

Therapeutische Kompetenz und Methodenäquivalenz¹

Dirk Revenstorf²

Universität Tübingen

Zusammenfassung

Die Komplexität psychotherapeutischen Handelns ergibt sich einmal aus der Tatsache, dass dabei subjektives, intersubjektives und objektives Wissen zusammenkommt. Zum anderen aus dem Dilemma, dass der Therapeut einerseits von seinem Handeln überzeugt sein muss um Vertrauen herzustellen zum anderen weiß, dass Methode und Konzept seiner Therapie austauschbar sind. Für den Erwerb psychotherapeutischer Kompetenz kommt erschwerend hinzu, dass ein erheblicher Teil des einschlägigen Wissens vorbegrifflicher Art ist und implizit gelernt wird. Daraus ergibt sich ein pädagogisches Modell, das von expliziter zu impliziter Vermittlung und regelhafter, fragmentierter zu ganzheitlich, intuitiver Anwendung sich bewegt. Modelle für das Selbstverständnis von Lehrer und Schüler in der Psychotherapieausbildung werden diskutiert.

Schlüsselwörter: Psychotherapie, Metaanalyse, allgemeine Therapiefaktoren, implizites Lernen

Therapist competence and equivalence of treatment techniques.

Summary

Psychotherapy is a complex realm of knowledge, which consists of subjective, intersubjective and objective information. Moreover the therapist finds himself confronted with the dilemma that in order to be convincing he has to use specific concepts and techniques on the one hand and on the other hand he is aware of the fact, that his concept and technique could be substituted by a number of others. In terms of learning psychotherapy a further difficulty is, that part of the pertinent knowledge is implicit and can't be acquired from manuals. From this situation results an educational model for the psychotherapy apprentice, which moves from explicit to implicit presentation of information and from rule oriented, fragmented to intuitive holistic action. Models to comprise both the role of the teacher and the disciple in psychotherapy are discussed.

Key words: psychotherapy, metaanalysis, common factors, implicit learning

¹ Vortrag gehalten auf dem Symposium „Zukunft der Psychotherapie“ der Bundespsychotherapeutenkammer am 9.März 2008 in Berlin

² Prof. Dr. Dirk Revenstorf, Erickson Akademie, Gartenstr. 18, 72074 Tübingen, Tel 07071-251630
www.meg-tuebingen.de; fax 07071-410896, email drevenstor@aol.com

Therapeutische Kompetenz und Methodenäquivalenz³

Dirk Revenstorf⁴

Universität Tübingen

Einleitung

Redet man über therapeutische Kompetenz, so befindet man sich in einer Zone der Verunsicherung, die aber zugleich geeignet ist die Kreativität zu fördern. Die Verunsicherung wird sofort verständlich, wenn man sich klar macht, dass dabei Erkenntnisse aus vier Wissensbereichen zusammen kommen (Wlber 2000), die nicht vollkommen ineinander überführbar sind (Abb.1). Es sind einerseits subjektive *Innenwelten*, die nur zum Teil explizierbar sind. Dem stehen epistemische und administrative *Außenwelten* gegenüber – die durch Fakten und objektive Daten beschreibbar sind. Außerdem sind die *individuellen Welten* von den *kollektiven Welten* wie denen der Kultur oder der (therapeutischen) Beziehung zu unterscheiden. Alle vier Bereiche sind für die therapeutische Arbeit bedeutsam – das Wesentliche findet jedoch in einer individuellen Innenwelt, nämlich dem Bewusstsein bzw. dem Unbewussten des Patienten statt. Therapeuten versuchen das, was sich dort abspielt, über die kollektive (in diesem Fall dyadische) Innenwelt der therapeutischen Beziehung zu erreichen, zu beeinflussen und zu erfassen – und einen Teil davon durch Benennung von Diagnostik und Technik zu explizieren, um es als objektive Außenansicht des Individuums und des Therapieprozesses darzustellen und es schließlich der kollektiven Außenwelt der Kassenzulassung und der KVen als Antrag oder Bericht zugänglich zu machen. Therapeutische Kompetenz entsteht in allen vier Quadranten des Wissens, ist z.T. explizierbar – etwa als Manual oder Lehrbuch. Z.T. bleibt sie ein Merkmal der kollektiven Innenwelt, die Patient und Therapeut zu teilen versuchen. Die Innenwelten enthalten zunächst implizites Wissen, während die Außenwelten mit explizitem Wissen versorgt werden wollen. Da therapeutische Kompetenz primär den Umgang mit Innenwelten betrifft und vieles daran schwer objektivierbar, intuitiv und vorbegrifflicher Art ist, wird Psychotherapie immer implizites Wissen handhaben – besonders dann, wenn es sich um die

³ Vortrag gehalten auf dem Symposium „Zukunft der Psychotherapie“ der Bundespsychotherapeutenkammer am 9.März 2008 in Berlin

⁴ Prof. Dr. Dirk Revenstorf, Erickson Akademie, Gartenstr. 18, 72074 Tübingen, Tel 07071-251630
www.meg-tuebingen.de; fax 07071-410896, email drevenstor@aol.com

spontane Reaktion des Therapeuten und die nicht verbale Kommunikation mit dem Patienten handelt.

Hier Abbildung 1: Vier Wissensarten in der Psychotherapie (nach Wilber 2000)

Aufgrund der damit umrissenen Komplexität therapeutischen Wissens wundert es wenig, dass sehr unterschiedliche Meinungen darüber existieren, was Kompetenz in diesem Tätigkeitsfeld ausmacht; so haben drei bekannte Autoren deutlich divergierende Meinungen darüber zum Ausdruck gebracht:

- Fiedler (2003): "Durchgängig sehr erfolgreiche Therapeuten halten sich besonders strikt an die Vorgaben ihres Behandlungskonzeptes. Besonders erfolgreich sind Therapeuten, die sich an therapeutischen Manualen orientieren.
- Hand (2008): "...dass selbst innerhalb einer Achse I-Diagnose Patienten extrem unterschiedlich bezüglich der Behandelbarkeit sein können, dass störungsspezifische Manuale dem in keiner Weise gerecht werden....und Erfahrung gepaart mit Flexibilität und (erhaltener) Neugierde zu kreativen Abwandlungen des Standardvorgehens führen sollte."
- Kächele (2006): "Mehr als alles andere entscheidet über den Erfolg und Misserfolg eines Therapeuten seine dynamische Fähigkeit, sich jeweils auf einen anderen Menschen und dessen Defizienzen und Ressourcen einzustellen ...und dass es nicht besseres für den Neuling gibt, als möglichst viel klinische, patientenbezogene Erfahrung zu sammeln."

