der professionellen Praxis im therapeutischen Handeln eine Eigendynamik entfaltet, die mit wissenschaftlichen Theorien nicht ohne Weiteres zu steuern und erst in der nachträglichen Reflexion zu erfassen ist. Diese Kluft zwischen Theorie und Praxis kann nicht einfach so überbrückt werden. Es gilt erst einmal, sie anzunehmen und für »eine nicht-wissende Haltung offen zu sein« (Schneider, 2022).

Erfahrene psychodynamische Therapeuten lassen sich eher mit Wildwasserpaddlern als mit Regelanwendern vergleichen:

> »Wer beispielsweise plant, eine Reihe von Stromschnellen mit einem Paddelboot zu befahren, wird vermutlich eine Weile oberhalb der Stromschnellen sitzen und seine Fahrt planen. Der Plan könnte ungefähr so aussehen: ›Ich werde so weit wie möglich nach links fahren, versuchen, zwischen diesen beiden großen Felsen durchzukommen, dann scharf nach rechts übersetzen, um an diesem nächsten Hindernis vorbeizuziehen.‹ [...] Aber wie detailliert er auch immer sein mag, der Plan endet, wenn die Aufgabe, das Boot durch die Stromschnellen zu steuern, tatsächlich beginnt« (Suchman, 1987, S. 52; s. a. Neuweg, 2015, S. 26).

## Das Problem widersprüchlicher Theoriebegriffe in der empirischen Forschung und professionellen Praxis

Noch ein zweiter Punkt macht die Kluft zwischen Praxis und Theorie deutlich. Der im Kontext der Behandlungspraxis gebrauchte Begriff der »Theorie« lässt sich, so Michael Buchholz, mit demjenigen der empirischen Therapieforschung nicht zur Deckung bringen.

> »In der empirischen Forschung wird Theorie nach wahr oder falsch bewertet. [...] In der therapeutischen Erfahrung aber braucht man einerseits Theorie, um die eigene Erfahrung verstehen zu können, andererseits ist Theorie nichts als die Formulierung einer Sinnspur aus der kommunikativen Matrix der Teilhabe an einer gemeinsamen ›Gefühlsreise‹. Hier ist Theorie ein Instrument zur Verfeinerung unserer Fähigkeit, im Körper und im Geist eines anderen zu sein« (Buchholz, 2012, S. 235).

Der gegenwärtig sehr mächtige Trend zur »Verwissenschaftlichung« und »Effektsteigerung« der Psychotherapie wurde in Deutschland maßgeblich von Klaus Grawe initiiert, der 1994 mit seinen Mitarbeiterinnen Ruth Donati und Friederike Bernauer die großangelegte Untersuchung *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession* veröffentlichte. Darin forderte er von der gesamten Psychotherapie und mithin auch von der heutigen psychodynamischen Psychotherapie, dass sie sich stärker als bisher an den Ergebnissen der empirischen Therapieforschung orientieren müsse. Für eine gute Therapie komme es vor allem darauf an, dass sie »allgemeine Wirkfaktoren« wie Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problembewältigung, (motivationale) Klärung und Therapiebeziehung patientenspezifisch verwirkliche. Worauf zielt eine solche Orientierung am Maßstab der »Wissenschaftlichkeit«?

- Psychotherapie wird als gute »Anwendung« von empirisch abgesicherten Forschungsergebnissen auf den individuellen Patienten verstanden.
- Für die Erklärung der Störungen wird eine Art »medizinisches« Ursache-Wirkungs-Modell zugrunde gelegt.
- Für die Behandlung bestimmter Störungen wird ein Repertoire spezifischer Therapiemethoden vorgesehen (Grawe, 2005).

Der hier angelegte Maßstab von Wissenschaftlichkeit ist zu Recht als inadäquat für die Praxis psychodynamischer Therapieverfahren zurück-

gewiesen worden. Beispielsweise hat Michael Buchholz in seinem Buch *Psychotherapie als Profession* (1999) seine Kritik mithilfe der Professionstheorie begründet. Ihm war aufgefallen, dass »Profession« oft stillschweigend mit »Wissenschaft« gleichgesetzt wird, während die uns in der Therapiepraxis leitenden Konzepte oft ganz anders geartet seien als die wissenschaftlichen Theorien. Die Theorie eines professionellen Psychotherapeuten – sein praktisches Wissen, das er sich in jahrelangen Erfahrungen mit therapeutischen Prozessen, mit Erfolgen und Scheitern erworben hat und das er reflektiert anwendet, aber auch intuitiv zum Ausdruck bringt – sei in Teilen unformuliert, könnte aber formulierbar gemacht werden. Sie könne nicht »angewendet«, sondern müsse »realisiert« werden.

Die Differenz zwischen empirischer Forschung und professioneller Praxis tritt noch deutlicher zutage, wenn man auf die Unterscheidung zwischen wissenschaftlich-theoretischem Wissen und Erfahrungswissen zurückgreift (vgl. Neuweg, 1999; Huppertz, 2006):

- *Theoretisches Wissen* lässt sich in Fakten-, Erklärungs-, Begründungs- und Konzeptwissen unterscheiden und wird hauptsächlich durch Lektüre und Lehrveranstaltungen in Aus- und Fortbildung erworben. Es strebt nach Objektivität, bestmöglicher Begründung und möglichst hoher Systematisierung und wird nach bestimmten Regeln, Techniken und Ritualen empirisch erforscht und explizit weitergegeben.
- *Erfahrungswissen* beruht hingegen auf Erfahrungswerten mit ähnlichen Patienten und daraus gewonnenen Typisierungen, ist perspektivisch und kontextuell organisiert, konkret, praxisnah und vor allem sehr flexibel. Es stellt eine Art »Bibliothek von Falltypen« dar, die »eine gegebene Situation und die in ihr angelegte Handlungsaufforderung spontan und ohne analytische Prüfung der Merkmalskonfiguration als typisch« wiedererkennen lassen (Neuweg, 2015, S. 105; s. a. Dreyfus & Dreyfus, 1987).

Im Unterschied zum theoretischen Wissen hat das Erfahrungswissen eine »operative Flexibilität«, die anregen will, andere Perspektiven zu erproben, und als deren Folge stellen sich im günstigen Fall neue Erkenntnisse ein. Neben einem »Anregungswert« kann man von einem »Bildungswert« des professionellen therapeutischen Handelns sprechen, da sie beiden Beteiligten dazu verhelfen kann, ihre therapeutischen Erfahrungen

mit literarischen, musikalischen, philosophischen und sonstigen Bildungserlebnissen zu verknüpfen.

Empirische Forschung produziert nicht besseres, sondern einfach *anderes Wissen* als die professionelle Praxis, die auch noch auf andere Wissensbestände zugreift. Diese Wissensbestände kommen in der »Umwelt« der therapeutischen Beziehung vor; sie sind deshalb von Therapeut zu Therapeut und von Patient zu Patient verschieden, machen die »Würze« einer guten therapeutischen Beziehung aus. Die Würze würde fehlen, wenn ein Therapeut sich nur und ausschließlich auf empirische Befunde verlassen wollte. Das schließt aber nicht aus, therapeutische Ergebnisse mit empirischen Mitteln zu evaluieren.

Die Gefahr einer »Übersteuerung« durch die Wissenschaft entsteht, wenn das Ideal personenunabhängiger Objektivität unkritisch auf die psychotherapeutische Tätigkeit übertragen wird. Es gibt jedoch in jeder Psychotherapie, vielleicht sogar in jeder Sitzung, Momente, oft sogar entscheidende Wendepunkte, in denen gerade nicht die Methode, sondern die *Person* gefragt ist (vgl. Buchholz & Gödde, 2012). Die psychotherapeutische Profession droht zu verarmen, wenn ihr die kreativen Möglichkeiten des Improvisierens und Experimentierens genommen werden. Für die psychodynamische Therapie ist sie von besonderer Bedeutung, da sie den Fokus auf die Gestaltung der Beziehung durch permanente Abstimmungsprozesse setzt.

Da zwischen einem empirisch-naturwissenschaftlichen Theorieverständnis und einem (tiefen-)hermeneutischen Fallverständnis »ein eindeutiger, linearer, standardisierter Zusammenhang« fehlt (Thom & Ochs, 2013, S. 382; s. a. Oevermann, 1996), kommt es für den professionellen Therapeuten darauf an, zwischen beiden Bereichen zu vermitteln und sich in praxi zwischen mehreren Lösungsalternativen zu entscheiden.

Im nächsten Schritt gilt es nun zu zeigen, dass es in der psychodynamischen Therapie nicht nur widersprüchliche Theoriebegriffe, sondern auch unterschiedliche Handlungstypen gibt.

## Der Vorrang eines intuitiv-improvisierenden Handlungstyps in der psychodynamischen Psychotherapie

Es gibt einen intelligenten Handlungstyp, der sich vom bloßen Verhalten dadurch unterscheidet, dass er weitgehend bewusst und wissensgesteuert

ist. Er folgt einem Plan und ist auf Ziele ausgerichtet. Bei diesem Modell *folgt die Praxis der Theorie*: »Explizites Wissen und Denken sind die Grundlage intelligenten Könnens, intelligentes Handeln ist Anwenden expliziten Wissens« (Neuweg, 2015, S. 63). Dementsprechend werden angehende Psychotherapeuten in ihrer Ausbildung »zunächst mit explizitem Wissen ausgestattet. Im Anschluss daran wird dieses Wissen in praktischen Situationen angewandt und schließlich automatisiert« (ebd., S. 64).

Charakteristika »expliziten« Wissen sind:

- *Explizites Wissen* ist klar artikulierbar.
- Es ist mit einem statischen Wissensbegriff im Sinne von *»knowledge«* (Polanyi) verknüpft.
- Als vorrangiges Motiv der Wissenssuche gilt die möglichst weitgehende Annäherung an die Wahrheit.
- Im Erkenntnis- und Vermittlungsprozess soll das Subjekt möglichst nicht emotional involviert, sondern in Distanz zum Inhalt des Wissens sein.
- Das explizite Wissen ist abstrakt, standardisiert, unflexibel.
- Die Vermittlung geschieht in erster Linie durch Seminare, Vorträge und Lehrbücher.

