
Psychotherapie, Depression und Emanzipation

Leonie Knebel

Psychotherapie, Depression und Emanzipation

Eine subjektwissenschaftliche Studie
zur verhaltenstherapeutischen Praxis

 Springer

Leonie Knebel
Diplom-Psychologin
Berlin, Deutschland

Dissertation der Philipps-Universität Marburg Fachbereich Psychologie, 2020, unterstützt durch die Rosa-Luxemburg-Stiftung.

ISBN 978-3-658-34644-7 ISBN 978-3-658-34645-4 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-34645-4>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert durch Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung der Verlage. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Marija Kojic

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

*„Not everything that is faced can be
changed, but nothing can be changed
until it is faced.“*

(James Baldwin)

Vorwort

„Psychotherapie, Depression und Emanzipation“. Ist Emanzipation als Therapieziel nicht etwas hochgegriffen? Und noch etwas macht stutzig: eine subjektwissenschaftliche, kritisch-psychologische Arbeit zu Perspektiven verhaltenstherapeutischer Praxis – werden Kritische Psychologie und Verhaltenstherapie doch traditionell als Gegensätze wahrgenommen. Steht damit ein Urteil nicht schon vorab fest?

Nein, denn die Autorin will wissen und hat praktisch in Fallanalysen erforscht und ausgearbeitet, ob und wie unter Bezug auf verhaltenstherapeutische Praxis eine Differenzierung nach emanzipatorischen und affirmativen Aspekten gelingen kann.

Dass genau dies gelingen konnte, ist nicht zuletzt der wissenschaftlichen Biografie und spezifischen Qualifikation der Autorin zu verdanken: sozialisiert im Psychologiestudium in Marburg hat sie sich mit Gesellschaftstheorien auseinandergesetzt, an der FU Berlin mit der Kritischen Psychologie und qualitativer Forschung vertraut gemacht und nach dem Studium eine verhaltenstherapeutische Ausbildung absolviert. Diese Multiperspektivität, die Kenntnisse aus Innensichten sind es, die Leonie Knebel für die nun als Buch vorliegende Studie prädestinierten – und es ihr erleichtern, vom „Auftrumpfenden“ (Adorno) des Emanzipationsgedankens sich nicht vereinnahmen zu lassen, sondern von „emanzipatorisch intendierter“ Theorie und Praxis zu reden. Ohne Voreingenommenheit hat sie sich theoretisch offen den Widersprüchen stellen können, denen sie in ihren Analysen und im Zuge ihrer empirischen Untersuchung begegnet ist – Widersprüche, mit denen sie vorher schon in jahrelanger Arbeit in Theorie-Praxis-Projekten umzugehen gelernt hat.

Kernproblem psychologischer oder therapeutischer Tätigkeit, die nicht rein individuumszentriert meint auskommen zu können, ist das Verhältnis von Gesellschaft und Individuum, von Verhältnissen und Verhalten, von gesellschaftlichen Bedingungen und subjektivem Erleben und Handeln. In subjektwissenschaftlicher Tradition fasst Leonie Knebel gesellschaftliche Bedingungen als ein Ensemble von Handlungsmöglichkeiten und -behinderungen, an denen in dem Maße subjektive Prämissen akzentuiert werden, in dem Menschen sich – bewusst oder unbewusst – in und zu den Verhältnissen verhalten müssen. Wenn die Autorin Handlungsfähigkeit (zwischen – keineswegs unproblematischer – Widerständigkeit und von Leiden begleitetem Arrangement) als Zentralbegriff wählt, ist nur vorentschieden, dass gesellschaftliche Dimensionen zur Analyse psychologischer Probleme unverzichtbar sind. Und zwar so, dass gesellschaftliche Faktoren nicht wie determinierend-unabhängige Variablen, sondern als Bedeutungskonstellationen und damit als widersprüchliche Handlungsmöglichkeiten behandelt werden. Was das konkret bedeutet, ist nicht aus Vorannahmen abzuleiten, sondern Gegenstand empirischer Forschung. Die Fruchtbarkeit ihres Ansatzes wird auch deutlich, wenn Leonie Knebel sich in entsprechenden Auseinandersetzungen sowohl gegen die Politisierung des Therapeutischen als auch gegen die Therapeutisierung des Politischen verwahrt.

In überzeugender Weise rekonstruiert sie die Debatten, die international, aber insbesondere in Deutschland, um die Möglichkeiten der Varianten von Verhaltenstherapie (und gemeinde-psychologischen Orientierungen) geführt worden sind. Indem sie diese Debatten auch mit entsprechenden gesellschaftstheoretischen Entwicklungen vermittelt, bringt sie die Leserinnen und Leser nicht nur auf den Stand, von dem aus sie ihre eigene Forschungsarbeit betrieben hat, sondern sie legt damit auch eine bemerkenswerte Bestandsaufnahme der Geschichte des theoretischen Ringens um „kritische Psychotherapien“ vor, einschließlich der Arbeiten in dezidiert kritisch-psychologischer Tradition. In Auswertung der damit vermittelten Debatten um Diagnosen redet die Autorin von „Leid“, wenn es um die Betroffenenperspektive geht, von „Störung“, wenn willentliche Steuerung und soziale Teilhabe beeinträchtigt sind, und von „Krankheit“ beim Vorliegen von potenziell lebensbedrohlichen psychischen Dysfunktionen. Unter Bezug auf Röhrles Diskussion der Diagnostik unterscheidet sie eigenschaftsorientierte Klassifikationen von situations- und veränderungsorientierten Diagnosen und hebt in diesem Zusammenhang drei Perspektiven hervor: die der Betroffenen, die der „anderen“ bzw. der Norm und die der „Institution“.

Kernstück der Arbeit ist nun, dass und wie Leonie Knebel empirisch diese drei Perspektiven authentisch zur Geltung bringt, indem sie – mit Holzkamp – Psychotherapie nicht nur per se als handlungsforschungsorientierte Prozessforschung

begreift, sondern ihre Studie als von mehreren unterschiedlich Beteiligten bewerkstelligte multiple Therapieprozessstudie entwickeln kann. Übergreifende Analyseeinheit ist die jeweilige Therapie, die kleinsten Analyseeinheiten sind jene – gesellschaftliche Bedingungen und individuelles Erleben und Handeln verbindenden – Prämissen-Gründe-Zusammenhänge der an den Therapien Beteiligten.