Dies sind Beispiele der Extrempole, zwischen denen wir uns bewegen, wenn wir über therapeutische Kompetenz reden. Offensichtlich gehen die Meinungen weit auseinander. Für die Aus-, Fort- und Weiterbildung in therapeutischer Kompetenz handelt es sich darum, wie einschlägiges Wissen, das teilweise implizit ist, vermittelt werden kann - wieweit kann es in explizites Wissen umgewandelt werden, also als Manual niedergeschrieben werden, ohne dass etwas Wesentliches verloren geht.

Da dieser implizite Teil therapeutischer Kompetenz das Betreten und die Gestaltung der gemeinsamen Innenwelt von Patient und Therapeut betrifft, erhebt sich auch die Frage, ob dieser Aspekt des therapeutischen Handelns schulspezifisch ist. Oder ob es sich nicht um Basisfertigkeiten handelt, über die alle Psychotherapeuten verfügen sollten.

Methoden-Äquivalenz und spezifische Wirkung.

Therapeuten möchten gern den Patienten gemäß der bekannten Metapher aus der Handlungstheorie vom linken Ufer des Rubikon (siehe Grawe 1989), nämlich seinem augenblicklichen Leidenszustand mit dem Etikett einer Diagnose, über das Wasser

des Therapieprozesses, das ja unsicher ist – wer weiß ob es trägt? - zum rechten Ufer des Rubikon geleiten. Nämlich in den Zustand bringen, der das Therapieziel darstellt und von dem der Patient nicht genau weiß, was ihn da erwartet. Dieser Prozess von der Motivation, über die Handlungsintention und Realisierung bis hin zur Überprüfung des Ergebnisses soll begleitet werden. Im Patienten sollen Wünschbarkeit, Realisierbarkeit, Entscheidung, Aktivierung und Handlungskompetenz geweckt werden (Abb. 2). Das ist Aufgabe des Therapeuten.

Abbildung 2: Rubikon-Modell aus der Handlungstheorie (nach Heckhausen)

Therapieziele, die das rechte Ufer des Rubikons darstellen, können umfassen ein breites Spektrum seelischer Gesundheit: Verminderung des Leidens, mehr Optionen des Denkens und Handelns, Entscheidungsfreudigkeit, Kompetenzerweiterung, Selbstwirksamkeit, Erlebnisfähigkeit, emotionale Bandbreite, Kongruenz von rationaler und emotionaler Steuerung, Erklärung, Bedeutung, Sinnfindung und Wachstum bzw. Entwicklung. Diese Dinge sind nicht vollkommen unabhängig voneinander. Und sie erfordern spezifische Interventionen. Es gibt unzählige Techniken dafür, die zum Teil in bestimmten Schulen angesiedelt sind. Interventionen, die zur Erreichung der genannten Therapieziele angewandt werden können, sind in der folgenden Zusammenstellung zur Illustration beispielhaft genannt (Tab. 1).

| Therapieziel | Technik (Beispiele) |
|--|--|
| 1) Verminderung des Leidens | Symptom-Dissoziation, Reizkonfrontation |
| 2) Mehr Optionen Entscheidungsfreudigkeit | Ressourcenaktivierung, Installation von Hoffnung |
| 3) Kompetenzerweiterung Selbstwirksamkeit | Kompetenztraining, Entwicklung von Lösungsvisionen |
| 4) Erlebnisfähigkeit, emotionale Bandbreite | Auflösung von Blockaden Identifikation von Konflikten |
| 5) Kongruenz von rationaler und emotionaler Steuerung | Körperbezug, Achtsamkeit |
| 6) Erklärung, Bedeutung, Sinnfindung | Regression, Rekapitulation |
| 7) Wachstum, Entwicklung | Begleitung, ‚Nachbeelterung‘ |

Tabelle 1: Therapieziele und Beispiele für geeignete Techniken⁵

Jede Therapieform hat andere Techniken entwickelt, die zunächst aufgrund ihrer Einbettung in das jeweilige Theoriegebäude schlüssig mehr oder weniger zwingend erscheinen. Tatsächlich aber sind sie austauschbar. Es hat sich gezeigt, dass therapeutische Interventionen oder besser gesagt die Psychotherapie im allgemeinen, eine gute bis sehr gute Wirksamkeit aufweisen: 80% der Patienten kann geholfen werden (Grawe et al. 1994). Das ist der erste Befund. Der zweite und weitaus verblüffendere Befund ist allerdings der, dass die Methodenvarianz, d.h. der Beitrag der spezifischen Methoden zur therapeutischen Wirksamkeit, relativ gering zu sein scheint, nämlich mit Werten zwischen 8% (Lambert & Barley 2002) und 15% (Wampold 2001) angegeben wird. Der Einfluss der Beziehung auf den Therapieerfolg wird sehr viel größer eingeschätzt, nämlich als bei 30% und 70% der Erfolgsvarianz liegend (Horvath & Bedi 2002, Kächele 2001, Wampold 2001, Bohart 2002). Daher wundert es nicht, dass so genannte „Placebo“-Psychotherapien, die es ja eigentlich gar nicht geben kann, da sie in jedem Fall den Beziehungsaspekt ja enthalten, auch wirksam sind.

Man sollte meinen, dass sich unabhängig von ihrer generellen Wirksamkeit, die einzelnen Therapieformen in ihrer Effektivität voneinander unterscheiden, da sie ja beanspruchen, in Theorie und Methodik der Wahrheit mehr oder weniger nahe kommen. Daher sind deutliche Differenzen in der Erfolgsquote zu erwarten. Der dritte verblüffende Befund ist jedoch, dass de facto große Unterschiede selten vorkommen. Wirksamkeitsunterschiede zwischen den Therapieformen verteilen sich eher zufällig um Null (Wambold 2001). D.h., dass sich der Anspruch einzelner Therapieformen auf eine generell höhere Wirksamkeit wohl nicht halten lässt. Man kann also davon ausgehen, dass Psychotherapie hochwirksam ist, aber es nicht auf die Therapieform sondern auf die kompetente Durchführung ankommt: Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologische Therapie und die Humanistische Therapie scheinen gleich effektiv zu sein (Lambert & Barley 2002). Allenfalls gibt es effizientere Arten der Beziehungsgestaltung für einzelne Patienten und bei bestimmten Störungen und effizientere Arten der Umsetzung von Interventionen. Berns (2006) konstatiert daher

⁵ Technik und Methode werden hier nicht unterschieden, obwohl es neuerdings üblich ist, erstere als Intervention mit enger und letztere als Interventionsgruppe mit breiterer Indikation zu definieren (siehe Schwellen Kriterium des GBA)

eine praxeologische Paradoxie: Spezifische Verfahrensweisen sind an sich beinahe irrelevant und dennoch sind konkrete Interventionen unverzichtbar.