Während sich die Verhaltenstherapie vornehmlich am Modell expliziten Wissens orientiert, geht das der psychodynamischen Therapie nahestehende Handlungsmodell davon aus, dass professionelles Können über weite Strecken mehr ist als die Anwendung von explizitem Wissen oder die zielstrebige Planung von Handlungsschritten. »Die Entfaltung des Könnens bedarf einer Kultur der Einlassung, die sich nicht ständig durch Wissen beeindrucken und durch Denken am Handeln hindern lassen darf« (ebd., S. 39). Daher wird für ein *intuitiv-improvisierendes Handeln* (Volpert, 2003) plädiert, das sich durch hohe Flexibilität auszeichnet. Verwandte Konzepte sind das »tacit knowing« (Polanyi, 2016 [1966]), das »knowing-in-action« (Schön, 1983), das situierte Handeln (Suchman, 1987) oder das intuitive Handeln (Dreyfus & Dreyfus, 1987; Ermann, 2012). Der Fokus richtet sich auf die jeweilige Situation und die zu bewältigende praktische Aufgabe. Auch bei diesem Handlungstyp bezieht sich Können auf Ziele, wobei die Bestimmung der Ziele in vielen Fällen über ihre Realisierung erfolgt. Dazu ist es aber nicht notwendig, die einzelnen Schritte auf dem Weg selbst zu betrachten. Nur wenn das Handeln auf Widerstände stößt und dadurch eine Problemlösung blockiert wird,

gilt es, sich kritisch-reflexiv den einzelnen Schritten des eigenen Handelns zuzuwenden. Bei diesem Modell *folgt die Theorie der Praxis*. Der Kompetenzaufbau in der Therapeutenausbildung erfolgt »durch Erfahrung, die Reflexion von Erfahrung und ihre Rückübersetzung in neue Erfahrungen« (Neuweg, 2015, S. 39).

Der intuitiv-improvisierende Handlungstyp steht in engem Zusammenhang mit dem Konzept des »impliziten« Wissens (Polanyi, 2016 [1966]) und weist folgende Merkmale auf:

- *Implizites Wissen* ist nicht, nicht vollständig oder nicht angemessen artikulierbar.
- Es ist mit einem dynamischen Wissensbegriff im Sinne von *»knowing«* (Polanyi) verbunden.
- Vorrangiges Motiv der Wissenssuche ist die Lösung von Problemen, um eine erfolgreiche Praxis zu ermöglichen.
- Im Erkenntnis- und Vermittlungsprozess spielt die emotionale Beteiligung des Subjekts eine maßgebliche Rolle, da es sich um ein persönliches einverleibtes Wissen handelt.
- Das implizite Wissen ist kontextgebunden, situativ, adaptiv.
- Die Sozialisation erfolgt in einer Expertengemeinschaft, insbesondere durch *learning by doing*.

Der für die psychodynamische Therapie charakteristische Denk- und Handlungsstil lässt sich durch folgende Kriterien bestimmen: offene Besprechungen (von Fantasien und Träumen); Identifizierung von sich wiederholenden Themen; Verbinden der Erfahrungen mit vergangenen Erfahrungen; Lenkung der Aufmerksamkeit auf unakzeptabel erlebte Gefühle und Aufzeigen von Abwehrmanövern; Interpretation von Widerstand oder unbewussten Wünschen, Gefühlen oder Fantasien; Fokussierung auf die therapeutische Beziehung; Verbindungen zwischen therapeutischer Beziehung und anderen Beziehungen (Benecke, 2016, S. 60ff.).

## Die Bedeutung »impliziter persönlicher Konzepte« für die therapeutische Praxis

Sobald sich Therapeuten fragen, was für einen Patienten in einer aktuellen Lebenssituation »gut« oder »richtig« sein könnte, wirken Wertungen als Hintergrundannahmen – oft unreflektiert oder sogar betont verleug-

net – in die therapeutische Beziehungsgestaltung hinein. Joseph Sandler (1983) hat schon vor vier Jahrzehnten die Aufmerksamkeit darauf gelenkt, dass die vom einzelnen Therapeuten in der Praxis verwandten *impliziten persönlichen Konzepte* von den in Lehre und Lehrbüchern vertretenen wissenschaftlichen Theorien mehr oder weniger abweichen. Ihre Erforschung könne einen sehr wichtigen neuen Weg eröffnen, auch weil viele Therapeuten ihre impliziten Konzepte für nicht »koscher« halten und nur in aller Heimlichkeit damit operieren, um ja nicht von ihren Kollegen dabei ertappt zu werden (ebd., S. 584).

Die Verwendung privater Konzepte ist heute kein Tabuthema mehr. Sie geben Aufschluss darüber, was in der therapeutischen Praxis wirklich geschieht, und ermöglichen es, wichtige Teilelemente des Arbeitsmodells des jeweiligen Therapeuten »durch Rückschlüsse aus dem Verlauf konkreter analytischer Interaktionen« zu erschließen (Bohleber, 2007a, S. 835). Man kann sich die Assimilierung und Verwendung von Theorien als eine Art »Amalgam aus offiziellen Theorieelementen und Schwerpunkten eigener klinischer Erfahrung sowie aus persönlicher Lebenserfahrung, individuellen Wertsetzungen und privaten Philosophien oder Ideologien« vorstellen, wobei die impliziten Teiltheorien in der klinischen Arbeit »oft nützlicher und passender« sind als die offiziellen (Bohleber, 2007b, S. 1003).

Zusammenfassend kann man festhalten: Die implizite Anreicherung expliziter mit privaten Theorien erfüllt in der therapeutischen Praxis wichtige Funktionen. Dabei kommen auch und insbesondere implizite anthropologische und philosophische Konzepte – Menschenbilder und Weltanschauungen – zum Tragen, »die sich als mentale Strukturen infolge unserer Sozialisation niedergeschlagen haben und unsere Denk- und Wahrnehmungsschemata sowie Handlungspositionen nachhaltig bestimmen« (Müller & Kutter, 1998, S. 13). Sie können einen kreativen Umgang mit den Problemen des Patienten ermöglichen, aber auch wie Vorurteile wirken und die Wahrnehmung und das Denken erheblich verzerren.

## Zur Erforschung der Pluralität unterschiedlicher Sichtweisen und Therapiestile

In den psychodynamischen Therapierichtungen bewegen wir uns in einem unaufgelösten Spannungsfeld. Den einen Pol bildet eine offene, mehrperspektivische und tolerante Denkhaltung, die im ungünstigen Fall in einen

diffusen und relativistischen Pluralismus übergehen kann. Den anderen Pol bildet eine prinzipiell an den Kriterien von Objektivität, Erkenntnis und Wahrheit festhaltende Einstellung, die ihrerseits in dogmatische Positionen, elitäre Attitüden und einen Verlust an Toleranz einmünden kann. In diesem Spannungsfeld drängt sich die Frage auf, ob »wir überhaupt imstande und bereit [sind], diese Pluralität untereinander anzuerkennen, sie auszuformulieren, miteinander darüber zu sprechen und uns dennoch gegenseitig wertzuschätzen« (Will, 2010, S. 10).

Im Kontext des Pluralitätsproblems standen die komparativen Untersuchungen zur divergierenden Praxis von Analytikern, die im Rahmen der Europäischen Psychoanalytischen Föderation (EPF) durchgeführt wurden und an erster Stelle mit dem Namen *David Tuckett* verbunden sind. Er hielt es für dringend erforderlich, Differenzen zwischen den Handlungsweisen von Analytikern mikroanalytisch zu beschreiben und zu erfassen:

> »Unsere Geduld angesichts der Versuche, auf Differenzen mit der Ausübung von Autorität zu reagieren – zu denen auch geschickte charismatische Denunziationen zu zählen sind, durch die in großen Versammlungen Gruppengrundannahmen erzeugt werden – schien erschöpft. Wir mußten neue Wege suchen. Mit Unterstützung des EPF-Vorstands starteten wir die ›Neue Wissenschaftspolitik‹ und später die ›Wissenschaftliche 10-Jahres-Initiative‹« (Tuckett, 2002).

Im Rahmen dieser Programme suchte die 2003 gegründete »EPF-Arbeitsgruppe für komparative klinische Methoden« nach Möglichkeiten, die Herausforderungen zu bewältigen, die mit dem Vergleich unterschiedlicher Arbeitsweisen verbunden sind – kognitiv und emotional und auf individueller ebenso wie auf Gruppenebene (Tuckett, 2007a, S. 1051). Hier handelte es sich um ein Großprojekt, das auf mehrtägigen »working parties« in Prag, Sorrent, Helsinki, Villamoura, Athen, Barcelona u. a. mit mehreren 100 Analytikern durchgeführt wurde, die in Diskussionsgruppen Einzelfälle bearbeiteten.

Eine zweite Irritation stammte aus Tucketts Erfahrung, dass Fallbesprechungen im Kollegenkreis oft unbefriedigend und für denjenigen, der einen Fall einbringt, frustrierend, ja kränkend verlaufen, weil sich der eine oder andere Kollege bemüßigt fühlt, dem Vortragenden korrigierend eine andere »Lesart« des Falles nahezulegen. Es gebe eine in der Psychoanalyse verbreitete Tradition, »das Fallmaterial von Kollegen zu diskutieren,

indem man es sozusagen supervidiert« (ebd., S. 1047). Tuckett charakterisiert diese Vorgehensweise treffend als »Supervisionsmodus« und führt sie darauf zurück, dass wir einfach nicht wüssten, »wie wir die Arbeitsweise unserer Kollegen psychoanalytisch diskutieren können, ohne nach einer Fallvorstellung lediglich darzulegen, was uns selbst zu dem Material einfällt und wie wir es bearbeitet hätten« (ebd., S. 1050). Zudem wecke die Diskussion von psychoanalytischen Fallbeispielen intensive emotionale Reaktionen, weil sowohl für den Vortragenden als auch für die Diskussionsteilnehmer »tiefe Überzeugungen auf dem Spiel stehen«:

> »Häufig scheinen die Diskutierenden vom Vortragenden zu erwarten, dass er sich nach ihren Empfehlungen richtet, weil die Behandlung andernfalls womöglich scheitern könnte. Entscheidender aber ist etwas anderes: Hinter einer Supervision in diesem Kontext steht die Vorstellung des Diskutanten, nicht nur mehr zu wissen als der Vortragende, sondern darüber hinaus den Patienten vor Schaden bewahren zu müssen. Wir beobachten also nicht nur den potentiell libidinösen Aspekt, sich selbst in solchen Diskussionen zu exponieren, sondern sehen auch, dass wir uns eindeutig auf moralischem Territorium (mehr auf Über-Ich- als auf Ich-Ebene) bewegen und in fürwahr tiefen Gewässern waten« (ebd., S. 1050f.).