Die Leitfragen der Studie sind: 1. „Wie erklären sich die Patient:innen ihre Probleme? Stellen sie Zusammenhänge zu gesellschaftlichen Bedingungen her? Wie erleben sie den psychotherapeutischen Prozess und welche Problemlösungsversuche unternehmen sie? Inwieweit befreien sie sich aus schädigenden Abhängigkeiten und inwiefern sind diese Bewältigungsversuche verallgemeinerbar?“ 2. „Wie stellen die Therapeut:innen Zusammenhänge zwischen den Problemen und gesellschaftlichen Bedingungen her? Wie begründen sie ihr therapeutisches Handeln und worin sehen sie emanzipatorische Potenziale? Worin sehen sie Widersprüche und Grenzen ihres Handelns?“

Schon an diesen Fragen wird deutlich, dass die Verbindung von psychologischen Dimensionen individuellen Leids, das die Betroffenen therapeutische Hilfe aufsuchen lässt, mit dessen sozialen/gesellschaftlichen Bezügen nicht quasi aufgezwungen wird, wohl aber sozusagen im Raum steht, und dass diese Verbindung Aspekt der therapeutischen Beziehung bzw. Auseinandersetzung ist. Damit ist, wie exemplarisch deutlich werden mag, die therapeutisch relevante Frage nach der Realitätsangemessenheit von Kognitionen keine Frage bloß theoretischen Raisonierens oder eines theoretischen Ansatzes, sondern der gemeinsamen (wie ggf. strittigen) Aufklärung von Prämissen-Gründe-Zusammenhängen im therapeutischen und Forschungsprozess.

Leonie Knebels qualitativ orientierte Längsschnittstudie umfasst vier Therapeutinnen, zwei ihrer Patienten und vier ihrer Patientinnen; je nach Länge der Therapien wurden bis zu sieben Interviews durchgeführt. Die Ergebnisdarstellungen unterscheiden sich insofern, als die Ergebnisse der Patient:innen kasuistisch, die der Therapeutinnen themenbezogen und fall-übergreifend präsentiert werden. Dass bis auf eine Ausnahme die Ergebnisse seitens der Interviewten kommunikativ validiert wurden, ist sicher ein hervorzuhebendes Merkmal der Arbeit, deren Autorin es ja darum geht, die „Mit-Forschenden“ authentisch zu Wort kommen zu lassen.

Der ausführliche und sehr gut strukturierte empirische Teil der Studie lebt von der Kombination von konkreter Schilderung und – theorie-informierter – Interpretation. Die detaillierten Einblicke in die Lebensläufe und -probleme der Klientinnen und Klienten und in die Sichtweisen und Handlungsmöglichkeiten und -probleme der Therapeutinnen lassen die Leserinnen und Leser nicht in einem Meer von Einzelheiten ertrinken. Vielmehr schafft es Leonie

Knebel, ihrer Darstellung eine Struktur zu geben, die auch die Basis subjektwissenschaftlicher Verallgemeinerung ausmacht, nämlich subjektive Befindlichkeit bzw. Handlungsfähigkeit als „Verhältnis zwischen allgemeinen gesellschaftlichen Handlungsmöglichkeiten und meiner besonderen Weise ihrer Realisierung“ (Holzkamp) zu begreifen – keine Kategorisierungen, sondern Entwerfen und Erproben von Handlungsmöglichkeiten.

Wenn man bedenkt, welches Engagement und welche Reflexionsbereitschaft die Beteiligten aufbringen mussten (eigentlich das Zentralproblem subjektwissenschaftlicher Forschung), ist es wahrlich ein großes Glück, dass diese Studie realisiert werden konnte.

„Eine Psychotherapie mit emanzipatorischem Anspruch“, so resümiert die Autorin, „sollte Selbstklärung und Verständigung ermöglichen, aus schädigenden Abhängigkeiten befreien, verallgemeinerte Handlungsfähigkeit unter Berücksichtigung der Dialektik von Anpassung und Widerstand fördern und dabei die eigene Subjektivität im Zusammenhang mit den relevanten gesellschaftlichen Bedingungen in ihrem Gewordensein einbeziehen.“

Wie sehr in diesem Zusammenhang zunächst widersprüchlich erscheinende Therapieziele unter Bezug auf gesellschaftliche Verhältnisse aufzuklären sind, zeigt Leonie Knebel z. B. daran, dass Ziele wie Selbstsorge und Sorge um andere wie auch Selbstdisziplin und Bedürfnisbefriedigung sich nur unter herrschaftsförmigen Verhältnissen ausschließen. Dabei besteht eine wichtige Funktion von emanzipatorisch intendierten Begriffen darin, in der Praxis notwendige Kompromisse nicht zum nicht mehr hinterfragten Arrangement mit dem Status quo verkommen zu lassen.

Wer genauer wissen will, wie das theoretisch und praktisch zu verstehen ist, ist mit diesem Buch bestens bedient.

Morus Markard

Danksagung

Zum Gelingen dieser Arbeit haben sehr viele Menschen beigetragen. Als erstes möchte ich denjenigen danken, ohne deren aktive Teilnahme diese Forschung nicht möglich gewesen wäre und die zum Schutz ihrer persönlichen Daten in der Arbeit mit ihrem Pseudonym genannt werden. Sie haben mehrere Interviews gegeben und sich je nach Interesse und Zeitkapazitäten auch bei der Prüfung und Diskussion der Ergebnisse eingebracht.

Morus Markard möchte ich für die hervorragende Betreuung, die im neoliberalen Hochschulbetrieb rar geworden ist, danken. Seine kritischen Einwürfe und wohlwollenden Ermutigungen, seine Verlässlichkeit und Bereitschaft, sich in mein Thema einzudenken, ohne mir etwas aufzudrängen, waren ein Glück für meine Arbeit und mich. Bei Michael Zander möchte ich mich dafür bedanken, dass er mich mit seinen unorthodoxen Fragen und vielfältigen Interessen inspiriert und bei Unsicherheiten beraten hat. Von ihm habe ich gelernt, auf kritisch-psychologische Weise über sich und die Welt nachzudenken.

Des Weiteren waren Maria Hummel, Bilke Schnibbe, Eva Moser, Maxi Trojoski und Marina Minor beteiligt, die mich in unterschiedlichen Phasen der Arbeit, bei der Entwicklung der Fragestellung, der Methodenauswahl, der Interviewführung, der Transkription und der Auswertung des Materials mit ihren Ideen, ihren Nachfragen und ihrem Fleiß unterstützt haben. Ohne ihr Interesse an kritischer Wissenschaft und Berufspraxis und ihrem Wunsch, sich diese über das Psychologiestudium hinaus in Forschungspraktika oder Abschlussarbeiten anzueignen, wäre dieses Forschungsprojekt in der Form nicht möglich gewesen. Darüber hinaus danke ich Theresa Steinhäuser, Gesa Köbbeling, Nora Dietrich, Theresa Huber und allen anderen Promovierenden und Studierenden am

Fachbereich Psychologie und Erziehungswissenschaften der FU Berlin, die in Forschungswerkstätten, Seminaren und Kolloquien ebenfalls den Fortgang der Arbeit gefördert haben.

Die AG Berufspraxis und die Theorie-Praxis-Konferenzen waren für mich wichtige Orte der Reflexion. Daher möchte ich allen Mitgliedern und ganz besonders Ender Cavkaytar, Tobias Pieper und Silvia Schriefers für ihre Anregungen und Offenheit danken.

Dank gebührt auch der Rosa-Luxemburg-Stiftung für das Promotionsstipendium und für die tollen Forschungswerkstätten zu qualitativen Methoden sowie dem sozialpsychiatrischen Doktorandencolloquium der Charité für den interdisziplinären Austausch.

Für Korrekturen und Anmerkungen zum Manuskript danke ich meinen Eltern, Erik Petter, Anna-Maria Thöle, Eileen Wengemuth und Michael Zander, die sich für den Feinschliff Zeit genommen haben. Für das professionelle und unkomplizierte Endlektorat danke ich darüber hinaus Philipp Teichfischer.