Es besteht demnach eine weitgehende Methoden-Äquivalenz. Und wahrscheinlich sind unterschiedliche Verfahren in vielen Fällen nicht einmal spezifisch wirksam. Dies zeigte etwa die groß angelegte multizentrische Depressions-Studie (Elkin et al. 1989), in der drei verschiedene Therapieformen (Pharmakotherapie mit Imipramin, Kognitive Therapie, Interpersonelle Therapie) untersucht wurden. Jede Therapieform zielt auf eine bestimmte messbare Veränderung in einer für die jeweilige Therapieform spezifischen Ebene ab. So soll etwa die interpersonelle Therapie die soziale Anpassung verbessern und das Imipramin soll die neuro-vegetative Symptome vermindern. Die kognitive Therapie soll die irrationalen Gedanken korrigieren. Alle drei Therapieformen waren gleich wirksam und wirkten darüber hinaus nicht spezifisch auf ihre jeweilige Domäne, sondern pauschal. Es zeigte sich etwa, dass, wenn soziale Kompetenz trainiert wurde, auch die vegetativen Symptome abnahmen. Oder durch kognitive Therapie veränderte auch die soziale Anpassung. Jede Therapieform wirkte demnach auf jeden Mechanismus der Depression und der Heilung.

Was macht therapeutische Kompetenz aus?

Nach den umfangreichen Metaanalysen von Wampold (2001) sind die wichtigsten Faktoren therapeutischer Wirksamkeit: *Allegiance*, d.h. die Überzeugtheit des Therapeuten von seinem Tun, bzw. seine Überzeugungskraft und damit auch die Überzeugtheit des Patienten von der Richtigkeit der Intervention und *Alliance*, d.h. die therapeutische Beziehung. Dadurch wird der Bezug auf den Patienten wichtiger als seine Störung und die Methode. *Norcross (2002)* apostrophiert das so: *Es ist wichtiger, welcher Patient die Störung hat als welche Störung der Patient hat.* Demnach könnte man die diagnose-gestützte Intervention einen 100-jährigen Mythos nennen (*Bachrach 1990*). Die Essenz der Psychotherapie ist und bleibt wohl der Therapeut. Demnach eignet sich das Kontext-Modell (Frank u Frank 1991) für Heilung besser als das medizinische Modell, um die Wirksamkeit der Psychotherapie zu erklären. Das Kontextmodell postuliert vier Faktoren der therapeutischen Kompetenz: Insignien der Autorität, Erklärungsmodell, Behandlungsritual (Technik) und affektiv bedeutsame Interaktion. Methodenspezifisch sind dabei die Technik und

das Erklärungsmodell, die zwar einerseits austauschbar sind, aber viel mit dem Überzeugungsfaktor zu tun haben. Der Beziehungsfaktor hat eher etwas mit der affektiv bedeutsamen Interaktion zu tun. Ein guter Therapeut ist mit den genannten vier Zutaten jedenfalls in der Lage, einen Kontext herzustellen kann, in dem der Patient gute Chancen hat, sich zu verändern.

Im Ablauf des Therapieprozesses können mehrere Phasen unterschieden werden, in denen diese Komponenten umgesetzt werden. Dazu sind bestimmte Kompetenzen notwendig (Abb. 3). Andere Modelle sind denkbar, doch hier wurden vier überlappende Phasen angenommen: 1) Die Herstellung einer Arbeitsbeziehung als Vertrauensbasis für alle weiteren Schritte, 2) Die Förderung von Veränderungsmotivation durch Problemaktivierung, Ressourcenmobilisierung, Evokation von Hoffnung bzw. Abbau von Demoralisierung u.a. und 4) Eine Neuorientierung durch Zielbestimmung, Kompetenzerweiterung, biografische Klärung, Information u.a.. 3) Vor der Neuorientierung muss häufig etwas für die Aufgabe des Symptoms als Problemlösung getan werden oder wie Familientherapeuten sagen, es ist der Übergang von Morphostase zu Morphogenese zu erleichtern. Dazu kann eine Labilisierung der Strukturen verhelfen, die zur Stabilisierung des Symptoms beitragen – das sind Strukturen des externen Systems (bestimmte Beziehungsmuster in der Familie z.B.) oder des internen Systems (Kognitionen, Glaubenssätze, Wertesysteme).

Die für die Begleitung dieser vier Teilprozesse nötigen therapeutischen Kompetenzen sind zum Teil technischer Art und erfordern eine abstrakte Intelligenz wie die der Diagnostik einschließlich der kompetenten Erklärung. Die technisch effektive Handhabung des Interventionsrepertoires profitiert von praktischer Intelligenz. Und die Fähigkeit, Resonanz zum Patienten herzustellen erfordert soziale Intelligenz. Übergreifend gibt es eine personale Kompetenz, die mit der eigenen Reifung und Erfahrung aber auch mit der Bearbeitung eigener Probleme in der Selbsterfahrung und der eigenen Therapie zu tun hat (Kahl-Popp 2004).

Keine der therapeutischen Kompetenzen ist vollständig explizierbar; am wenigsten sind es die der Resonanz, aber selbst die der Diagnostik und der Behandlungstechnik sind zum erheblichen Anteilen intuitiv (siehe unten). Dabei ist die fachliche Kompetenz, die besonders in Kenntnissen der Diagnostik und Interventionstechnik deutlich zum Ausdruck kommt, stets überlagert von der

personale Kompetenz – besonders wenn es um Fragen von Identität, Werten und Sinn geht.