Mit dieser Irritation war eine weitere verbunden. Bei denen, die ihre Kollegen »supervidierten« und eine höhere Deutungsmacht beanspruchten, blieb zumeist unklar, welche Kriterien von Erkenntnisfähigkeit bzw. »Kompetenz« ihren Urteilen zugrunde lagen. Was befähigte und berechtigte sie dazu, in einem pluralen Feld mit sehr unterschiedlichen Therapiekonzepten und -perspektiven für sich einen Standpunkt »oberhalb« zu beanspruchen? In diesem Kontext beobachtete Tuckett auffällige Kompetenzunterschiede bei Analytikern:

> »Ich habe wiederholt erlebt, [...] dass viele Psychoanalytiker, die ich kenne, oft intuitiv spüren können, was in einer Sitzung zwischen Analytiker und Patient vor sich geht, wenn sie eine detaillierte Beschreibung der klinischen Arbeit hören: Sie scheinen dann in der Lage zu sein, diejenigen, die ›es können‹, von denen, die ›es nicht können‹, zu unterscheiden, auch wenn die Unterschiede in der Praxis erheblich sind und sie selbst nicht so arbeiten würden. Wenn dem so ist, dann besteht die vor uns liegende Aufgabe darin, [...] das zu spezifizieren und erfassen zu lernen, worauf unsere globa-

len und intuitiven Urteile bereits jetzt beruhen und sie offen zu legen« (Tuckett, 2007b, S. 50f.).

Bei der Realisierung des EFP-Projekts hat sich die »Methode der zwei Schritte« (»two steps«) herausgebildet (Tuckett, 2007a, S. 1061ff.): Die Vorstellung des jeweiligen Falls nimmt mehrere Sitzungen in Anspruch. Daran schließt sich eine relativ freie Diskussion von drei bis vier Stunden an, in der die in einer Arbeitsgruppe vertretenen unterschiedlichen Perspektiven geklärt werden sollen. Als erster Schritt wird die eigentliche Diskussion (drei bis vier Stunden) verstanden, die sich unmittelbar auf den Vortragenden und seine Arbeitsweise konzentriert. Dabei wird jede einzelne »Interaktion« eingehend auf die ihr zugrunde liegenden Intentionen untersucht. Der zweite Schritt (etwa vier Stunden) bezieht sich auf das herauszuarbeitende *Explanationsmodell* des jeweiligen Analytikers. Um einen Kollegen verstehen zu können, müsse man die komplexe Mischung aus impliziten und expliziten Überzeugungen erkennen, die sein therapeutisches Handeln fundieren. Mittels der Zwei-Schritte-Methode ließen sich neun hauptsächliche Differenzen zwischen Analytikern herausarbeiten (Tuckett, 2012, S. 104ff.):

1. Konzepte neuer Erfahrung: Etwa die Hälfte aller Analytiker wollte ihrem Patienten eine neue korrigierende Erfahrung ermöglichen, um dem Wiederholungszwang Einhalt zu gebieten. Ein Hauptunterschied ergab sich daraus, ob die neue Erfahrung durch ein spezifisch analytisches Verstehen und Interpretieren, das sich dann auf die Wahrnehmung des Patienten auswirkt, erreicht werden kann, oder weil sich der Analytiker tatsächlich von der Bezugsperson aus der Vergangenheit unterscheidet.
2. Konzepte darüber, was interpretiert wird und warum: Solche Interpretationen bezogen sich vornehmlich auf vier Aspekte: a) ob der Analytiker »different« (verstehender, toleranter, empathischer, weniger kritisch) sei; b) wie der Patient den Analytiker erlebt (um Reflexion zu ermöglichen und Unterschiede zu früheren Beziehungsobjekten zu erkennen); c) wie Ängste beim Gewahrwerden von Konflikten durchgearbeitet werden (»um die zugrunde liegende Struktur zu verändern«); d) wie psychisches Ausarbeiten angeregt wird.
3. Konzepte, wie Interpretationen gegeben werden und warum: Ein hauptsächlicher Unterschied bestand zwischen mehr oder weniger gesättigten (direkten), also spezifisch formulierten oder eher diffus gehaltenen Deutungen.

4. Konzepte hinsichtlich der Ursachen: Die Pole waren hier »Konflikt« oder »Defizit«; das eine wird als zu lösen, das andere als zu überwinden angesehen. Dabei war zu beobachten, dass viele solche Überlegungen eine sehr implizite und unklare Form hatten.
5. Konzepte des Hier und Jetzt: Hier ging es um das Ausmaß, in dem Analytiker eine Vorstellung von dem Bild haben, das sich ein Patient von ihnen macht und wie beide im Behandlungszimmer zueinander eingestellt sind. In dieser Hinsicht gab es sehr viel Inkonsistenz.
6. Konzepte der freien Assoziation: Unterschiede zeigten sich im Hinblick auf die Handhabung von freier Assoziation und gleichschwebender Aufmerksamkeit, den Status von Erinnerungen, Erzählungen über Erlebnisse und Erfahrungen, die in der therapeutischen Situation geschildert werden.
7. Konzepte hinsichtlich Reden und Handeln: Bei diesem Aspekt wird darauf fokussiert, wie die Nachwirkungen der Vergangenheit in der Gegenwart bearbeitet werden, sei es durch Aufdecken verdrängter Erinnerung, durch Enactment oder durch verdichtete Anspielungen im manifesten Material.
8. Konzepte der Gegenübertragung: Hier geht es zentral um die Frage, ob die Gegenübertragung als unmittelbare Reaktion auf die Übertragung oder eher als eine sehr direkte affektive Antwort aufgefasst wird.
9. Einstellungen zur Neutralität: Hier geht es um den Unterschied, ob der Analytiker Neutralität als etwas sieht, das immer erst errungen werden muss, oder als Vorgehensweise, die in jedem Fall durchzuhalten ist.

Diese Differenzen ließen sich am kasuistischen Material der EPF-Arbeitsgruppe zu idealtypischen Explanationsmodellen und daraus folgenden Therapiestilen gruppieren.

Im Hinblick auf die Pluralität psychodynamischer Konzepte und Therapiestile hat Herbert Will (2006) drei Aufgaben unterschieden: »die Pluralität der Positionen und Techniken anzuerkennen; sich in einem plural geprägten Feld zu bewegen, ohne einen Standpunkt außerhalb oder darüber besetzen zu können; und Maßstäbe zur Qualitätssicherung zu entwickeln« (ebd., S. 9). Da psychotherapeutische Praxis innere Freiheit braucht, sollte die theoretische Orientierung dazu dienen, den Freiheitsgrad von Therapeuten zu erhöhen, denn nur mit einer offenen Suchhaltung können sie Zugang zum Unbewussten der Patienten bekommen. »Weder Einzelne

noch Gruppen sind heute prädestiniert, einen gleichsam übergeordneten und objektiven Blickwinkel einzunehmen, von dem aus sie die Arbeit von Kollegen valide beurteilen können« (ebd., S. 68).

Theoretische und technische Überzeugungen sind im Rahmen persönlicher Entwicklungsprozesse und durch Auseinandersetzung, Aufnahme und Abstoßung, durch Identifizierung und Unverträglichkeit mit wichtigen Personen und Theorien allmählich gewachsen. Ähnlich wie politische Überzeugungen und grundlegende Lebensorientierungen bedürfen sie der Anerkennung und Respektierung. Dies muss uns ja nicht hindern, darüber ins Gespräch zu kommen, und es muss uns auch nicht hindern, einen Diskurs über qualifiziertes Arbeiten zu führen und zu vertiefen.

Ein improvisierend-intuitiver Handlungstyp, eng verknüpft mit »implizitem Wissen«, der Rückhalt der Selbsterfahrung sowie die Bereitschaft zur Selbstreflexion ermöglichen es, die Fahrt auf den Stromschnellen einer psychodynamischen Psychotherapie anzutreten und gut durchzuhalten. Das Spannungsverhältnis von Theorie und Praxis ist durchaus mit Verunsicherungen und Krisenmomenten verbunden, bedeutet aber immer auch die Chance für neue Erfahrungen und Erkenntnisse, die die immer wieder nötige Neuorientierung in der Seelenlandschaft von Patienten und Therapeuten stimulieren.

## Literatur


Altmeyer, M. & Thomä, H. (Hrsg.). (2006). *Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Benecke, C. (2016). *Psychodynamische Therapien und Verhaltenstherapie im Vergleich: Zentrale Konzepte und Wirkprinzipien*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Bohleber, W. (2007a). Editorial: Psychoanalytiker bei der Arbeit – ihre Praxis, ihre Theorien. *Psyche – Z Psychoanal, 61*(9/10), 831–836.

Bohleber, W. (2007b). Der Gebrauch von offiziellen und privaten impliziten Theorien in der klinischen Situation. *Psyche – Z Psychoanal, 61*(9/10), 995–1016.

Boll-Klatt, A. & Kohrs, M. (2014). *Praxis der psychodynamischen Psychotherapie. Grundlagen – Modelle – Konzepte*. Stuttgart: Schattauer.

Buchholz, M. B. (1999). *Psychotherapier als Profession*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Buchholz, M. B. (2012). Profession und empirische Forschung – Souveränität und Integration. In A.-M. Schlösser & A. Gerlach (Hrsg.), *Grenzen überschreiten – Unterschiede integrieren. Psychoanalytische Psychotherapie im Wandel* (S. 211–239). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Buchholz, M. B. & Gödde, G. (2012). Person versus Methode. Eine zentrale Frage für Therapeutik und Therapieforschung. In dies. (Hrsg.), *Der Besen, mit dem die Hexe fliegt*.

*Wissenschaft und Therapeutik des Unbewussten, Bd. 2* (S. 641–673). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Dreyfus, H. L. & Dreyfus, S. E. (1987). *Künstliche Intelligenz. Von den Grenzen der Denkmaschine und dem Wert der Intuition*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Ermann, M. (2012). Intuition – das intelligente Unbewusste (unsere unbewusste Intelligenz). Vortrag im Rahmen der 62. Lindauer Psychotherapiewochen. https://www.lptw.de/archiv/vortrag/2012/ermann-michael-intuition-das-intelligente-unbewusste-lindauer-psychotherapiewochen2012.pdf

Freud, S. (1926e). *Die Frage der Laienanalyse. GW XIV*, 207–286.