Last but not least bin ich Hanna Christiansen, Christopher Cohrs und Bernd Röhrle für ihre Bereitschaft dankbar, eine für den naturwissenschaftlich geprägten Fachbereich Psychologie an der Philipps-Universität Marburg ungewöhnliche Arbeit zu akzeptieren und kritisch zu diskutieren.

Zusammenfassung

Titel: Psychotherapie, Depression und Emanzipation. Eine subjektwissenschaftliche Studie zur verhaltenstherapeutischen Praxis

Die vorliegende Arbeit geht den Fragen nach, inwieweit die verhaltenstherapeutische Praxis mit depressiven Patient:innen zu einer Aufklärung und Veränderung einschränkender gesellschaftlicher Bedingungen beiträgt, wie dabei emanzipatorische Perspektiven verfolgt werden und welche Widersprüche und Grenzen sich durch Alltags- und Praxistheorien und institutionelle Bedingungen ergeben. Die Untersuchung gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil. Zum Schluss werden die Fragen unter Bezug auf beide Teile beantwortet.

Als emanzipatorische Subjektwissenschaft bietet die Kritische Psychologie eine theoretische Alternative zu evolutionspsychologischen, behavioristischen, kognitiven und neurobiologischen Ansätzen, um die verhaltenstherapeutische Praxis zu informieren und inspirieren. In ihrem Versuch, den Bruch zwischen Forschung und Praxis zu überwinden, hat die Kritische Psychologie wie die Gemeindepsychologie eine partizipative Praxisforschung entwickelt, mit der Probleme von Professionellen und Betroffenen zusammen mit Forschenden unter Berücksichtigung der institutionellen Bedingungen und Theorien analysiert und in der Regel auch bearbeitet werden. Zudem liegen verschiedene kritisch-psychologische Therapieentwürfe vor, an denen sich eine emanzipatorisch intendierte Psychotherapie orientieren kann.

Unter Bezug auf sozialpsychiatrische und gesundheitswissenschaftliche Theorien werden die Bedeutungen der Begriffe psychische Gesundheit, Krankheit, Störung und Leid elaboriert. Psychiatrische Diagnosen tragen nur begrenzt zur

(Selbst-)Verständigung bei und haben zudem stigmatisierende Effekte. Eine klinische und veränderungsorientierte psychotherapeutische Diagnostik kann Betroffenen, Angehörigen und Professionellen allerdings helfen, psychische Beeinträchtigungen besser zu differenzieren und zu verstehen. Ein Charakteristikum subjektwissenschaftlicher Diagnostik besteht darin, dass sie gesellschaftliche Schranken nicht mit subjektiven Einschränkungen verwechselt, sondern deren Verhältnis beleuchtet.

Dabei sollten die gesellschaftlichen Bedingungen der Depression und deren Veränderungen sowie die neoliberalen Umstrukturierungen der Arbeits- und Lebensbedingungen berücksichtigt werden. Dazu gehören beispielsweise die Zunahme der Lohnarbeit (insbesondere der weiblichen, kommerziellen Kopf- und Emotionsarbeit im Vergleich zur Hand- und Fabrikarbeit), die Liberalisierung und die Kommodifizierung vieler gesellschaftlicher Bereiche, mehr Ungleichheit, Konkurrenz, Flexibilisierung und prekäre Beschäftigung.

Anschließend werden die gesellschaftlichen Funktionen von Psychotherapie untersucht, die zwischen der Förderung einer selbstreflexiven Lebensführung und der Individualisierung gesellschaftlichen Leidens changieren. Psychotherapie kann Emanzipationsprozesse einzelner fördern, aber keine gesellschaftlichen Veränderungen verfolgen. Diese Beschränkung liegt im therapeutischen Setting begründet und birgt die Gefahr der Individualisierung gesellschaftlicher Problemlagen. Der Versuch, Psychotherapie zu politisieren, läuft aber auf eine Individualisierung von Politik hinaus, weil Psychotherapie kein geeigneter Rahmen ist, um auf demokratische Weise allgemeingültige Regeln des Zusammenlebens durchzusetzen.

Psychotherapie wurde zur Bewältigung von Konflikten und Problemen entwickelt, die mit dem Industriekapitalismus im 18. und 19. Jahrhundert aufkamen und sich im 20. Jahrhundert verschärften. Das emanzipatorische Potenzial erschöpft sich bei Lohnabhängigen und Soldaten normalerweise darin, dass deren Selbstbestimmung und Teilhabe nur so weit gefördert wird, wie es für ihre Arbeits- und Wehrfähigkeit nötig ist.

Die Einführung der Verhaltenstherapie (VT) in der Bundesrepublik in den 1960er Jahren fällt in eine Zeit gesellschaftlicher Aufbruchstimmung. So hat sich neben der technizistisch-naturwissenschaftlichen Hauptlinie zunächst auch eine humanistisch-sozialwissenschaftliche Tradition etabliert. Die emanzipatorischen Aspekte der VT bestehen darin, Arbeitslosigkeit, Ausbeutung, Gewalt usw. als relevante pathogene Bedingungen in den Verhaltensanalysen zu berücksichtigen, auch die Lebensbedingungen zu verändern sowie Transparenz und informierten Konsens im Vorgehen herzustellen. Zudem wohnt der VT ein Veränderungsoptimismus und Überprüfbarkeitsanspruch gegenüber dem eigenen Tun inne. Darüber

hinaus hat die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) als psychosozialer Fachverband gesundheitspolitisch progressive Positionen im Bereich der Prävention, Versorgung und Ethik entwickelt und für deren Durchsetzung mit linken sozialen Bewegungen und Gewerkschaften kooperiert.

Zudem werden die in der verhaltenstherapeutischen Praxis verwendeten Depressionstherapien auf ihr affirmatives und emanzipatorisches Potenzial hin untersucht. Der Verlust der Verstärkerwirksamkeit (Costello) und die gelernte Hilflosigkeit (Seligmann) sind als Theorien für einen subjektwissenschaftlichen Ansatz interessant, weil sowohl die Sinnhaftigkeit der depressiven Reaktion also auch die aktuellen Lebensbedingungen thematisiert werden. Interventionen wie Aktivitätsaufbau und soziales Kompetenztraining müssen handlungstheoretisch und machtkritisch differenziert werden. Sokratische Fragen und Situationsanalysen können dazu beitragen, selbstschädliche Denk- und Verhaltensweisen zu reflektieren. Depressives Erleben sollte aber nicht (wie bei Beck und McCullough) als irrational oder unreif konzeptualisiert werden.

Von den Ansätzen der dritten Welle der VT sind die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) und die Schematherapie (ST) aus subjektwissenschaftlicher Perspektive interessant, auch wenn sie nicht depressionsspezifisch sind. ACT verbindet eine akzeptierende Haltung gegenüber dem inneren Erleben mit einem werteorientierten, engagierten Handeln. Die ST integriert humanistische und psychodynamische Konzepte, läuft aber Gefahr, deren problematische Aspekte wie etwa die Psychologisierung von Problemen zu reproduzieren. Der depressive Konflikt als selbstwertschädliche Unterwerfung unter die Erwartungen anderer, um gemocht und anerkannt zu werden, stellt ein psychodynamisches Begründungsmuster dar, das gesellschaftstheoretisch fundiert werden kann, wie beispielweise in der Silencing the Self Theory für weibliche Depressionen.