Als Kompetenzen der *Diagnostik* können folgende 6 Punkte gesehen werden:

- 1) Klinische Diagnostik (Achse 1-4 DSM bzw. ICD)
- 2) Entscheidung: Krisenintervention, Problemlösung, Entwicklung oder Stützung
- 3) Analyse familiärer (systemischer) Einbettung
- 4) Biografische Analyse der Pathogenese

Abbildung 3: Therapeutische Kompetenzen

Als Kompetenzen der *Behandlungstechnik* kommen Gesichtspunkte wie die folgenden zum Tragen (vgl. Hand 2008), obwohl genau genommen hier die Grenze zwischen Diagnostik und Technik unscharf ist:

- 5) Auf welcher Problem-Ebene beginnen wir mit der Therapie: Struktur, Konflikt bzw. Trauma, Defizit, Exzess, oder familiäre Einbettung (Kollusion)?
- 6) Hierarchisierung, Interdependenz oder Addition der Problem-Ebenen (5)?
- 7) In welcher Manifestations-Ebene beginnen wir die Therapie:
Biochemie, Körper, Emotion, Traum, Kognition, Verhalten, Beziehung?
- 8) Welche Methoden stehen uns zur Verfügung: Reizüberflutung, Entspannung, Hypnose, Umstrukturierung, EMDR etc.

Ein Fallbeispiel mag die Schwierigkeit der Punkte 5-7 erläutern:

Eine 35-jährige Hausfrau (Heimarbeiterin) ist verheiratet, hat zwei Kinder (sechs und acht Jahre alt) und wohnt mit ihrer Familie noch im Haus der Mutter. Sie leidet unter einer Agoraphobie, fühlt sich abhängig vom unterstützenden Ehemann, der eine Nebenbeziehung hat und sie verlässt, als ihre Ängste verschwinden. Sie war Einzelkind eines Alkoholikers und einer allein erziehenden Mutter. Mit acht Jahren ist sie fast an einer Fischgräte erstickt. Es ergeben sich folgende diagnostische Informationen:

Strukturebene: Dependente Tendenz

Konfliktebene: Kindliches Trauma / Überbehütung

Symptomebene *Defizit*: Mangelnde Abgrenzung (z.B. von der Mutter)

Symptomebene *Exzess*: Ängste (Agoraphobie)

Interaktionsebene: Kollusion mit kontrollierendem Ehemann (neurotische Passung)

Konflikt- und Strukturebene wurden im Rahmen der vorgenommenen Kurzzeittherapie nicht betrachtet; es wurde die Defizitebene in Form einer besseren Abgrenzung von der Mutter in Angriff genommen und anschließend die Exzessebene in Form der Bearbeitung der Autofahrphobie. Die Interaktionsebene wurde vernachlässigt, was recht bald zur Scheidung führte. Das kann als Fortschritt und zwangsläufige Folge der Therapie angesehen werden, da die Frau den Retter nicht mehr brauchte und der Mann seine Vormachtstellung verlor und seine Außenbeziehung nicht mehr verheimlichen konnte. Oder es ist als Kunstfehler anzusehen, denn u.U. hätte eine Paartherapie die Trennung verhindern können.

Zu den Kompetenzen der *Resonanz* (Beziehungs-Kompetenz, *Alliance*) gehören:

- 9) „Chamäleon“-Funktion des Abholens (*spacing*)
- 10) Reflexion von Gegenübertragungsmomenten
- 11) Bereitstellung geeigneter Übertragungsfunktion (Eltern, Lehrer, Experte u.a.)
- 12) Beachtung von Beziehungsfallen und negativer Übertragung
- 13) Motivierung des Patienten zur Veränderung; Mobilisierung seiner Ressourcen

Zu den *personalen* Kompetenzen gehören:

- 14) Explikation eines überzeugenden Erklärungsmodells („Erklärungsmythos“ sensu Frank)
- 15) Verfügbarkeit und flexibler Umgang mit Technikrepertoires
- 16) Glaubhafte Inszenierung einer Technik (eines „Rituals“ sensu Frank)
- 17) Offenheit gegenüber Begegnungen mit unterschiedlichen Menschen (Empathie; vgl. Erickson: „Jeder Mensch braucht eine eigene Theorie“)
- 18) Tolerieren eines vorübergehenden Zustandes von Nichtwissen
- 19) Fähigkeit zur würdigen Beendigung der Arbeitsbeziehung

Von den fast 20 genannten Kompetenzen sind die meisten implizit *und* schulübergreifend (Tab. 2). Nicht genannt wurden weitere implizite allgemeine Kompetenzen wie die geschickte Handhabung der theoretischen, technischen und diagnostischen Begrifflichkeit für eine adäquate Berichterstattung gegenüber den Kollegen und den Institutionen.

| | Implizites Wissen | Explizites Wissen |
|--------|--|--|
| Schul- | <ul style="list-style-type: none"> • Auf welcher Problem-Ebene beginnen wir mit der Therapie: Struktur, Konflikt bzw. Trauma, Defizit, Exzess, oder familiäre Einbettung (Kollusion)? • Hierarchisierung, Interdependenz oder Addition der Problem-Ebenen? • Beachtung von Beziehungsfallen und negativer Übertragung | <ul style="list-style-type: none"> • Klinische Diagnostik • Entscheidung: Krisenintervention, Problemlösung, Entwicklung oder Stützung |

| | | |
|-----------------|--|---|
| übergreifend | <ul style="list-style-type: none"> • Motivierung des Patienten zur Veränderung; Mobilisierung seiner Ressourcen • Überzeugende Explikation eines Erklärungsmodells • Verfügbarkeit und flexibler Umgang mit Technikrepertoires • Glaubhafte Inszenierung einer Technik • Offenheit gegenüber Begegnungen mit unterschiedlichen Menschen (Empathie) • Tolerieren eines vorübergehenden Zustandes des Nichtwissens • Fähigkeit zur würdigen Beendigung der Arbeitsbeziehung | |
| Schulspezifisch | <ul style="list-style-type: none"> • Analyse systemischer Einbettung • Biografische Analyse der Pathogenese • Auf welcher Manifestations-Ebene wird die Therapie begonnen: Biochemie, Körper, Emotion, Traum, Kognition, Verhalten, Interaktion? • „Chamäleon“-Funktion des Abholens (<i> pacing </i>) • Reflexion von Gegenübertragung • Bereitstellung geeigneter Übertragungsfunktion (Eltern, Lehrer, Experte u.a.) | <ul style="list-style-type: none"> • Erklärungsmodell • Methode: Reizüberflutung, Entspannung, Hypnose, Umstrukturierung, EMDR... |

Tabelle 2: Therapeutische Kompetenz: Explizite und implizite, schulspezifische und schulübergreifende Inhalte.