Giesers, P. & Pohlmann, W. (2010). Die Entwicklung der Neurosenformel in den vier Psychologien der Psychoanalyse. *Psyche – Z Psychoanal, 64*, 643–667.

Gödde, G. (2015). Das Konzept »Lebenskunst« in der psychodynamischen Therapie. In G. Gödde, W. Pohlmann & J. Zirfas (Hrsg.), *Ästhetik der Behandlung. Beziehungs-, Gestaltungs- und Lebenskunst im psychotherapeutischen Prozess* (S. 117–143). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Gödde, G. (2021). *Entwicklungslinien psychodynamischer Psychotherapie. Historische Orientierung, aktuelle Situation und zukünftige Perspektiven*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Gödde, G. (2022). Mit unbewussten Konflikten arbeiten. In G. Gödde, E. Püschel & S. Schneider (Hrsg.), *Psychodynamisch denken lernen, Grundlinien Psychodynamischer Psychotherapie für Ausbildung und Praxis* (S. 189–207). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal, 4*, 4–12.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.

Huppertz, M. (2006). Wissen und Können in der Psychotherapie. *psycho-logik, 1*, 176–194.

Mertens, W. (2010–2012). *Psychoanalytische Schulen im Gespräch*. 3 Bände. Bern: Huber.

Müller, Th. & Kutter, P. (1998). Einleitung. In P. Kutter, R. Páramo-Ortega & T. Müller (Hrsg.), *Weltanschauung und Menschenbild. Einflüsse auf die psychoanalytische Praxis* (S. 7–15). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Neuweg, H.-G. (1999). *Könnerschaft und implizites Wissen. Zur lehr-lerntheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis*. Münster, New York u. a.: Waxmann.

Neuweg, H.-G. (2015). *Das Schweigen der Könner. Gesammelte Schriften zum impliziten Wissen*. Münster: Waxmann.

Oevermann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidieren Theorie professionalisierten Handelns. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität* (S. 70–182). Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Polanyi, M. (2016 [1966]). *Implizites Wissen* (2. Aufl.). Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Sandler, J. (1983). Die Beziehungen zwischen psychoanalytischen Konzepten und psychoanalytischer Praxis. *Psyche – Z Psychoanal, 37*, 577–595.

Schneider, S. (2022). Für eine nichtwissende Haltung offen sein. In G. Gödde, E. Püschel & S. Schneider (Hrsg.), *Psychodynamisch denken lernen, Grundlinien Psychodynamischer Psychotherapie für Ausbildung und Praxis* (S. 21–38). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Schön, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action*. New York: Basic Books.

Schumacher, R. (2021). *Szene, Habitus und Metaphorik. Konzepte für eine praxeologische Theoreie psychotherapeutischer Profession*. Bielefeld: transcript.
Stern, D. N. (2005). *Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag*. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
Stern, D. N. et al. (The Boston Change Process Study Group) (2012). *Veränderungsprozesse. Ein integratives Paradigma*. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
Suchman, L. A. (1987). *Plans and Situated Actions. The Problem of Human Machine Communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
Thom, J. & Ochs, M. (2013). Der Typus des postmodernen Professionellen – ein Porträt Psychologischer Psychotherapeuten. *Psychotherapeutenjournal, 12*(4), 382–390.
Tuckett, D. (2002). Die Konferenz im neuen Stil und die Entwicklung einer Kultur von Gleichrangigen in der europäischen Psychoanalyse. Ansprache des Präsidenten. *EPF Bull, 56*, 40–56.
Tuckett, D. (2007a). Wie können Fälle in der Psychoanalyse verglichen und diskutiert werden? Implikationen für künftige Standards der klinischen Arbeit. *Psyche – Z Psychoanal, 61*, 1042–1071.
Tuckett, D. (2007b). Ist wirklich alles möglich? Über die Arbeit an einem System zur Einschätzung psychoanalytischer Kompetenz. *Forum Psychoanal, 23*, 44–64.
Tuckett, D. (2012). Some Reflections on Psychoanalytic Technique: In Need of Core Concepts or an Archaic Ritual? *Psychoanalytic Inquiry, 32*, 87–108.
Volpert, W. (2003). *Wie wir handeln – was wir können. Ein Disput zur Einführung in die Handlungspsychologie* (3. Aufl.). Sottrum: Artefakt.
Wampold, B. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods and Findings*. Mahwah, New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Asssociates.
Wampold, B. E., Imel, Z. E. & Flückiger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht*. Bern: Hogrefe.
Will, H. (2006). *Psychoanalytische Kompetenzen. Standards und Ziele für die psychotherapeutische Ausbildung und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.

## Biografische Notiz

*Günter Gödde*, Dr. phil., Dipl.-Psych., jur. Assessor, Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis, Dozent, Supervisor, Lehrtherapeut sowie Ausbildungsleiter in der Therapeutenausbildung an der Berliner Akademie für Psychotherapie, Mitherausgeber der *Schriften zur Kritischen Lebenskunst*. Arbeitsschwerpunkte: Theorie, Praxis und Ausbildung der psychodynamischen Psychotherapie, Geschichte und Kulturtheorie der Psychoanalyse, Ideengeschichte des Unbewussten, Verhältnis von Psychoanalyse und Philosophie sowie von Therapeutik und Lebenskunst. Ausgewählte Buchveröffentlichungen: *Traditionslinien des »Unbewussten«. Schopenhauer – Nietzsche – Freud* (1999/2009); *Das Unbewusste I–III* (Hrsg. mit M. B. Buchholz, 2005–06); *Unbewusstes* (mit M. B. Buchholz, 2011); *Therapeutik und Lebenskunst* (mit J. Zirfas, 2016); *Kritische Lebenskunst* (Hrsg. mit J. Zirfas, 2018); *Mit dem Unbewussten arbeiten* (2018); *Therapieziel Selbstsorge* (mit J. Zirfas, 2021); *Entwicklungslinien der psychodynamischen Psychotherapie* (2021); *Supervision in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie* (mit A. Bergner & G. Kurz, 2022); *Psychodynamisch denken lernen* (Hrsg. mit E. Püschel & S. Schneider, 2022); *Das Leuchten der Morgenröthe. Friedrich Nietzsche und die Kunst zu leben* (Hrsg. mit E. Brock & J. Zirfas, 2022).

# Zu einer praxeologischen Theorie psychotherapeutischer Profession

*Rolf Schumacher*

> »Erkenntnistheorie ist daher nicht praxisfern, sondern erlaubt die Wege der Erkenntnis in jeder Therapiestunde zu verstehen.«
>
> *(Küchenhoff & Warsitz, 2015, S. 9)*

Mit einer *praxeologischen Theorie psychotherapeutischer Profession* soll das moderne Verständnis des Theorie-Praxis-Verhältnisses, wonach Praxis auf die Anwendung und Umsetzung von Theorie und damit auf Technik reduziert wird, infrage gestellt werden. Der Hauptgrund liegt darin, dass ein naturwissenschaftliches Verständnis, wenn es auf den Erkenntnisbereich sozialer Praxis übertragen wird, zu einem *szientistischen (Selbst-)Missverständnis* (Habermas, 1973) führen würde. Das dialektische Verhältnis von Theorie und sozialer Praxis würde zerrissen und nur unzureichend durch den Nexus von Theorie und Technik ersetzt werden. Ein zentrales Anliegen der praxeologischen Theorie psychotherapeutischer Profession ist es, dies aufzuzeigen und eine Alternative anzubieten. Dazu ist eine erkenntnistheoretische und soziologische Reflexion der Psychotherapie hilfreich.

## Ziele des praxeologischen Ansatzes

Als soziale Praxis erfolgt Psychotherapie aus einer Dialektik von theoretischem Begreifen und praktischem Verstehen von konkreten Praxis-Situationen. Das dialektische Moment des praktischen Verstehens geht als soziale Praxis nicht in einer Anwendung von Technik auf, es enthält einen Moment von Unbestimmtheit. Entsprechend ist die Qualität ambulanter therapeutischer Arbeit nicht auf die Verbesserung der Behandlungstechnik zu reduzieren. Wie Forschungsergebnisse belegen, hängt die Wirkung therapeutischer Interventionen stark von Aspekten therapeutischer Beziehungsgestaltung und Selbstreflexion ab (Kämmerer & Rehahn-Sommer, 2022, S. 65).

Mit der Reform des deutschen Psychotherapeutengesetzes von 2019

wird psychotherapeutische Praxis als Anwendungsform der akademischen Psychologie festgeschrieben und seit 2020 ist die Ver(-natur-)wissenschaftlichung der psychotherapeutischen Praxis als akademisches Studienfach institutionalisiert (vgl. Hauten, 2021, S. 5). Dagegen gilt es, rationale Argumente zu finden, weil dies der *Logik der Psychotherapie* (Fischer, 2008) als Profession widerspricht. Die Reflexion der Praxis- und Erkenntnisformen von Psychotherapie durch dialektisch-anthropologische und erkenntnistheoretische Metatheorie begründet ein eigenständiges psychotherapeutisches Menschenbild und ein eigenständiges erkenntnistheoretisches Paradigma für die Psychotherapie.

Eine praxeologische Theorie psychotherapeutischer Profession will auf der Basis epistemologischer und soziologischer Reflexionen der Grundlagen der Psychotherapie dem Trend der Verwissenschaftlichung und Technisierung psychotherapeutischer Praxis entgegenwirken. Sie geht mit der soziologischen Praxistheorie (Hillebrandt, 2016) von der zentralen Annahme aus, dass soziale Praxis aus einem subjektiven Moment (das nicht vernachlässigt werden darf) und einem objektiven Moment besteht, die dialektisch vermittelt werden müssen (vgl. Bourdieu, 2001, S. 118f.). Der Begriff *Praxeologie* bzw. *praxeologische Erkenntnisweise* stammt von Pierre Bourdieu und steht im Rahmen seiner soziologischen *Theorie der Praxis*, die zwischen einer subjektivierenden und einer objektivierenden Erkenntnisweise vermitteln und damit die Vereinseitigung und Reduktion auf eine entweder subjektivistische oder objektivistische Erkenntnisweise überwinden will.