Die Weiterentwicklung einer originären VT, die Emanzipation fördert, muss nach meiner Einschätzung auf Grundlage einer Tätigkeits- oder Handlungstheorie stattfinden. Die Depressionstherapie von Hoffmann und Hofmann (2018) stellt dafür eine mögliche Basis dar, die allerdings eine gesellschaftskritische Perspektive fehlt. Die arbeitsbezogene kognitive Verhaltenstherapie (A-KVT) rezipiert zwar gesellschaftskritische Analysen, in ihrem auf Reduzierung der Arbeitsunfähigkeitstage gerichteten Behandlungskonzept setzen sich jedoch die Interessen der Krankenkasse und des Unternehmens durch.

Der zweite Teil enthält eine qualitative und partizipative Psychotherapieprozessstudie, die mit dem Ziel durchgeführt wurde, herauszufinden, welche emanzipatorischen Potenziale, Widersprüche und Grenzen die verhaltenstherapeutische Praxis für Patient:innen und Therapeut:innen hat. Dafür wurden ambulante

Ausbildungstherapien (mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie) mit problemzentrierten Einzelinterviews begleitet. Insgesamt nahmen vier Therapeutinnen zwischen 30 und 34 Jahren und sechs ihrer Patient:innen (zwei Männer und vier Frauen zwischen 23 und 45 Jahren) an den Interviews teil. Je nach Länge der Therapien wurden pro Person vier bis sieben Interviews geführt. Die Interviewtranskripte wurden autorisiert, mit offenen und selektiven Kodierprozeduren der Grounded Theory ausgewertet und anschließend mit dem kritisch-psychologischen Handlungs- und Konfliktmodell analysiert. Ein Großteil der Interpretationsarbeit fand in Forschungswerkstätten statt. Vollständig ausgewertet wurden vier von sechs Therapien. Die Ergebnisse aus den Interviews der Patient:innen sind in Kasuistiken festgehalten und anschließend mit der im Theorieteil entwickelten Arbeitsdefinition kritischer Psychotherapie verglichen worden. Die Ergebnisse aus den Therapeutinnen-Interviews sind themenbezogen und fallübergreifend dargestellt. Mit einer Ausnahme wurden die Ergebnisse von den Interviewten kommunikativ validiert.

Aus Sicht der Patient:innen haben alle Therapien zu einer Selbstklärung beigetragen. Dabei ging es weniger um eine Edukation als um einen Prozess des Sich-Anvertrauens und gemeinsamen Verstehens. Einschränkende gesellschaftliche Bedingungen sind durch die Therapien nicht erkennbar verändert worden. Die von Depression Betroffenen haben allerdings ihre Lebens- und Arbeitsbedingungen verändert und haben sich aus sozialen und psychischen Abhängigkeiten befreit. Dabei wurden hauptsächlich individuelle Handlungsmöglichkeiten erweitert, indem ein bewussteres Verhalten zu sich und dem Umfeld entstanden ist. Es konnten keine Anzeichen für mehr Innerlichkeit, Weltlosigkeit oder Durchsetzung eigener Interessen auf Kosten anderer beobachtet werden. Dafür konnten problematische Personalisierungen und klinische Depressionstheorien aus dem Bedingtheitsdiskurs im Verlauf überwunden oder begründungstheoretisch reformuliert werden. Gesellschaftliche Bedingungen gerieten hauptsächlich in Form von depressionsförderlichen Arbeitsbedingungen (Schichtarbeit, Emotionsarbeit, Outsourcing, ungerechte Entlohnung und Entgrenzung der Arbeitszeit) und gesellschaftlichen Normen (Anderssein wird nicht akzeptiert, keine Schwäche zeigen, immer altruistisch, erfolgreich oder authentisch sein) in den Blick. Es bestand allerdings in drei von vier Fällen eine Unsicherheit über die Bedeutung der Bedingungen für die Depression.

Die Interpretation des Materials ergab, dass der depressive Konflikt als selbstwertschädliche Unterwerfung unter die Erwartungen anderer, um gemocht und anerkannt zu werden, eine plausible Heuristik für das Verständnis der widersprüchlichen Handlungsfähigkeit in der Depression darstellt und mit

gesellschaftlich-biografischen Lebens- und Arbeitsbedingungen vermittelt werden kann. Der gemeinsame Nenner der vier Bewältigungsweisen *gute Miene zum bösen Spiel*, *Nice-Guy-Syndrom*, *vorauseilende Hilfsbereitschaft* und *Superwoman oder Versagerin* liegt in ihrer Funktionalität für kommerzielle Dienstleistungsberufe und ihrem depressiven Leiden an der zu leistenden entfremdenden Emotionsarbeit.

Die fallübergreifende Analyse der Therapeutinnen-Interviews ergab drei zusammenhängende Konzepte, die Fragen nach den emanzipatorischen Handlungsmöglichkeiten, nach dem gesellschaftlich-subjektiven Zusammenhangswissen und nach den Widersprüchen und Grenzen der verhaltenstherapeutischen Praxis beantworten.

Das erste Konzept *menschliche Entwicklung als sinnliche Tätigkeit* drückt die Haltung der Therapeutinnen aus. Sie trauen Menschen Lernfähigkeit zu und fördern Weiterentwicklung aktiv. Dabei gehen sie davon aus, dass Menschen gesellschaftliche Wesen sind und Selbst- und Weltveränderung in einem dialektischen Verhältnis stehen. Die Therapeutinnen nehmen eine Haltung kritischer Parteilichkeit ein. Außerdem unterscheiden sie zwischen der therapeutischen Rolle und ihrer Persönlichkeit. Einerseits steht die Persönlichkeit hinter der Professionalität und verleiht ihr Authentizität. Andererseits vereinfacht die Distanz zur therapeutischen Rolle die Infragestellung des eigenen Tuns. Das therapeutische Vorgehen wird als ergebnisoffen und beziehungsorientiert charakterisiert. In einem Konflikt werden kulturelle Differenzen versöhnt, indem Verschiedensein ohne Angst möglich wird.

Das zweite Konzept *gesellschaftliche Bedingungen mitdenken* meint ein empathisches Verstehen, das Psychologisierung und Vorurteilen entgegenwirkt. Das gesellschaftlich-subjektive Zusammenhangswissen zeigt sich darin, Symptome und Probleme in Lebensverhältnisse einzubetten und Beziehungsmuster mit der Lebens- und Arbeitsweise zu verknüpfen. In der Biografiearbeit wird eine phänomenalbiografische (subjektive Erinnerungen an Kindheit) und eine realbiografische Dimension (historische Lebensbedingungen, Fotos, Zeugnisse etc.) unterschieden, um die Entstehungsbedingungen der eigenen Bewältigungsweisen zu begreifen und die Schuld nicht personalisierend den Eltern anzulasten. Darüber hinaus wurden gesellschaftliche Denkformen wie der Glaube an eine gerechte Welt und das Ganz-oder-gar-nicht-Denken infrage gestellt, indem die gesellschaftlich-biografischen Nahelegungen mit ihren funktionalen und behindernden Aspekten rekonstruiert wurden.