Sicher ergibt die rechte Seite der Tabelle genügend Stoff, der von schriftlichem Material gelernt werden kann. Speziell die Diagnostik liegt ja manualisiert vor, obwohl ihre Bedeutung möglicherweise überschätzt wird – wenn man den oben genannten Autoren folgen möchte (etwa Norcross 2002 und Bohrach 1990). Doch die Sicherheit in der Diagnostik und im Erklärungsmodell, die ja auch als konzeptuelle Kompetenz zusammengefasst werden (Kahl-Popp 2004), ist technischer *und* personaler Art und trägt zum Überzeugungsgrad der Therapie bei, selbst wenn das konzeptuelle Modell austauschbar sein sollte.

Die therapeutische Methodik lässt sich zum Teil ausformulieren wie die Technik eines Handwerks und wird ja auch in Lehrbüchern und Manualen niedergelegt; doch die geschickte Auswahl, flexible Handhabung und überzeugende Präsentation bleibt mehr oder weniger implizites Wissen.

Was ist implizites Wissen in der Therapie

Von den Gegenständen der verschiedenen Formen von Intelligenz, die für die Durchführung von Therapie hilfreich sind, ist lediglich die der analytischen Intelligenz weitgehend explizierbar. Praktische, emotionale, soziale und spirituelle Intelligenz, die in allen Phasen der Therapie eine bedeutende Rolle spielen, lassen sich nicht ausbuchstabieren. Sie müssen implizit gelernt werden wie Fahrradfahren, Liebeserklärungen, Vermittlung in Konflikten und Beten. Implizites Lernen spielt offensichtlich eine große Rolle für die therapeutische Kompetenz.

Man handelt gemäß impliziten Wissens, wenn man sich an präverbalen d.h. vorbegrifflichen Informationen orientiert. Da sind einerseits Eindrücke aus der Umwelt (distale Information) andererseits spürbare Eindrücke des eigenen Organismus des Betrachters (proximale Information). Da sich das implizite Wissen aus diesen beiden Komponenten zusammensetzt, kann man es nur in der Situation erfahren, in die man sich begibt und auf die der eigene Körper (proximal) reagiert. Das ist eine andere Kategorie von Wissen als das explizite Wissen und Buchholz (2006) geht soweit zu sagen, dass es ein schwerer, nämlich kategorialer Fehler sei, theoretisches Wissen zu manualisieren. Es fällt schwer zu sehen, wie man sich gegen Scheinwissen von Scharlatanen abgrenzen kann, wenn man auf die Explikation verzichtet. Dennoch ist die Freud'sche Metapher überzeugend, dass man die Speisekarte (das explizite Wissen) nicht essen kann und daher davon auch nicht satt wird.

Nicht nur die Therapie, auch die Vermittlung therapeutischer Kompetenz spielt sich in allen vier Quadranten des Wissens ab, die eingangs erwähnt wurden (Abb. 1). Im individuell subjektiven Innenraum findet die Selbsterfahrung statt (links oben in Abb. 1). Im intersubjektiven Innenraum (links unten in Abb. 1) findet die Supervision statt. In der äußeren Welt objektiver Fakten finden sich die expliziten Beschreibungen von Technik und Diagnostik in Manualen und Lehrbüchern (rechts oben in Abb. 1). Und die epistemische Begründung wird mit der Publikation wissenschaftlicher Untersuchungen in Öffentlichkeit der äußeren Welt ausgehandelt (rechts unten in Abb. 1); sie macht Diskurs, Rechenschaft (accountability), Berichterstattung und Akkreditierung möglich.

Die Begrenzung therapeutischen Wissens auf die individuelle Subjektivität würde die Unterscheidung von Glaubenssätzen schwer machen. Ließe man die gesamte rechte, objektive Seite außer Acht so würde man in einer postmodernen Dekonstruktion landen, in der Rechenschaft keinen Platz hat und Kriterien Bezahlbarkeit fehlen;

Therapie wäre eine intersubjektive Konstruktion. Würde man sich dagegen in Abb. 1 auf den rechten oberen Quadranten der Operationalisierung begrenzen, fiel das gesamte vorbegriffliche Wissen, speziell auch der proximale Anteil der Intuition aus der Ausbildung heraus. Das aber dürfte vor Ort der wichtigste Teil der therapeutischen Kompetenz sein.

Sowohl im Therapieprozess selbst wie beim Erwerb von Kompetenz ist die subjektive Überzeugung der Selbstwirksamkeit (allegiance, links oben) wie die intersubjektive vermittelte Überzeugung der Beratung (links unten) unverzichtbar auch wenn sie möglicherweise in Teilen überhaupt nicht explizierbar sind. Auf der anderen Seite sind die Manuale (rechts oben) für den Lernprozess genauso unverzichtbar – nur haben sie keine therapeutische sondern pädagogische Funktion und sind daher für den lernenden Therapeuten wichtiger als für Patienten z.B. in Form von Selbsthilfebüchern (Tab. 3)

| | Innere, subjektive Welt | Äußere, objektive Welt |
|-------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| Individuelle Welt | <i>Selbsterfahrung</i> | <i>Manuale</i> |
| Kollektive Welt | <i>Supervision</i> | <i>Wissenschaftliche Begründung</i> |

Tabelle 3: Vier Komponenten Psychotherapeutischer Kompetenz in den universellen Quadranten möglichen Wissens (siehe Abb. 1)

Erwerb psychotherapeutischer Kompetenz

Man erlernt psychotherapeutisches Wissen in einem Fortschreiten von explizitem zu impliziten Inhalten, wobei im Sinne einer Spirale vielfache Zyklen stattfinden. Von zahlreichen Autoren sind entsprechende Entwürfe für den Erwerb psychotherapeutischer Kompetenz beschrieben worden, die sich auf den Chemiker und Philosophen Mihaly Polanyi (1985) beziehen, der zu dem Schluss kam, dass das Schöpferische in der Wissenschaft und anderen kreativen Tätigkeitsfeldern durch implizite Wissens- und Lernprozesse gesteuert wird und nicht durch explizit planbare Forschung, die eher die Funktion der nachträglichen Ratifikation hat. Danach laufen Lernprozesse in fünf Phasen ab (siehe Kahl-Popp 2004, Buchholz 2006)