Während die Begriffe des *Handelns* und des *Sich-Verhaltens* subjektbezogen sind, erfasst der Praxisbegriff eher intersubjektive Prozesse (vgl. Yos, 2019, S. 337). Der Praxisbegriff ist dem Erkenntnisgegenstand der Psychotherapie eher angemessen, weil damit die soziale Praxis der Kommunikation und Beziehungsgestaltung, auch jenseits der Worte, erfasst, explizit gemacht und verändert werden kann. In einer praxeologischen Theorie psychotherapeutischer Profession geht es auch um die Aufwertung und Rekonstruktion des der psychotherapeutischen Praxis innewohnenden impliziten Wissens, um die pragmatische Rationalität psychotherapeutischer Praxis als sozialer Praxis und deren Gestaltung. Die soziologische Erkenntnisperspektive von außen auf Psychotherapie kann entweder im Rahmen soziologischer Systemtheorie (nach Luhmann), wie sie Michael B. Buchholz (1999) vorgelegt hat, oder im Rahmen »soziologischer Praxistheorien« erfolgen.

Bourdieus Praxistheorie und Sozio-Analyse sind dem *Projekt der Moderne* verpflichtet, das die Menschheit aus ihrer Unmündigkeit befreien und sie zu einer gerechteren Gestaltung ihrer Welt ermächtigen will, wozu Vernunft und Wissenschaft den entscheidenden Beitrag leisten sollen (vgl. Reckwitz, 2021). Für Bourdieu ist soziologische Selbstreflexion ein Weg, sich das eigene wissenschaftliche Unbewusste, die eigene Denkweise bewusst zu machen (in Betonung der Familienähnlichkeit von Bourdieus *Sozioanalyse* mit Psychoanalyse). Eine so verstandene selbstreflexive Sozioanalyse (vgl. King, 2022) habe sowohl eine individuell-therapeutische wie eine gesellschaftspolitische Aufgabe. Sie liefere einen individuell-therapeutischen Beitrag, indem sie zur Emanzipation von unbewussten Dispositionen mit gesellschaftlicher Ursache im Sinne des Durchschauens und der Aufhebung gesellschaftlich bedingter, scheinbarer *Kausalitäten des Schicksals* beitrage. Eine so verstandene Sozioanalyse (als Dialektik von theoretischem Begreifen/Erklären objektiver Kausalzusammenhänge und praktischem Verstehen subjektiven Erlebens in der Erhebungs-Situation) sei auch dadurch Selbstanalyse, dass sie Menschen in die Lage versetze, die objektiven Bedingungen zu begreifen, durch die sie so geworden sind, wie sie sind, und zu erkennen, welche gesellschaftlichen Bedingungen dazu beitragen (Schwingel, 1995, S. 144).

Neben diesem individuell-therapeutischen Emanzipationspotenzial hat die selbstreflexive Sozioanalyse auch eine befreiende Kraft auf der gesellschaftlich-politischen Ebene. Die durch die Sozioanalyse rekonstruierbaren gesellschaftlichen Zusammenhänge ermöglichen einen reflexiven Umgang mit ihnen, woraus sich neue Handlungsmöglichkeiten ergeben wie auch Möglichkeiten der Aufhebung solcher scheinbaren »Kausalitäten des Schicksals«. Ziel ist die Erweiterung der Einsicht in die eigenen Bedingtheiten, um auf der Grundlage dieser Einsicht willensfreier zu werden (vgl. auch Küchenhoff, 2012, S. 323).

## Praxeologisch-dialektische Veränderung in vier Phasen

Die Arbeitsbeziehung (Phase 1), die besonders am Anfang gefestigt und tragfähig gemacht werden sollte, bildet die Grundlage der Arbeit an den pathologischen Übertragungsschemata, die die Arbeitsbeziehung als Kooperationsbeziehung stören. Sie sollte möglichst von der kommunikativen Metaebene aus in *optimaler Differenz* und Äquidistanz zu den Extrempo-

laritäten der Übertragungs-Schemata operieren mit *N+1-Interventionen* (wobei *N* das pathologische Ausgangsniveau repräsentiert). Die Arbeitsbeziehung legt fest, was der therapeutische Rahmen ist, welche Vereinbarungen gelten sollen und wodurch sie von der Übertragungsebene unterschieden ist.

Die Übertragungsbeziehung (Phase 2) ist oft geprägt von traumatisch, strukturell und/oder neurotisch verzerrten Interaktions- und Beziehungs-Schemata (N-Niveau), die wiederum zu verzerrten Erlebens-, Interpretations- und Handlungsdispositionen führen (vgl. Fischer 2008, S. 253).

Die pathologischen Übertragungsschemata bilden den Gegenstand der Dekonstruktionsarbeit (Phase 3). Sie führt zu einer Hinterfragung und Krise bisheriger Beziehungs- und Bewältigungsschemata und sollte beim Patienten zur Antizipation und Konstruktion neuer Möglichkeiten führen.

Von dieser Meta-Ebene aus werden die jeweiligen pathologischen Beziehungs-Schemata, auch in ihrer lebensgeschichtlichen Bedeutung, rekonstruiert, verstanden, durchgearbeitet und integriert (Phase 4) – wenn alles gut geht (vgl. Fischer & Riedesser, 2020, S. 239).

Die Dekonstruktionsarbeit des Therapeuten (Phase 3) beginnt mit der doppelten Negation der Extrempolaritäten der pathologischen Ausgangslage (N) des Entweder-oder mit Weder-noch, um dann durch Konstruktion von Alternativen (als Eigenaktivität des Patienten) ergänzt zu werden und um zu einer Integration in einem Sowohl-als-Auch im Patienten zu kommen (Phase 4).

Motor des praxeologisch-dialektischen Veränderungsprozesses ist ein Widerspruch bzw. Konflikt zwischen einem bewussten Wunsch nach Heilung (Ziele, Hoffnung) und unbewusster Angst vor Veränderung bzw. die Dialektik zwischen (therapeutisch unterstützter) Dekonstruktion und (Neu-)Konstruktion durch den Patienten. Der neue Kontext, an dem der Patient genesen kann, ist die therapeutische Arbeitsbeziehung, deren normatives Ideal gegenseitiger Anerkennung als Maßstab der Dekonstruktion pathogener Schemata und als *korrektive emotionale Erfahrung* gilt sowie als Maßstab für die Konstruktion alternativer Möglichkeiten durch den Patienten. Die korrektive Haltung des Therapeuten resultiert wesentlich aus der Arbeitsbeziehung und reflexiven Überarbeitung seiner Gegenübertragung – die Veränderung beginnt im Therapeuten, muss aber durch konstruktive Eigenaktivität des Patienten ergänzt werden.

Die Konzepte *Szene*, *Habitus*, *Metaphorik* und *Profession* sind sowohl Konzepte einer Theorie sozialer Praxis (der Sozialwissenschaften) als auch

Konzepte einer Theorie psychotherapeutischer Praxis. Diese miteinander verschränkten Konzepte können Evidenz und Geltung in einer praxisnahen, praxeologischen Theorie psychotherapeutischer Profession beanspruchen.

Das Szene-Konzept ist mit dem Habitus-Konzept verschränkt, indem aus lebensgeschichtlich früh erlebten Szenen »Interaktionsformen« (Lorenzer, 1970) gebildet werden, die Strukturelemente des Habitus als Persönlichkeitsstruktur sind. Die Habitus-Schemata wiederum bilden das Gedächtnis des Körpers (Bauer, 2004) und die körperlichen Erzeugungs-Schemata für die metaphorischen Konzepte (Lakoff & Johnson, 1980), und der Habitus erzeugt fortlaufend praktische Metaphern (Bourdieu, 1982, S. 281). Demnach folgt professionelle Praxis gerade nicht primär der Logik wissenschaftlichen Wissens und Expertentums, sondern bestimmten Typen von Praxislogik. Professionelle Praxis zeichnet sich nach Ulrich Oevermann (1983) durch wissenschaftliche und hermeneutische Kompetenzen aus, durch Theorieverständnis und Fall-Verstehen in der Praxis-Situation. Professionelle Praxis beruht auf der Dialektik von Theorieverständnis und hermeneutischem Fallverstehen.

## Szene und szenisches Verstehen

Eng verbunden mit dem Begriff der Szene ist das prozessdiagnostisch und therapeutisch relevante Konzept des »szenischen Verstehens«, das für Alfred Lorenzer (1970, 1974) Dreh- und Angelpunkt klinischer Praxis der Psychoanalyse, der psychoanalytischen Sozialisationstheorie sowie Grundbaustein der Theorie psychoanalytischer Erkenntnisbildung darstellt. Die Anwendung dieses Konzeptes ist nur verständlich, wenn man die Theorie psychoanalytischer Verstehenspraxis als *Tiefenhermeneutik* begreift. Demnach ist *szenisches Verstehen* eine tiefenhermeneutische Rekonstruktion der Übertragung psychodynamisch abgewehrter Selbst- und Praxisanteile auf den Therapeuten.

Es ist eine epistemische Erkenntnishaltung, die die Subjektivität des Therapeuten mit einbezieht im Sinne einer Introspektions-, Empathie-, Wahrnehmungs- und Reflexionsfähigkeit der eigenen Gegenübertragung. Sie lässt sich als *praxeologische Erkenntnisweise* begreifen, die Subjektivität und Objektivität, subjektivierende und objektivierende Erkenntnisweise vermittelt, also auch eine dialektisch-ökologische Erkenntnisweise der intersubjektiven

Praxis von Arbeits-, Übertragungs- und Gegenübertragungs-Beziehung darstellt, wobei diese auch als Analyse der *Zwischenleiblichkeit* (Fuchs, 2018) zwischen Therapeut und Patient begriffen werden kann. »Natürlich schlägt sich diese innere Szene [als Erlebnisszene und Interaktionsform] auch körperlich nieder, denn auch für diesen Vorgang gilt, dass die Körperform aus dem Spiel der Körperfunktionen hervorgeht, dass Spuren des Ablaufs, des Abgelaufenen im Körper zurückbleiben« (Lorenzer, 2002, S. 124).