Das dritte Konzept *Stärkung personaler Handlungsfähigkeit ohne Personalisierung* betont das Widersprüchliche des therapeutischen Auftrags. Statt Flexibilisierung und Aktivierung kann Empowerment zur Überwindung depressiven Erlebens

angestrebt werden. Um nicht nur psychologisches Empowerment zu fördern, wäre es sinnvoll, psychotherapeutische Dienstleistungen in eine gemeindenahere, psychosoziale Versorgungsstruktur zu integrieren. Wenn Menschen zwischen Aufopferung und Selbstoptimierung hin- und herpendeln, stellt die Förderung der Sorge um sich und andere ein emanzipatorisches Therapieziel dar. Beziehungen und interaktionelle Schwierigkeiten müssen bezogen auf gesellschaftliche Machtverhältnisse analysiert werden. Die kritisch-psychologische Unterscheidung von zwischenmenschlichen vs. instrumentellen Beziehungen bietet hingegen keine unmittelbare Orientierung für emanzipatorisches Handeln, da ein strategisches, d. h. instrumentelles, Vorgehen gegenüber Behörden oder Arbeitgebern weder restriktiv noch selbstschädlich sein muss.

Auf Basis der theoretischen und empirischen Befunde wurden Kriterien für eine emanzipatorisch intendierte Psychotherapie entwickelt, die dialogische Selbstklärung, Förderung von Einbezogenheit und Sich-Befreien, bedürfnis- und gesundheitsorientierte Ausrichtung, Reflexion des therapeutischen Machtgefälles, engagierte und professionelle Haltung, kritische Parteilichkeit, milieu- und veränderungsorientierte Diagnostik, objektive Einschränkungen und subjektive Bewältigungsweisen, aktuelle und vergangene Bedingungen sowie Selbst- und Weltveränderungen zusammen berücksichtigt.

Aufgrund der zeitlichen Begrenztheit der Arbeit und des Längsschnittdesigns wurde keine fallübergreifende theoretische Sättigung erreicht. Im Sinne des theoretischen Samplings wäre es interessant gewesen, auch ältere Psychotherapeut:innen und Patient:innen mit anderen beruflichen Erfahrungen und soziokulturellen Hintergründen einzubeziehen. Für zukünftige Projekte wäre zudem eine stärkere Beteiligung der Betroffenen an der Auswertung mit der dazu nötigen Qualifizierung und den finanziellen Mitteln wünschenswert.

Abstract

Title: Psychotherapy, Depression and Emancipation. A Subject-Scientific Study on Behavioral Therapy

The present work explores the question to which extent the behavioral therapy for depression contributes to clarification and change of restrictive societal conditions. It also examines how this therapeutic practice pursues emancipatory perspectives and which contradictions and limitations result from everyday and practice theories as well as institutional conditions. The study is divided into a theoretical and an empirical part. Finally, the questions are answered with reference to both parts.

As an emancipatory subject science, critical psychology offers a theoretical alternative to evolutionary psychological, behaviorist, cognitive and neurobiological approaches. In this sense critical psychology can be a source of information and inspiration for behavioral therapy. In an attempt to overcome the gap between research and practice, critical psychology like community psychology developed a participatory practical research that analyzes and if applicable transforms problems. Professionals as well as the service users are part of the analysis process, which takes the theoretical and institutional working conditions into account. In addition, there are various critical-psychological therapy drafts from which emancipatory psychotherapy can learn.

With reference to theories of social psychiatry and health science, the meanings of the terms mental health, illness, disorder and suffering are elaborated. Psychiatric diagnoses contribute only to a limited extent to (self-) understanding and also have stigmatizing effects. However, clinical and change-oriented psychotherapeutic diagnostics can help those suffering, their relatives and professionals to better differentiate and understand psychological impairments. A characteristic

of subjective-scientific diagnostics is that it does not confuse social barriers with subjective restrictions but rather illuminates their relationship.

In doing so, the social conditions of the depression and its changes, such as the neoliberal restructuring of working and living conditions, should be taken into account. These include, for example, an increase in wage labor (especially in female, commercial cognitive and emotional work compared to manual and factory labor), the liberalization and commodification of many areas, more inequality, competition, flexibility and precarious employment.

Afterwards the societal functions of psychotherapy are examined, which oscillate between promoting a self-reflective lifestyle and the individualization of social suffering. Psychotherapy can promote emancipation processes of individuals but cannot pursue societal changes. This limitation is due to the general framework of psychotherapy and harbors the risk of individualizing societal problems. However, the attempt to politicize psychotherapy leads to an individualization of politics instead of societal change because the setting of psychotherapy is not suitable for establishing general laws within society in a democratic way.

Psychotherapy was developed to deal with conflicts and problems that arose with industrial capitalism in the 18th and 19th centuries and exacerbated in the 20th century. In the case of workers and soldiers, the emancipatory potential usually was exhausted by the fact that their self-determination and participation is only promoted to the extent which is necessary for their ability to work and fight.

The introduction of behavioral therapy in the Federal Republic of Germany in the 1960s occurred in a time of progressive optimism. In addition to the main technological-natural science tradition, a humanistic-social science tradition could initially also be established in behavioral therapy. An emancipatory aspect of behavioral therapy is first that it takes pathogen conditions such as unemployment, exploitation or violence in its analysis of behavior into account. Secondly it tries not just to change the behavior but to change the living conditions too and thirdly it establishes transparency and an informed consensus in the therapeutic process. Moreover, the German Society for Behavioral Therapy (DGVT) has developed progressive political positions in the areas of prevention, health care and ethics and has cooperated with social movements from the left as well as worker unions in order to put them through.

Then the different approaches used in the behavioral therapy of depression are examined regarding their affirmative and emancipatory potential. The loss of the effectiveness of the reinforcement (Costello) and the learned helplessness (Seligman) are of interest for a subject-scientific approach because they consider the meaningfulness of the depressive reaction and the current living conditions. Interventions such as increasing activities and social skills training need to be

differentiated in terms of action theory and the power relations. Socratic questions and situation analyses can help to reflect self-harming ways of thinking and behavior. Depressive experience should not be conceptualized (as in Beck and McCullough) as irrational or immature. From the third wave of behavioral therapy acceptance and commitment therapy (ACT) and schema therapy are interesting from a subject science perspective. ACT combines an accepting attitude towards inner experience with value-oriented, committed action. Schema therapy integrates humanistic and psychodynamic concepts but runs the risk of reproducing their problematic aspects, such as the psychologization of problems. The depressive conflict as self-harmful submission to the expectations of others in order to be liked and recognized represents a psychodynamic reasoning pattern that could be founded with societal theory.