- 1) *Wahrnehmung von Unterschieden*: Handeln nach kontext-unabhängigen Regeln aus Manualen und nach Anweisungen, ohne Bedeutung der so gemachten Wahrnehmungen zu erkennen und ohne eine Gewichtung entsprechend der Bedeutung im Gesamtkontext vornehmen zu können. Hauptsächlich ist es die Schulung der distalen Beobachtung; die proximale Beobachtung ist noch gar nicht sensibilisiert. Man braucht engmaschige Hilfen (Metapher: Fahrrad mit Stützrädern).
- 2) *Erkennen der Bedeutung der Unterschiede*: Erlernen von Bedeutung, die nicht explizierbar ist, d.h. physiognomisches Erkennen (Metapher: der Hundehalter kennt verschiedene Arten des Bellens).
- 3) *Handwerklicher Umgang mit Maximen*: Zunächst fragmentierte Anwendung; später Herangehen an die Situation mit einer Perspektive, durch die einzelne Elemente der Beobachtung gewichtet werden; Regeln können dann hinter sich gelassen werden. Es wird Verantwortung für Ziel Plan und Konsequenzen übernommen (Metapher: der routinierte Autofahrer beschleunigt kurz bevor die Ampel rot wird).
- 4) *Ganzheitlicher Umgang (incl. Diagnostischer Blick)*: Gesamteinschätzung der Situation; keine sequenzielle Bearbeitung der Teilaufgaben mehr. Es bestehen Erwartungen bezüglich dessen, was normalerweise vorkommt. Der Handelnde vertraut auf seine Urteilskraft. Er sieht und weiß, was zu tun ist (Metapher: Ein guter Handwerker weiß, wo er den Fehler suchen muss).
- 5) *Intuitive Handlungsorganisation (incl. ganzheitliche Vermittlung)*: Elemente konfigurieren sich. Der Handelnde verschmilzt mit der Situation und handelt ohne nachzudenken (Metapher: Ein erfahrener Reiter verschmilzt mit seinem Pferd und sieht Risiken eines Sturzes fast hellsichtig voraus).

Die Lernschritte therapeutischer Kompetenz sehen dann entsprechend nach Polanyi aus wie die Rangstufen in einem traditionellen Lehrer-Schüler Verhältnis:

1. *Novize*: Lernen kontextunabhängiger Reaktionen, die auf der Wahrnehmung von Unterschieden aufbauen.
2. *Lehrling*: Regeln und Algorithmen zum Erlernen der Bedeutung von Kontexten zur Anpassung der Regeln gemäß wiederkehrender Aspekte.

3. *Geselle*: Zielbildung Heuristiken und Strategien in der handwerklichen Grundkompetenz mit subjektiv gewichteter Perspektive (phänomenologische Analyse).
4. *Könnner*: Vorhandensein von Maximen basierend auf einem diagnostischen Blick, d.h. dem ganzheitlichen Erkennen der Situation.
5. *Meister*: Automatisch intuitives Handeln und explizite wie auch ganzheitliche Vermittlung.

Je weiter der Therapieschüler zum Experten fortschreitet, desto mehr Anteile am Wissenserwerb sind implizit: sie werden durch modellhafte Prozess-Demonstrationen, Fallbeispiele und ganzheitliche Identifikation mit dem Anleiter („Meister“) näher gebracht. Dabei spielt das beiläufige Lernen als pädagogisches Prinzip offenbar eine gewisse Rolle. Die bewusste Aufmerksamkeit ist auf etwas anderes gerichtet und die relevante Information wird im scheinbar nebensächlichen Detail einer Aussage, eines Bildes oder einer Metapher ausgedrückt (Milton H Erickson: „Will man etwas wichtiges mitteilen, dann sage man es im Nebensatz“) etwa: „Möchtest Du, dass ich Dir vor oder nach dem Zähneputzen vorlese?“ Die Funktion dieser Lernstrategie ist darin zu sehen, dass kognitive Blockaden vermieden werden indem der vermittelte Inhalt die Kritik der bewussten Analyse unterläuft, die bei komplexen Zusammenhängen häufig am Detail hängen bleibt.

Diskussion

Die Forschungslage in der Psychotherapie ist alles andere als einfach. Zur theoretischen wie praxeologischen Komplexität des Gegenstandes kommt eine höchst problematische Überlagerung durch schulspezifische Dogmen und berufspolitische Interessen. Es scheint sich aber ein Konsens zu bilden, dass diese Phase der Grenzziehungen überwunden werden kann (Richter 200X), worauf ja etwa Grawe (1998) schon mit dem Entwurf allgemeiner Therapiefaktoren hin gearbeitet hat, die schulübergreifend Geltung beanspruchen (bei ihm: Problemaktualisierung, Ressourcenaktivierung, Hilfe zur Problembewältigung, motivationale Klärung).

Metaanalysen haben entgegen der im medizinischen Model verankerten Sichtweise einer spezifischen und indikationsgebunden Wirkung psychotherapeutischer Maßnahmen die Erkenntnis erbracht, dass Unterschiede in der Technik sich kaum

auf die Effektivität auswirken. Dass es vielmehr Faktoren der therapeutischen Beziehung sind, die eine gute Therapie ausmachen und die sich als Resonanz (oder Allianz) und überzeugtes und überzeugendes Handeln inszenieren lassen. Wobei immer wieder darauf hingewiesen wird, dass die Persönlichkeit des Therapeuten eine herausragende Rolle spielt, die in der üblichen Forschungsstrategie durch Mittelung über Therapeuten ignoriert wird (Weinberger 2002).

Angesichts dieser Gewichtung von Spezifisch und Allgemein verliert eine schulspezifische Ausrichtung der Therapie an Bedeutung. Sie scheint mehr der Identität des Therapeuten zu dienen. Doch die Austauschbarkeit der Methodik ist ja kein Grund alle Varianten der spezifischen Therapiefaktoren zu beherrschen. Warum soll es nicht persönliche Präferenzen geben. So wie alle Mittelklasseautos heutzutage denselben technischen Standard haben und dennoch manche auf Audi und andere auf VW schwören – obwohl sie sogar den gleichen Motor haben. Vielfalt und Wahlfreiheit macht bekanntlich glücklich (Seligman 2002) und regen zur Kreativität an.