»Das Konzept des szenischen Verstehens verweist auf einen Mitteilungsaspekt, der an ein Gegenüber gerichtet ist, das allerdings dazu bereit sein muss, sich vom körperlich-gestischen Ausdrucksverhalten berühren und anstecken zu lassen« (Mertens, 2014, S. 280). Nur so lasse sich eine Erkenntnis darüber gewinnen, welche unbewussten Botschaften ein Patient in der sich zwischen ihm und dem Therapeuten ausbreitenden Szene mitteilen will. Das eigentliche Ziel des szenischen Verstehens ist, dass der Patient in der therapeutischen Szene sich selbst besser versteht, indem er in einem Evidenzerlebnis (Aha-Erlebnis) hautnah am eigenen Leib – durch affektives Betroffensein – erfahren kann, welche Wünsche und Ängste er hat, mit welchen Gefühlen er darauf reagiert, wie er sich davor schützt, das heißt, mit welchen Abwehrmechanismen er sich bisher über seine Wünsche und Erwartungen getäuscht hat, und dass er gemeinsam mit dem Therapeuten ein Erlebens-Symbol bilden kann für seine Affekte, indem er deren Bedeutung versteht. Als Kriterium der Validität der Erkenntnismethode des szenischen Verstehens gilt das Evidenzerleben, Erkennen der triadischen Strukturähnlichkeit von Alltags-, Ursprungs- und therapeutischer Szene genannt. Diese subjektive Entdeckungs-Evidenz sollte natürlich durch Beweis- und Geltungs-Evidenzen in einem zweiten, intersubjektiv-reflexiven Feld (Supervision, Intervision, klinische Fall-Besprechung) validiert und abgesichert werden (vgl. Lorenzer, 1974).

Die »praxeologische Erkenntnisweise« des szenischen Verstehens, ihr Bezug zu Konzepten wie implizit-prozeduralem Gedächtnis, Beziehungs- und Handlungswissen bieten einen Zusammenhang und einen Übergang zu Bourdieus Konzept des Habitus.

## Habitus

Der Habitus vermittelt als subjektive Struktur zwischen objektiver Struktur und sozialer Praxis. In Bourdieus praxeologischer Theorie sozialer Praxis mit

der Grundformel: *Struktur – Habitus – Praxis* nimmt das Habitus-Konzept eine zentrale Stellung ein. Für ihn ist der Habitus (als verkörperte Erfahrung und praktischer Sinn) ein System von Dispositionen, die im Alltagsleben als Wahrnehmungs, Denk- und Beurteilungs-Schemata dienen. Der Habitus – als zweite Natur des Menschen – ist in den Körper einsozialisierte gesellschaftliche Struktur, einschließlich ihrer *feinen Unterschiede*; er ist verkörperter Teil der Persönlichkeitsstruktur, den die routinemäßige, implizite Handlungspraxis hervorbringt, über die nicht weiter nachgedacht wird. Der Habitus als »Gedächtnis des Körpers« (Bauer, 2004) ist auch »kommunikatives Gedächtnis« (Welzer, 2017) in dem Sinne, dass sich der Habitus durch Gestik, Mimik, Körperhaltung und -bewegungen, durch szenische Darstellungen implizit-prozedural mitteilt. Der Interaktionspartner muss nur auf diese Zeichen achten und über die entsprechenden Interpretations-Schemata (Interaktionsformen) verfügen, um sie implizit verstehen zu können. Die Kenntnis der vorherrschenden symbolischen Ordnung ist im Habitus sozialer Akteure tief verwurzelt, ja verkörpert. Der sozialisierte Körper, das Körper gewordene Soziale (vgl. Suderland, 2014, S. 147) ist eine Existenzform von Gesellschaft. Das »Trägheitsmoment des Habitus« als Teil der Persönlichkeitsstruktur kann plausibel machen, warum Veränderungen oft sehr langsam und nicht allein aus dem Bewusstsein heraus geschehen können. Der Reiz des Habitus-Konzeptes besteht in der Verdeutlichung der Vermittlung zwischen symbolischer Ordnung und Körperlichkeit. Für die Psychotherapie ist der Bezug auf implizite Selbstverständlichkeitsannahmen zur Weltbeziehung bedeutsam. Phänomene des impliziten Vertrauens und der Vertrautheit geraten als Resonanzermöglichung in sozialen Interaktionen und Beziehungen (vgl. Endress, 2002, S. 9; Rosa, 2016, S. 693) in den Blick. Dies ist auch für therapeutische Interaktionen und Beziehungen bereichernd. So könnte im psychotherapeutischen Kontext die Analyse des Habitus zu wesentlichen Einsichten und Ansätzen von Veränderungsmöglichkeiten führen.

Es gibt Vorschläge, Bourdieus *Theorie der Praxis* und *Sozioanalyse* als eine Art *Psychoanalyse des Sozialen* (King, 2022) aufzufassen und den Habitus als Erkenntnisgegenstand in eine solche Psycho-Analyse einzubeziehen (vgl. Suderland, 2014, S. 151). Hier würde sich auch eine Verknüpfung mit Lorenzers *Psychoanalyse als Sozialwissenschaft* als *Sozio-Psychoanalyse* und als »Kritischer Theorie des Subjekts« anbieten, besonders aber eine Vermittlung zwischen Bourdieus Habitus-Konzept und Lorenzers Konzept der (verleiblichten) Interaktionsformen. Das Habitus-Konzept ist auch für die *Psychotherapie als Profession* (Buchholz) interessant und relevant, da der

Habitus spezifisch ist für das soziale Praxisfeld, in dem er gebildet wird und dort passende, implizit-prozedurale Praxisformen hervorbringt. Auch im Hinblick auf den Metapherngebrauch beweise der Habitus seinen praktischen Sinn: »Der Habitus erzeugt fortwährend praktische Metaphern« (Bourdieu, 1982, S. 281). Indem bei Lakoff und Johnson leibliche Erfahrungen als vorbegriffliche Grundlage von Sprache und Denken gelten, kann die Metapherntheorie als praktische »Operationalisierung der Habitustheorie« aufgefasst werden (Schmitt, 2017, S. 139). Bourdieu mache darauf aufmerksam, dass Metaphern durch Bezugnahme auf verkörperte Habitus-Schemata generiert werden – der Körper ist in jeder Metapher präsent.

Wie relevant das Habitus-Konzept für die psychotherapeutische Praxis als soziale Praxis ist sowie für das Berufs- und Professionsverständnis der Psychotherapeuten, lässt sich auch mit dem Konzept der *professionellen Haltung* (Richter, 2019, S. 276f.) begründen. In die verinnerlichte therapeutische Haltung, die relativ unabhängig sein soll von Verfahren und Techniken, und deswegen ein verfahrensübergreifendes, integratives Konzept darstellt, gehen explizite und implizite Annahmen (z. B. Lorenzers »lebenspraktische Vorannahmen«), Prozessvorstellungen, Theorien, Menschenbilder, normative Ideale wie ethische Werte und Überzeugungen des Therapeuten ein. Unter Bezug auf die Soziologie Bourdieus und seine *Theorie der Praxis* könne das Konzept der professionellen Haltung auf das Konzept des Habitus bezogen werden, wobei die professionelle Haltung als Habitus-Schema im Verlauf der beruflichen Sozialisation erworben wird und der Habitus erzeugt jene feldspezifischen Wahrnehmungen, Beurteilungen und Handlungen als Haltung, die für das jeweilige Praxisfeld typisch sind. Wenn psychotherapeutische Praxis als soziale Praxis aufgefasst wird, dann kann man davon ausgehen, dass der professionstypische Habitus jene implizit-unbewusste Haltung und Praxis des Psychotherapeuten hervorbringt, die einen Großteil seiner implizit-prozeduralen Praxis ausmachen (vgl. Thom & Ochs, 2013), die nur schwer bewusst gemacht werden können. Diese professionelle Haltung prägt einen bestimmten Therapiestil, so wie der Habitus einen Lebensstil und eine feldspezifische Praxis prägt.

## Metaphorik

Die Metapher ist die sprachliche Verwirklichung der dialektischen Denkfigur, durch sie werde Dialektik erfahrbar (vgl. Zimmer, 2003, S. 29). Durch

die Bildhaftigkeit des Szenischen und durch die Bezugnahme auf verkörperte Habitus-Schemata ist die Metaphernbildung als Sprachbild und Sprachspiel angelegt. Die Konzepte Szene, Habitus und Metaphorik erweisen so ihre Relevanz für die psychotherapeutische Praxis bzw. für eine praxeologische Theorie psychotherapeutischer Profession. Alle drei Konzepte sind praxeologische Konzepte, weil sie je einen subjektiven und objektiven Aspekt haben.

Aus dem Metapherngebrauch des Patienten lässt sich auch sein *(naives)* subjektives Krankheits- und Therapie-Konzept als Prozessfantasie zum therapeutischen Prozess rekonstruieren, an die der Therapeut mit seinen therapeutischen Metaphern (als N+1-Intervention) mimetisch anschließen sollte. Mit der Doppelnatur der Metapher als Bild und Sprachspiel, mit dem Zugang zu präsentativer Symbolik, bietet das szenische Verstehen eine Brücke zur Metaphorik. Im szenischen Verstehen werden die Abkömmlinge des Unbewussten, die schon als Bilder gefasst sind, aus Bildern heraus in den Zusammenhang sprachlicher Zeichenordnung überführt. Diese Bilder bekommen durch die Metapher als Sprachsymbol und Sprachspiel eine Bezeichnung. Die subjektiven Bilder werden dadurch mit den Erwartungen des generalisierten Anderen und damit mit den gesellschaftlichen Werten und Normen konfrontiert. Das Szenische und das szenische Verstehen erweisen sich so als Brücke zwischen unbewussten und bewussten Sinnzusammenhängen, zwischen sinnlich-unmittelbaren, sinnlich-symbolischen und sprachsymbolischen Interaktionsformen sowie der geltenden symbolischen Ordnung (vgl. Lorenzer, 2002, S. 77). Metaphern sind in der Lage, eine Brücke zu bauen zwischen theoretischem Begriff und lebensweltlicher Umgangssprache, Theorie auf lebenspraktische Erkenntnisinteressen zurückzuführen (vgl. Zimmer, 2003). So lässt sich mit Metapherntheorie und Metaphernanalyse das einlösen, was Jürgen Habermas für Theorien und theoretische Fachsprachen gefordert hat, nämlich ihren Zusammenhang mit der Lebenswelt und den lebenspraktischen Interessen der Menschen aufzuzeigen, das heißt, theoretische Fachsprachen in lebensweltliche Umgangssprache zu übersetzen, um sie dadurch für andere Menschen verständlich zu machen – mit Verständlichkeit als ein Kriterium kommunikationspragmatischer Rationalität.