In my estimation, the further development of an original VT that promotes emancipation must take place based on an activity or action theory. The depression therapy by Hoffmann and Hofmann provides such a basis, which, however, lacks a socio-critical perspective. Although the work-related cognitive behavioral therapy by Bode, Maurer and Kröger considers critical analyzes of working conditions, their treatment concept aimed at reducing days of inability to work mainly enforces the interests of the health insurances and companies.

The second part contains a qualitative and participatory oriented psychotherapy process study, which was carried out, to find out which emancipatory potentials, contradictions and limits behavioral therapy has for patients and therapists. Therefore, outpatient therapies (with a focus on behavior therapy) conducted by psychotherapists in training were accompanied by problem-centered individual interviews. A total of four female therapists between 30 and 34 years and six of their patients (two men and four women between 23 and 45 years) participated in the interviews. Depending on the length of the therapies, four to seven interviews were conducted per person. The interview transcripts were authorized, evaluated with open and selective coding procedures of the grounded theory and then analyzed with the critical-psychological action and conflict model. Much of the interpretation work took place in research groups. The results from the interviews with the patients are recorded in four case reports and then compared with the working definition of critical psychotherapy developed in the theoretical part. The results from the therapist interviews are presented topic-related and across all cases. With one exception, the results were communicatively validated by the interviewees.

From the perspective of the patients, all therapies contributed to self-clarification. It was less about an education than a process of trust and mutual understanding. Restrictive societal conditions have not been significantly changed

by the therapies. However, the persons affected by depression have changed their living and working conditions and have liberated themselves from social and psychological dependencies. Mainly, individual possibilities to act were expanded by creating a more conscious attitude towards themselves and the circumstances. No signs of more inwardness, worldlessness or assertion of one's own interests at the expense of others were observed. Instead, problematic personalizations and clinical depression theories from the conditioning discourse could be overcome or reformulated to reason discourse during the course of therapy. Societal conditions came into focus mainly in the form of working conditions that promote depression (shift work, emotional work, outsourcing, unjust reward and delimitation of working hours) and societal norms (being different is not accepted, showing no weakness, always being altruistic, successful or authentic). But the meaning and functionality of the conditions for depression remains unclear for three of the four patients.

The interpretation of the material showed that the depressive conflict as self-harmful submission to the expectations of others, to be liked and recognized, is a plausible heuristic for understanding the conflicting agency in depression and could be linked to the socio-biographical living and working conditions. The common denominator of the four ways of coping, *good expression for bad play*, *nice guy syndrome*, *anticipatory helpfulness* and *superwoman or loser*, is their functionality for commercial service professions and their depressive suffering from the alienated emotional work.

The cross-case analysis of the therapist interviews resulted in three connected concepts that answer the questions about the emancipatory possibilities to act, the societal-subjective contextual knowledge and the contradictions and limits of behavioral therapy.

The first concept *human development as a sensual activity* expresses the attitude of the therapists. They trust people to learn and actively support development. They assume that people are societal beings and that change in themselves and of the world is in a dialectical relationship. The therapists adopt an attitude of critical partisanship. They also differentiate between the therapeutic role and their personality. On the one hand, the personality stands behind the professionalism and gives it authenticity. On the other hand, the distance to the therapeutic role makes it easier to question one's own actions. The therapeutic approach is characterized as open-ended and relationship oriented. In a therapeutic relationship conflict, differences are reconciled by allowing for differences without inducing fear.

The second concept *actively considering societal relations* means empathic understanding counteracting psychologization and prejudices. The societal-subjective contextual knowledge becomes apparent by embedding symptoms and problems in living conditions and in linking relationship patterns with the way of life and work. In the biography work, a phenomenal (subjective memory of childhood) and a real biographical dimension (historical living conditions, photos, certificates etc.) are differentiated in order to understand the conditions of origin of one's own ways of coping. Also, this differentiation prevents the assignment of guilt to the parents in a personalized way. In addition, the societal forms of thinking were questioned, such as the belief in a just world and the all-or-nothing-thinking, by reconstructing the socio-biographical considerations with their functional and disabling aspects.

The third concept *strengthening personal agency without personalization* emphasizes the contradictory nature of the therapeutic mandate. Instead of flexibilization and activation, empowerment can be sought to overcome depressive experience. In order to not only promote psychological empowerment, it would make sense to integrate psychotherapeutic services into a community-based, psychosocial health care services. When people oscillate between sacrifice and self-optimization, promoting care about oneself and others is an emancipatory therapeutic goal. Relationships and interactional difficulties must be analyzed in relation to societal power relations. However, the critical-psychological distinction between interpersonal vs. instrumental relationships offers no direct orientation for emancipatory action, since a strategic, i. e. instrumental procedures towards authorities or employers does not have to be restrictive or self-harming.

Based on the theoretical and empirical findings, criteria of an emancipatory-intended psychotherapy were developed: Dialogic self-clarification, promotion of inclusion and self-liberation, needs- and health-oriented, reflection of the therapeutic power imbalance, committed and professional attitude, critical partisanship, milieu—and change-oriented diagnostics that take into account objective restrictions and subjective ways of coping, current and past conditions as well as changes of the self and the world around.

Due to the time limitations of the work and the longitudinal design, no theoretical saturation was reached. In the sense of theoretical sampling, it would have been interesting to include older psychotherapists and patients with other professional experiences and socio-cultural backgrounds. For future projects, an even greater participation of patients in the process of interpretation with the necessary qualifications and the financial resources for such positions would be desirable.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Kritische Psychologie als emanzipatorische Subjektwissenschaft	7
2.1	Auf der Suche nach dem gesellschaftlich-subjektiven Zusammenhangs- und Widerspruchswissen	7
2.2	Sich-bewusst-verhalten-können-zur-Welt als gesellschaftliche Natur	13
2.3	Exkurs zu Problemen der Motivationstheorie	18
2.4	Das subjektwissenschaftliche Handlungsmodell	21
2.5	Die Entwicklung von Handlungsfähigkeit im biografischen Prozess	23
2.6	Das Konfliktmodell und psychische Störungen	25
2.7	Kritik und Reinterpretation psychologischer Lerntheorien	35
2.8	Praxisforschung und die Rahmenbedingungen ambulanter Psychotherapie	38
2.9	Entwürfe kritisch-psychologischer Therapien	44
2.9.1	Verhaltenstherapie auf handlungstheoretischer Grundlage	48
2.9.2	Pädagogisch-psychologische Kindertherapie zwischen Lern- und Bindungstheorie	59
2.9.3	Kritisch-psychologische Therapie zwischen Psychoanalyse und Sozialer Arbeit	61
2.9.4	Familientherapie jenseits von traditionellen Werten und radikalem Konstruktivismus	66