Es scheint ein praxeologische Dilemma zu bleiben: *Wie sollen Therapeuten von ihrer Behandlung überzeugt sein obwohl sie doch wissen ihre Methoden sind austauschbar?* Wo doch Überzeugung eine bedeutende Rolle spielt. Diese Frage ist einfach zu beantworten. Wichtig ist, dass sowohl der Patient als auch der Therapeut die Behandlung als sinnvoll erleben. Da viele Wege nach Rom führen, kann jeder Therapeut den Weg wählen, der zu ihm bzw. zu seiner eigenen gegenwärtigen Entwicklung passt. Dadurch bleibt er authentisch und wirkt überzeugend.

Wie die Therapie für den Patienten sinnhaft wird, lässt sich nicht regelhaft formulieren und hier kommt ein zweites Kriterium für die Wahl der Methodik hinzu. Der Therapeut muss flexibel genug in der Beziehungsgestaltung und in der Handhabung der Behandlungstechnik sein, um den Patienten zu erreichen. Um auf dieser Basis sinn-erfüllt zu handeln, hat der Gestalttherapeut Erv Polster (1987) eine Heuristik entwickelt, die man als Metastrategie bezeichnen kann: das Problem des Patienten, seine biografische Entwicklung dahin und seine Zukunftsvision sollten für ihn in einer Weise verständlich gemacht werden, dass sein Leben sich für ihn wie ein interessanter Roman liest: „Everybody`s life is worth a novel.“

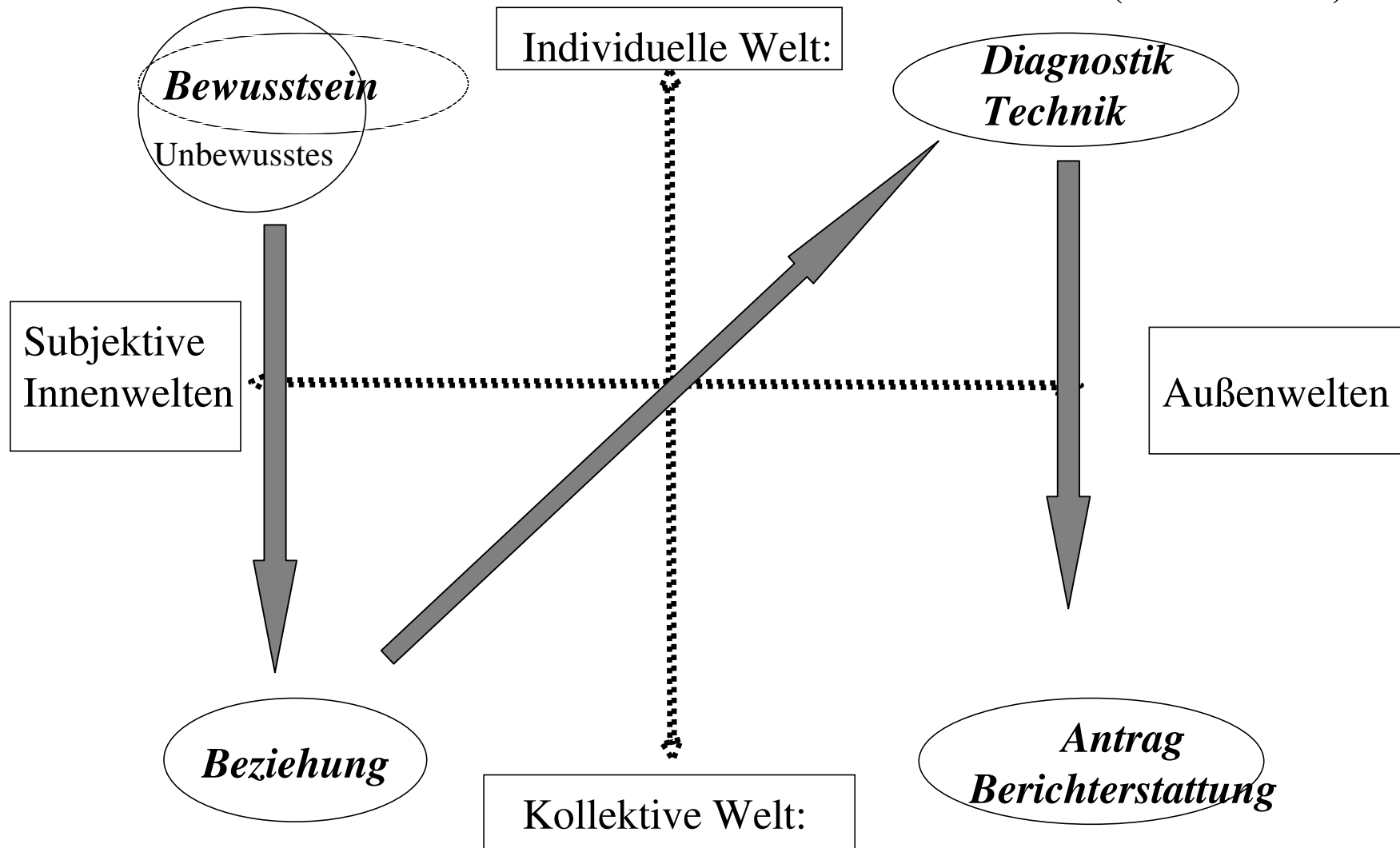
1. Bachrach, HM (1990). The analyst's thinking and attitude at the beginning of an analysis. In: Jacob T, Rothstein A (eds) On beginning an analysis. International University Press, Madison, pp3–26
2. Berns, U. (2006). Psychotherapieausbildung im Licht empirischer Psychotherapieforschung. *Psychotherapeut* 2006 · 51:26–34
3. Buchholz M. B. (2007). Das Können des Unbegrifflichen; ein kleiner Literaturausflug. *Psycho-Newsletter* Nr 59 der DGPT
4. Elkin I et al. (1989) NIMH treatment of depression collaborative research program: general effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982
5. Fiedler, P. (2003). Kritik (nicht nur) der Verhaltenstherapie aus der Sicht eines Verhaltenstherapeuten. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 7, 258 – 271
6. Fiedler, P (1998) *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim; Beltz
7. Frank JD, Frank JB (1991) *Persuasion and healing*: Johns Hopkins Press, Baltimore
8. Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe, Göttingen
9. Grawe K (1998) *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe
10. Hand I (2008) *Strategisch-systemische Aspekte der Verhaltenstherapie. Eine praxisbezogene Systematik in ihren historisch-autobiografischen Bezügen*. Wien Springer
11. Horvath AO, Bedi RP (2002) The alliance. In: Norcross JC (ed) *Psychotherapy relationships that work*. Oxford University Press, New York, pp 37–69
12. Kächele, H (2006) Psychotherapeut/ Psychotherapeutin – Person Persönlichkeit – Funktion. *Psychotherapie* 11, 136-140
13. Kächele, H (2004). Studien zur Validierung von Einzelaspekten der psychoanalytischen Therapie. *Forum Psychoanal* 20:67–71
14. Kahl-Popp, J (2007). *Lernen und Lehren psychotherapeutischer Kompetenz*. Ergon Verlag.
15. Kahl-Popp, J (2004). Lernziel: Kontextbezogene psychotherapeutische Kompetenz. *Gedanken zur psychoanalytischen Ausbildung*. *Forum Psychoanal* 20:403–418
16. Lambert, MJ (1982). *The effects of psychotherapy, Vol. 2*. Human Sciences, New York
17. Lambert, MJ, Barley DE (2002). Research summary on The therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In: Norcross JC (ed) *Psychotherapy relationships that work*. Oxford University Press, New York, pp 17–32
18. Lambert, MJ, Bergin, AE (1994). The effectiveness of psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (Eds). *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th Edn. Wiley, New York, pp 143–189
19. Neuweg, HG (1999). *Könnerschaft und implizites Wissen*.