Metaphern machen uns darauf aufmerksam, wie unser Denken und Sprechen im Körper verwurzelt sind, worauf die »embodied cognitive science« hinweist. »Damit ergibt sich erkenntnistheoretisch auch eine Verlagerung von objektiven Kategorien der Erkenntnis auf erlebnismäßige, körperliche und emotional fundierte Erkenntnisstrukturen« (Mertens, 2014, S. 204). Wenn Denken und Handeln grundsätzlich analog-metaphorisch strukturiert

sind, kann der gezielte therapeutische Gebrauch von Metaphern, aber auch das Aufgreifen von Metaphern des Patienten sein Fühlen, Denken und Handeln verändern. Metaphern schaffen einen Übergang von körperlich-sensorischen Empfindungen (ikonische Semiotik) zu sprachlicher Ikonizität und zu sprachlicher Symbolisierung.

Die Evidenzkraft der Bilder wird auch von Rudolf Lachauer (2005) betont. Er fordert eine Sensibilisierung für innere Bilder und Metaphern, um aktualisierte Szenen und Handlungsdialoge mittels Metaphern und innerer Bilder des Erlebens zu vergegenwärtigen und daraus einen Behandlungsfokus zu bilden (vgl. Mertens, 2014, S. 205). Der therapeutische Metapherngebrauch sei geeignet, verfestigte Schemata zu lockern, da Metaphern die Grenzen zwischen Bedeutungsnetzwerken überbrücken können und bis dahin getrennt gehaltene Bereiche in Verbindung und erstmals in Resonanz bringen können.

Aus dem Metapherngebrauch des Patienten im Therapieprozess lassen sich sein subjektives Krankheits-, Therapie- und Weltverständnis hermeneutisch erschließen, was das Konzept für eine praxeologische Theorie psychotherapeutischer Profession bedeutsam macht. Metaphernanalyse, die auch in der qualitativen Psychotherapieforschung zur Anwendung kommt (vgl. Buchholz, 1996), liefert wichtige Hinweise auf das latente Krankheits-, Therapie- und Weltverständnis des Patienten, was Aufschluss über die Qualität des therapeutischen Prozesses bietet. Metaphernanalyse und die metaphernreflexive Perspektive (vgl. Schmitt & Heidenreich, 2019) sensibilisieren für die Bedeutung manifester Metaphern und metaphorischer Konzepte im Rahmen therapeutischer Veränderungsprozesse.

Die metaphorische »Interaktion der Bilder« wirkt sehr anschaulich und lebenspraktisch durch Verknüpfung von Sprache und Bildhaftigkeit lebenspraktischer Szenen, Sprache und Leiblichkeit. Das macht sie für die psychotherapeutische Praxis bedeutsam. Metaphern sind eine hervorragende therapeutische Möglichkeit, beim Patienten Bilder zu evozieren, da sie in verständlicher Form nachvollziehbar anschaulich sind oder abstrakte, vom emotionalen Bereich abgetrennte Verbalisierungen sinnlich-anschaulich werden lassen.

## Profession

Buchholz (1999) hat dafür plädiert, *Psychotherapie als Profession* aufzufassen, um dadurch ihre Autonomie gegenüber Verwissenschaftlichungs-

tendenzen der therapeutischen Praxis zu verteidigen. Julia Thom und Matthias Ochs (2013) kennzeichnen den Psychotherapeuten als einen Typus des postmodernen Professionellen aus der sozialwissenschaftlichen Professionstheorie heraus. Umgangssprachlich wird zwischen *Profi* versus *Amateur, Experte* versus *Laie* unterschieden. Professionalität ist eine typisch (post)moderne Form von Expertentum. Als Experte verfügt der Professionelle über das für ein bestimmtes Berufsfeld typische explizite und implizite Wissen und Können. Mit Standards, Effizienz-, Effektivitäts- und Qualitätskriterien professionellen Handelns sind Bedingungen, Anforderungen und Implikationen dieser spezifischen Praxisform bestimmt. Professionelles Handeln lässt sich als Handeln mit einer bestimmten Praxislogik begreifen oder als Praxis von Akteuren, die einer bestimmten Profession angehören. Sie basiere auf Vertrauen. Der Vertrauensaufbau des Patienten beruht auf der Wahrnehmung von Zeichen der Vertrauenswürdigkeit des Therapeuten, das für verantwortliche Autonomie, qualifizierte Kompetenz, Wissensarbeit und Berufsethik in der Berufsausübung des Therapeuten steht. Professionelle verfügen über zertifiziertes Expertenwissen. Handlungsweisen von Personen oder ihr Habitus werden als professionell bezeichnet, wenn sie besonders effizient, effektiv und qualitativ hochwertig ihren Beruf ausüben, wobei mit Habitus in diesem Kontext ein Auftreten und Gebaren gemeint ist, das Professionelle routinemäßig praktizieren, aus dem andere Rückschlüsse auf Einstellung und Haltung des Professionellen ziehen können (ebd., S. 9). Der Professionelle ist durch seine Tätigkeit so intensiv und nachhaltig geprägt, dass er durch Hingabe viel enger mit seiner Tätigkeit verbunden ist als andere Berufstätige – er trennt weniger zwischen Arbeit und Freizeit, fühlt sich berufen, identifiziert sich mit seinem Beruf.

Professionelle sind oft mit Problemen konfrontiert, die in der »Logik des Fallverstehens« bearbeitet werden müssen, wobei ein diffus vorliegendes Problem einer institutionalisierten Problembearbeitung – im Fall von Psychotherapie: institutionalisierte klinische Praxisformen – zugeführt wird. Dabei muss aber immer der Fallbezug gewährleistet bleiben und der Professionelle ist auf die Mitarbeit des Klienten angewiesen, nicht nur der Klient auf die Hilfe des Professionellen. Die Interaktion zwischen beiden kann immer wieder in Themenbereiche abgleiten, die diffus oder für die eigentliche Problembearbeitung weniger relevant sind, wobei im Bereich psychotherapeutischer Profession Details und scheinbare Nebensächlichkeiten sich als wichtig erweisen können, im Sinne des detektivischen

szenischen Fall-Verstehens. Das Vertrauen des Klienten in die Person und Kompetenz des Professionellen stellt eine Grundbedingung dar für Interaktion und Kooperation sowie für die Überbrückung der durch Kompetenz bedingten Asymmetrie in der Beziehung zwischen Laie und Profi. Die Struktur professioneller Interaktion kann im Hinblick auf den Vertrauensaspekt wie folgt charakterisiert werden: Seitens des Klienten wird zunächst ein Vertrauensvorschuss in die Person und professionelle Kompetenz des Professionsangehörigen gesetzt; im Verlauf der weiteren Interaktion wird die Vertrauenswürdigkeit des Professionsangehörigen vom Klienten immer wieder implizit getestet, zum Beispiel ob dieser ihm Anvertrautes vertraulich und kompetent behandelt, bevor er weitere Details dem Profi anvertraut. *Kompetenz, Vertraulichkeit, Redlichkeit, Transparenz und Effektivität* gelten als die fünf Kriterien, die für einen Vertrauensaufbau in professionellen Interaktionen relevant sind (vgl. Endress, 2002, S. 58). Institutionalisierte Rahmenbedingungen, zum Beispiel Berufethik, ermöglichen oft erst eine Professionalisierung und auch, dass entgegengebrachter Vertrauensvorschuss durch Klienten diesen nicht zu ihrem Nachteil gereicht. Nach der Professionstheorie kann und muss professionelles Handeln nicht nur von außen durch externe Instanzen kontrolliert, validiert und auf seine Professionalität hin beurteilt werden, sondern auch von professionsinternen Instanzen, da nur diese über das notwendige implizite Fachwissen verfügen (vgl. Pfadenhauer, 2005).

Dennoch braucht eine Profession auch äußere Maßstäbe der Bewertung, zum Beispiel ob eine Praxis gut oder schlecht ausgeübt wird. Entsprechend muss diese Frage auch von Patienten direkt oder durch externe Therapieforschung indirekt beurteilt werden. Die Frage, ob Psychotherapie entweder Kunst oder Anwendung von Wissenschaft sei, muss dialektisch beantwortet werden, in doppelter Negation: »Weder – noch« – weder Kunst noch Wissenschaft, sondern als professionelle Praxis. Ein professioneller Psychotherapeut sollte weder den Habitus des Homo academicus, des Künstlers noch des Homo oeconomicus, sondern den Habitus des professionellen Homo therapeuticus verinnerlicht haben durch Sozialisation im Praxisfeld der psychotherapeutischen Profession – wobei die therapeutische Praxis als soziale Praxis zwischen Patient und Therapeut den eigentlichen Erkenntnisgegenstand darstellt, der die Selbstreflexion des Professionellen erfordert (Schmitt, 2017, S. 464), da der Professionelle (als Erkenntnis-Subjekt) Teil des Erkenntnisgegenstandes ist, den er erkennen will. Zum Kontext der psychotherapeutischen Professionalität, zum Habi-

tus des Homo therapeuticus und auch zur professionellen Selbstfürsorge des Therapeuten gehört es auch, sich im Spannungsfeld zwischen Nähe und Distanz zu verorten und professionelle Distanz herstellen zu können mittels Praktiken der Distanzierung, die zum Kriterium für Professionalität geworden sind. Der Imperativ zu Distanzierung und Selbstfürsorge ist zur Anforderung für Professionelle geworden.

## Schlussbemerkung

Das gegenwärtig herrschende System Putin in Russland (und in seinen Satellitenstaaten) ist der Weg gesellschaftlicher Maschinerie, totalitärer Herrschaft und objektivistischer Identität, wie sie auch im nationalsozialistischen System geherrscht haben. Dieser Weg führt von der Objektivierung des Anderen zur Selbstobjektivierung eines Subjekts, das seine subjektive Freiheit aufgibt – dieser Weg verzichtet auf Subjektivität und Intersubjektivität. Es herrscht die verabsolutierende subjektivistische Willkürfreiheit des narzisstischen Machthabers und ein Objektivismus (vgl. Gabriel, 2020, S. 122) als Gleichschaltung, der als alternativlos erklärt wird, als unbedingte Notwendigkeit und Macht, als Logik von *Narzissmus und Macht* (Wirth, 2015).