2.9.5	Phänomenologisch-humanistische Orientierungen mit gesellschaftlicher Vermittlung	71
2.9.6	Zwischenfazit und Arbeitsdefinition	75
3	Krankheit, Störung oder Leid als Gegenstände von Psychotherapie	81
3.1	Begriffsklärungen	81
3.2	Vorstellungen über Krankheit und Gesundheit	88
3.3	Klinisch-subjektwissenschaftliche Diagnostik	93
4	Gesellschaftliche Bedingungen der Depression	99
4.1	Epidemie- und Krisendiskurse in der Geschichte der Depression	100
4.2	Sozialepidemiologie und arbeitsbezogener Stress	108
4.3	Neoliberale Transformationen der Arbeits- und Lebensweise	114
4.3.1	Emotionsarbeit und Flexibilisierung	114
4.3.2	Kommodifizierung, Liberalisierung und Entgrenzung	117
4.3.3	Abstiegsgefahr, Prekarisierung und Alternativlosigkeit	120
4.4	Zusammenfassung	123
5	Gesellschaftliche Funktionen von Psychotherapie	127
5.1	Selbstreflexive Lebensführung oder Individualisierung gesellschaftlichen Leidens	127
5.2	Zum Verhältnis von Psychotherapie und Politik	132
5.3	Exkurs: Psychotherapie im historischen Kontext	140
5.3.1	Die psychologische Kur zwischen Religion, Philosophie und Medizin	142
5.3.2	Entstehung der Psychiatrie zwischen Befreiung und Disziplinierung	144
5.3.3	Janet als Wegbereiter der Psychoanalyse und Verhaltenstherapie	148
5.3.4	Deutsche psychotherapeutische Medizin zwischen Hypnose und Erziehung	150
5.4	Verhaltenstherapie zwischen Kontrolle, Kompensation und Emanzipation	154

5.4.1	Zum philosophischen Hintergrund verhaltenstherapeutischer Interventionen	156
5.4.2	Zur (Un-)Spezifik der Verhaltenstherapie	160
5.4.3	Zum (anti-)emanzipatorischen Gehalt der Verhaltenstherapie in der BRD	165
5.4.4	Zur Geschichte der Verhaltenstherapie in der DDR	181
6	Verhaltenstherapeutische Praxis bei Depression	185
6.1	Klinisches Bild und biopsychosoziales Modell der Depression	185
6.2	Psychotherapeutische Zugänge zur Depression	190
6.2.1	Lerntheoretische Ansätze: Umweltverfügung und soziale Kompetenz	191
6.2.2	Sozial-kognitive Erweiterungen: Selbstwirksamkeit und Rationalisierung	195
6.2.3	Emotionsregulatorische Erweiterungen: Achtsamkeit, Akzeptanz und Beziehung	205
6.2.4	Die Schematherapie im Verhältnis zu psychodynamischen und humanistischen Ansätzen	213
6.2.5	Pragmatisch-integrative Verhaltenstherapie – eine Anleitung zum kräfteschonenden Handeln	224
6.2.6	Arbeitsplatzbezogene Kognitive Verhaltenstherapie – eine Unterstützung zur beruflichen Wiedereingliederung	229
6.2.7	Fazit: Brauchbares jenseits von Anpassungstechnik und Religionsersatz	232
7	Prinzipien und Gütekriterien subjektwissenschaftlicher Praxisforschung	235
7.1	Objektivierbare Subjektivität als Gegenstand	235
7.2	Besonderheiten der Psychotherapieforschung	236
7.3	(Meta-)Subjektive Verständigung und Partizipation	241
7.4	Möglichkeitsverallgemeinerung, Nachvollziehbarkeit und Geltung als Gütekriterien	244
8	Methoden	247
8.1	Selbstklärung	247
8.2	Vorannahmen, Fragestellung und Forschungsfragen	250

8.3	Feldzugang, Einwilligung und (Selbst-)Auswahl der Teilnehmenden	252
8.4	Setting, Forschungsethik und Datenschutz	258
8.5	Modalität des Materials	260
8.5.1	Beck-Depressions-Inventar	261
8.5.2	Problemzentrierte Interviews	262
8.5.3	Forschungsverlauf	265
8.5.4	Transkription und Autorisierung	267
8.6	Subjektwissenschaftliche Auswertungsstrategien und Grounded Theory	268
8.7	Kommunikative Validierung und Forschungswerkstätten	273
9	Kasuistiken: Depression und Dienstleistung	277
9.1	Frau Ishak: „Da bin ich voll das Mädchen“ – sensibel und gelähmt	281
9.1.1	Biografie als Leidensgeschichte	283
9.1.2	Gefühlsunterdrückung und entfremdeter Ausdruck: gute Miene zum bösen Spiel	289
9.1.3	Depressionsverständnis und Erfahrungen mit Psychiatrie und Psychotherapie	292
9.1.4	Entwicklungsverlauf: sich auf die Therapie und sich selbst einlassen	296
9.1.5	Zusammenfassung und typische Strukturen: weibliche Emotionsarbeit und Aufstieg mit Rückschlägen	302
9.2	Herr Maurer: „Nur eine Fahne im Wind“ – abgerutscht und selbstlos	306
9.2.1	Problem(un)verständnis	307
9.2.2	Beziehungsstrategien zwischen Anpassung und Aufwertung: Nice-Guy-Syndrom	311
9.2.3	Beziehung zur Therapeutin: angeleitete Entwicklungsgespräche zur Selbstverständigung	313
9.2.4	Therapie als Erkenntnis- und Veränderungsprozess: etwas herausfinden und aus etwas herausfinden	317
9.2.5	Zusammenfassung und typische Strukturen: Scheitern am Männlichkeitsideal in marktförmigen Beziehungen	326

9.3	Frau Helfer: „[M]uss ich meine Lebensmittel nur noch im untersten Regal kaufen?“ – auf verlorenem Posten	328
9.3.1	Leben auf dem „sinkende[n] Schiff“ und Kampf um einen Platz im Trockenen	331
9.3.2	In-Therapie-Sein als Anregung, „Ko-Produktion“ und wertvolle Begleitung	338
9.3.3	Therapieprozess: Eigenschaften und Probleme in Bewegung	341
9.3.4	Zusammenfassung und typische Strukturen: drohender Abstieg und Prekarisierung	352
9.4	Frau Brandt: „Aber in dieser extremen Freiheit bin ich dann total untergegangen“ – ausgebrannt und gefangen	355
9.4.1	Enttäuschende und widersprüchliche Arbeitserfahrungen	357
9.4.2	„Superwoman“ oder „Versager“: The winner takes it all	361
9.4.3	Burn-out mit Depression als zwanghaftes Streben und unsichtbare Fessel	364
9.4.4	Kein Kaffeeklatsch und kein Cheerleading: Therapie als sicherer Ort für Probleme	367
9.4.5	Therapie als Klärungs- und Entscheidungsprozess: Verstehen heißt heilen	368
9.4.6	Zusammenfassung und typische Strukturen: brüchiger Erfolg und Selbstvermarktung	372
9.5	Therapieprozesse und Lebensbedingungen im Vergleich	375
9.5.1	Selbstklärung, Selbstsorge und Selbstbeherrschung	375
9.5.2	Selbstbestimmung und Solidarität	381
9.5.3	Dienstleistungen und depressiver Konflikt	383
9.5.4	Neue Handlungsmöglichkeiten entdecken	384
9.5.5	Überwindung von Personalisierungen und die Frage nach der Relevanz gesellschaftlicher Bedingungen	385
9.5.6	Arbeitsplatzwechsel: Aufstiegsorientierung und Abstiegsängste	388