20. Norcross JC (Ed). Psychotherapy relationships that work. Oxford University Press, NewYork,
21. Polster E (1987) Everybody's life is worth a novel. London: Norton
22. Polanyi, M (1985) Implizites Wissen. Frankfurt Suhrkamp
23. Richter 200X
24. Seligmann M. (2002) Authentic Happiness. Londn: Free Press
25. Wampold, BE et al. (1997) A metaanalysis of outcome studies. Comparing bona fide psychotherapies. Empirically „All must have prizes“. Psychological Bulletin, 122, 203-215
26. Wampold, BE (2001) The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings. Mahwah, New Jersey
27. WBT, Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie der Bundesrepublik (siehe homepage)
28. Weinberger J (2002) Short paper large impact: Rosenzweigs impact on the common factors movement. Journal of Psychithery Integration, 12, 67-76
29. Wilber, K (2000) : Integral Psychology: Consciousness, Spirit, Psychology, Therapy. (dt. Integrale Psychologie)

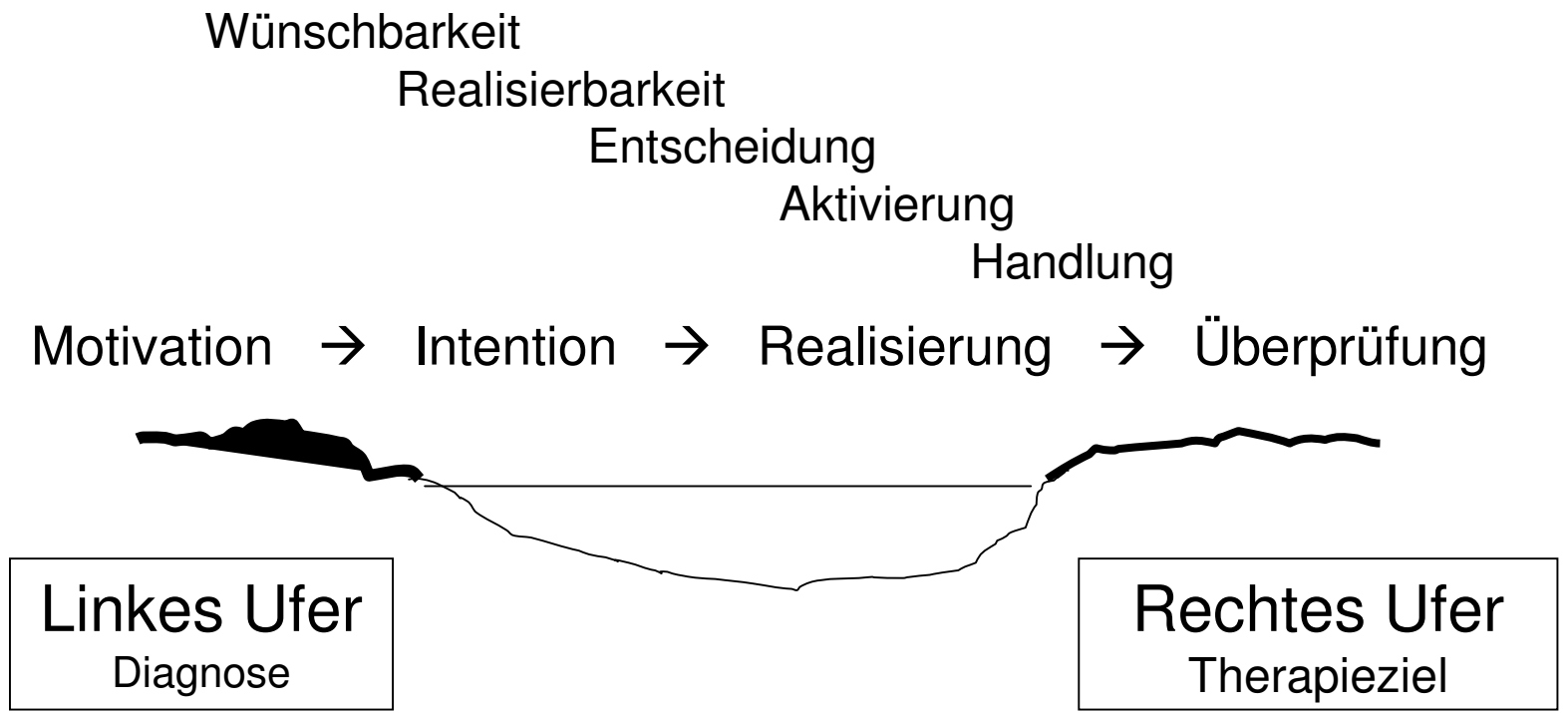
Therapeutische Kompetenz und Methodenäquivalenz

Dirk Revenstorf
Universität Tübingen

Vier nicht reduzierbare Wissensarten (nach Wilber)



Rubikon-Modell (Handlungstheorie)



Therapeutische Kompetenzen