Der Nachteil dieser Dynamik der Macht ist oft ein Kampf auf Leben und Tod um Anerkennung, an dessen Ende nicht gegenseitige Anerkennung, intersubjektive Verständigung, Resonanz und Frieden stehen, sondern Zerstörung und Tod. Das Problem eines solchen Objektivismus als soziales System ist, dass es ein System ist, in dem der Mensch als Mensch negiert wird. Diese *Entmenschlichung* zeigt sich sowohl an den (Trauma-) Opfern wie an den (Trauma-)Tätern, die alle menschlichen Eigenschaften abstreifen und die Verantwortung für ihr Handeln an das ideologische System abgeben – dem radikal Bösen liege eine böse Ideologie zugrunde (vgl. Noller, 2017, S. 152), nämlich Rassismus, Autoritarismus und totale Willkürherrschaft von Gewalt und Terror, als Rückfall in die Barbarei; eine Einsicht, wie sie in der *Dialektik der Aufklärung* von Adorno und Horkheimer (2017 [1947]) schon formuliert wurde und heute wieder so aktuell ist wie damals. Gegen solche Ideologie richtet sich eine praxeologische Theorie psychotherapeutischer Profession, mit ihrer Dialektik von subjektiven, objektiven und intersubjektiven Momenten und mit ihrer Berufung auf eine dialektische Anthropologie der Humanität (Feige, 2022). Demokratie

braucht die Kommunikation freier und vernünftiger Subjekte. Sie ist auf die dialektischen Momente der Objektivität, Subjektivität und Intersubjektivität als eine Art Gewaltenteilung angewiesen, die am besten in einem freiheitlich-demokratischen Sozialstaat gedeiht.

Eine *Theorie der Praxis* als Alternative jenseits des Gegensatzes objektivistischer Systemtheorie versus subjektivistischer Handlungstheorie kann die auf das Konzept des Habitus rückführbare professionelle Haltung und ein auf dem Habitus-Konzept beruhendes Verständnis impliziter Kompetenzen integrieren. *Theorie der Praxis* kann als Platzhalter gelten für jene Momente der Praxis, die in Theorie, und daraus abgeleiteter Technik, nicht aufgehen (im Anschluss an Adorno, 2017, S. 121). Dies ist einer der Gründe, warum ich für eine *praxeologische Theorie der psychotherapeutischen Profession* plädiere. Psychotherapeutische Praxis sollte nicht auf die Anwendung von Techniken reduziert werden. Psychotherapeutische Praxis sollte als soziale Praxis der Gesprächs- und Beziehungsarbeit aufgefasst werden, die symbol- und strukturbildend ist und einen Vorgriff auf die Möglichkeit von Symbol-vermittelter Interaktion, gegenseitiger Anerkennung, Verständigung, Resonanz und Kooperation impliziert. Diese Form der Psychotherapie ist auch demokratiefördernd (vgl. Ehrenberg, 2012, S. 62f., 265), insofern sie Befreiung von inneren Zwängen und Mündigkeit der Patienten fördert, damit sie an demokratischen Meinungs- und Willensbildungsprozessen teilnehmen können.

## Literatur

Adorno. T.W. & Horkheimer, M. (2017 [1947]). *Dialektik der Aufklärung. Philosophische Fragmente*. Frankfurt/M.: Fischer.

Adorno, T.W. (2017). *Einführung in die Dialektik*. Berlin: Suhrkamp.

Bauer, J. (2004). *Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*. München: Piper.

Bourdieu, P. (1982). *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Bourdieu, P. (2001). *Das politische Feld. Zur Kritik der politischen Vernunft*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Bourdieu, P. et al. (1998). *Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Buchholz, M.B. (1996). *Metaphern der Kur. Eine qualitative Studie zum psychotherapeutischen Prozess*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Buchholz, M.B. (1999). *Psychotherapie als Profession*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Ehrenberg, A. (2012). *Das Unbehagen in der Gesellschaft*. Berlin: Suhrkamp.

Endress. M. (2002). *Vertrauen*. Bielefeld: transcript.
Feige, D. M. (2022). *Die Natur des Menschen. Eine dialektische Anthropologie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
Fischer, G. (2008). *Logik der Psychotherapie. Philosophische Grundlagen der Psychotherapiewissenschaft*. Kröning: Asanger.
Fischer, G. (2011). *Psychotherapiewissenschaft. Einführung in eine neue humanwissenschaftliche Disziplin*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
Fischer, G. & Riedesser, P. (2020). *Lehrbuch der Psychotraumatologie.* München: E. Reinhardt.
Fuchs, T. (2018). *Leib – Raum – Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
Gabriel, M. (2020). *Der Sinn des Denkens*. Berlin: Ullstein.
Grawe, K. (1994). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
Habermas, J. (1973). *Erkenntnis und Interesse*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
Hauten, L. (2021). *Tiefenpsychologische Psychotherapie (TP)*. Stuttgart: Schattauer.
Hillebrandt, F. (2016). *Soziologische Praxistheorien. Eine Einführung*. Wiesbaden: Springer.
Kämmerer, A. & Rehahn-Sommer, S. (2022). Qualitätssicherung. Kritische Selbstreflexion. *Deutsches Ärzteblatt PP, 2*, 65–67.
King, V. (2022). *Sozioanalyse. Zur Psychoanalyse des Sozialen mit Pierre Bourdieu*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
Klüwer, R. (1995). *Studien zur Fokaltherapie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
Küchenhoff, J. (2012). *Körper und Sprache. Theoretische und klinische Beiträge zu einem intersubjektiven Verständnis des Körpererlebens*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
Küchenhoff, J. & Warsitz, R.-P. (2015). *Psychoanalyse als Erkenntnistheorie – psychoanalytische Erkenntnisverfahren*. Stuttgart: Kohlhammer.
Lakoff, G. & Johnson, M. (1980). *Leben in Metaphern. Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern*. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.
Leithäuser, T. (1977). *Entwurf zu einer Empirie des Alltagsbewußtseins*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
Lorenzer, A. (1970). *Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Vorarbeiten zu einer Metatheorie der Psychoanalyse*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
Lorenzer, A. (1974). *Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
Lorenzer, A. (2002). *Die Sprache, der Sinn, das Unbewusste. Psychoanalytisches Grundverständnis und Neurowissenschaften*. Stuttgart: Klett-Cotta.
Mertens, W. (2014). *Psychoanalytische Erkenntnishaltungen und Interventionen. Schlüsselbegriffe für Studium, Weiterbildung und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
Noller, J. (2017). *Theorien des Bösen*. Hamburg: Junius.
Oevermann, U. (1983). Zur Sache. Die Bedeutung von Adornos methodologischen Selbstverständnis für die Begründung einer materialen soziologischen Strukturanalyse. In L. v. Friedemann & J. Habermas (Hrsg.), *Adorno-Konferenz 1983* (S. 234–288). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
Pfadenhauer, M. (Hrsg.). (2005). *Professionelles Handeln*. Wiesbaden: Verlag Sozialwissenschaften.
Reckwitz, A. (2021). Praxistheorie als Sozialtheorie. In A. Reckwitz & H. Rosa, *Spätmoderne in der Krise. Was leistet die Gesellschaftstheorie?* (S. 51–60). Berlin: Suhrkamp.

Richter, R. (2019). Perspektiven der Psychotherapie – ein Blick zurück in die Zukunft. *Psychotherapeutenjournal, 3*, 276–281.
Rosa, H. (2016). *Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung*. Berlin: Suhrkamp.
Schmitt, R. (2017). *Systematische Metaphernanalyse als Methode der qualitativen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer.
Schmitt, R. & Heidenreich, T. (2019). *Metaphern in Psychotherapie und Beratung. Eine metaphernreflexive Perspektive.* Weinheim, Basel: Beltz.
Schumacher, R. (2021). *Szene, Habitus und Metaphorik. Konzepte für eine praxeologische Theorie psychotherapeutischer Profession*. Bielefeld: transcript.
Schwingel, M. (1995). *Bourdieu zur Einführung*. Hamburg: Junius.
Suderland, M. (2014). »Worldmaking« oder »die Durchsetzung der legitimen Weltsicht«. Symbolische Herrschaft, symbolische Macht und symbolische Gewalt als Schlüsselkonzepte der Soziologie Pierre Bourdieus. In U. Bauer et al. (Hrsg.), *Bourdieu und die Frankfurter Schule. Kritische Gesellschaftstheorie im Zeitalter des Neoliberalismus* (S. 121–161). Bielefeld: transcript.
Thom, J. & Ochs, M. (2013). Der Typus des postmodernen Professionellen – ein Porträt Psychologischer Psychotherapeuten. *Psychotherapeutenjournal, 4*, 381–387.
Tomasello, M. (2020). *Eine Naturgeschichte des menschlichen Denkens*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
Wirth, H.-J. (2015). *Narzissmus und Macht. Zur Psychoanalyse seelischer Störungen in der Politik* (5. Aufl.). Gießen: Psychosozial-Verlag.
Yos, R. (2019). *Der junge Habermas. Eine ideengeschichtliche Untersuchung seines frühen Denkens 1952–1962*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
Zima, P. (2016). *Die Dekonstruktion*. Tübingen: Francke.
Zimmer, J. (2003). *Metapher*. Bielefeld: transcript.

## Biografische Notiz

*Rolf Schumacher*, Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Erwachsenen, Paarberatung und Paartherapie, Mediation. Davor langjährige Tätigkeit in Rehakliniken im Bereich Psychosomatik und Sucht. Interessenschwerpunkte: Soziologie, Sozialphilosophie, Kritische Theorie, Praxistheorien, Symbol- und Metapherntheorie, Psychotherapiewissenschaft, qualitative Psychotherapieprozessforschung, Psychotraumatologie, Engagement und Interesse am Verhältnis von Mensch-Gesellschaft-Natur sowie an der Problematik neoliberaler Globalisierung und deren Auswirkungen auf Psyche und Psychotherapie. Buchveröffentlichung: *Szene, Habitus und Metaphorik – Konzepte für eine praxeologische Theorie psychotherapeutischer Profession* (2021).