10	Emanzipatorische Potenziale verhaltenstherapeutischer Praxis	391
	10.1 Menschliche Entwicklung als sinnliche Tätigkeit	395
	10.1.1 Lernfähigkeit zutrauen und Weiterentwicklung fördern	396
	10.1.2 Selbst- und Weltveränderung gehören zusammen	399
	10.1.3 Ergebnisoffenes und beziehungsorientiertes statt „lehrermäßigen“ Vorgehens	403
	10.1.4 Kritische Parteilichkeit und therapeutische Rolle ohne Verschmelzung	405
	10.1.5 Differenzen versöhnen oder „ohne Angst verschieden sein“	406
	10.1.6 Zusammenfassung	410
	10.2 Gesellschaftliche Bedingungen mitdenken	412
	10.2.1 Symptome und Probleme in Lebensverhältnisse einbetten	413
	10.2.2 Phänomenal- und realbiografische Dimension unterscheiden	416
	10.2.3 Beziehungsmuster mit Lebens- und Arbeitsweise verknüpfen	419
	10.2.4 Ganz-oder-gar-nicht-Denken überwinden	422
	10.2.5 Schicksals- und Leistungsdenken infrage stellen	424
	10.2.6 Zusammenfassung	431
	10.3 Stärkung personaler Handlungsfähigkeit ohne Personalisierung	432
	10.3.1 Empowerment oder aktivierende Flexibilisierung	434
	10.3.2 Macht in Beziehungen und Interaktionen berücksichtigen	437
	10.3.3 Soziale Selbstsorge oder Selbstoptimierung und Aufopferung	439
	10.3.4 Zusammenfassung	442
11	Schluss	445
	11.1 Inwieweit trägt die Praxis der VT bei Depression zu einer Aufklärung und Veränderung einschränkender Bedingungen bei?	445
	11.2 Wie werden emanzipatorische Perspektiven verfolgt?	455

11.3	Welche Widersprüche und Grenzen ergeben sich durch die Alltags- und Praxistheorien sowie die institutionellen Bedingungen?	460
11.4	Einschränkungen und weiterführende Fragen	464
	Literaturverzeichnis	467

Abkürzungsverzeichnis

AÄGP	Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie
ACT	Akzeptanz- und Commitment-Therapie
AK	Arbeitskreis
A-KVT	arbeitsplatzbezogene kognitive Verhaltenstherapie
ALG	Arbeitslosengeld
APA	American Psychological Association
ASB	Ausbildungsprojekt Subjektwissenschaftliche Berufspraxis
BA	Behavior Activation
BaföG	Bundesausbildungsförderungsgesetz
BDI	Beck-Depressions-Inventar
BDP	Berufsverband der Deutschen Psychologen
BGM	Begründungsmuster
BGS98	Bundes-Gesundheitssurvey 1998
BSGE	Bundessozialgericht
BVT	Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie
CBASP	Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy
DA	deep acting
DBSH	Deutscher Berufsverband für soziale Arbeit
DBV	Deutscher Berufsverband der Verhaltenstherapeuten
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
DR	depressiver Realismus
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EABT	European Association of Behaviour Therapy
ED	emotionale Distanz
EFT	emotionsfokussierte Therapie
FU	Freie Universität (Berlin)

GÄP	Gesellschaft für Ärztliche Psychotherapie
GdP	Grundlegung der Psychologie
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GT	Grounded Theory
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
KT	kognitive Therapie
KVT	kognitive Verhaltenstherapie
KZT	Kurzzeittherapie
LZ	Legasthenie-Zentrum (Berlin)
LZT	Langzeittherapie
MBCT	Mindfulness-Based Cognitive Therapy
MRT	Magnetresonanztomographie
PA	Psychoanalyse
PI	Psychologisches Institut
PIA	Psychotherapeut:innen in Ausbildung
PR	public relations
ProSD	Projekt Selbstverständigung über Drogengebrauch
PTSB	Posttraumatische Belastungsstörung
RKI	Robert Koch-Institut
SA	surface acting
SKID	strukturiertes klinisches Interview nach DSM
SORKC	Stimulus, Organismusvariable, Reaktion, Kontingenz, Consequence/Konsequenz
SÖS	sozioökonomischer Status
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer)
ST	Schematherapie
SufKi	Projekt Subjektentwicklung in der frühen Kindheit
TP	Tiefenpsychologie
TPK	Theorie-Praxis-Konferenz
TS	Therapiestunde
VT	Verhaltenstherapie
WHO	World Health Organisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1	Das kritisch-psychologische Handlungsmodell	22
Abbildung 2.2	Züge der individuellen Entwicklung in der Kind-Erwachsenen-Beziehung	24
Abbildung 9.1	Depressive Symptome im BDI zu sechs Messzeitpunkten von Jasmin Ishak	282
Abbildung 9.2	Veränderungen in der Beziehungsführung von Tim Maurer im Kontext verschiedener Werte und Strukturen	313
Abbildung 9.3	Depressive Symptome im BDI zu vier Messzeitpunkten von Susanne Helfer	330
Abbildung 9.4	„Comic – Me, myself and I“	351
Abbildung 9.5	Depressive Symptome im BDI zu vier Messzeitpunkten von Stefanie Brandt	357
Abbildung 9.6	Wertequadrat zu Verbundenheit, Selbstbestimmung, Abhängigkeit und Einsamkeit	382
Abbildung 10.1	Die zentralen empirischen Konzepte der Therapeutinnen zur emanzipatorisch-verhaltenstherapeutischen Praxis	394
Abbildung 10.2	Materialistisch-humanistische Aspekte der Haltung (Subkonzepte)	396
Abbildung 10.3	Gesellschaftskritische Aspekte des Verständnisses (Subkonzepte)	412

Abbildung 10.4	Widersprüchliche Aspekte des Auftrags (Subkonzepte)	433
Abbildung 11.1	Theoretisch-empirisch fundierte Kriterien für eine emanzipatorisch intendierte Psychotherapie	460

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1	Jantzens Reinterpretation des SORKC-Schemas	52
Tabelle 4.1	12-Monatsprävalenz für Major Depression im zeitlichen Vergleich nach Geschlecht, SÖS und Alter (RKI)	109
Tabelle 5.1	Philosophische Dimensionen verhaltenstherapeutischer Interventionen	160
Tabelle 5.2	Gegenüberstellung der naturwissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen VT in Deutschland	164
Tabelle 5.3	Daiminers Darstellung der Geschichte der VT in Westdeutschland in Phasen, Eckdaten und Ereignissen	166
Tabelle 8.1	(Selbst-)Auswahl der Interviewten mit Gründen für Ausschluss/Einschluss und anderen personenbezogenen Angaben	254
Tabelle 8.2	Übersicht aller geführten und ausgewerteten Interviews	266
Tabelle 9.1	Sozialer Hintergrund, beruflicher Status, Symptomatik, Therapiedauer und (Prä-/Post-)BDI der Patient:innen	278
Tabelle 9.2	Die zentralen empirischen Konzepte der Patient:innen	279
Tabelle 9.3	Emanzipatorische Aspekte in den Therapiegeschichten der Patient:innen im Vergleich	376
Tabelle 10.1	Sozialer Hintergrund, Ausbildung und Gründe für VT der Behandlerinnen	393