

# Heilen durch Sprechen. Warum es so schwierig ist, Psychotherapie zu definieren

## oder: Was die psychodynamische Psychotherapie im Innersten zusammenhält

Michael B. Buchholz

### Zusammenfassung

Weder die Suche nach einem „common ground“ noch die Anbindung an wissenschaftliche Programmatiken können definieren, was Psychotherapie ist. Jedem Definitionsversuch kann und wird begründet widersprochen. Die Therapeutik kann sich an das ältere Thema des „Erkenne Dich Selbst“ verpflichten und damit Selbstbestimmung (SB) und dieser förderliche Selbstreflexion (SR) in ihr Zentrum rücken. Die *Unterscheidung*, also eine nicht-materielle Kategorie, zwischen dem, was SB und SR fördert bzw. übersteuert, wird dann zu einer Leit-Maxime der Therapeutik. Therapeuten können diese Unterscheidung immer nur in weiter individualisierter Variation realisieren; entscheidend bleibt, ob ihr Tun dem Ziel von SR und SB förderlich ist oder nicht. Diese Position wird unter Bezug auf empirische Forschungen der Säuglingsforscher und der neueren Forschung zu Therapeuten-Entwicklung deutlich zu machen versucht.

### Schlüsselworte

Selbstbestimmung, Selbstreflexion, Säuglingsforschung, Forschung zu therapeutischer Entwicklung.

### Abstract

Neither the search for a „common ground“ nor the adherence to scientific programmes can define what psychotherapy is. Each attempt for definition can be contradicted. Therapy is obliged to the ancient aim of self-recognition (SR) in the service of self-determination (SD). Thus, SR and SD are at the core of therapy. The task of the therapist is not to add his voice to the many voices distracting a patient from SR

and SD, but to do utterances which can be helpful in promoting SR and SD. This core competence of a therapist depends in itself on her or his own sense of “being on one’s own”. Without such a sense for his own SR and SD no therapy could be conducted. Children at a very early age understand to distinguish between visible behavior and invisible intention which can be expressed in a variety of forms. Therapist and therapy research is invited to focus on these invisible elements and to free themselves from the blindness to which they have been seduced by a bias of visibility.

### Key words

Selfdetermination, selfreflexivity, baby-watching, research in the development of therapists.

### Präambel

Ausgehend von einer Beobachtung eines Patienten und von einer Bemerkung Freuds soll daran erinnert werden, dass Freud Psychoanalyse und Tiefenpsychologie synonym verwandte. Ihre Unterscheidung ist berufspolitisch motiviert gewesen. Das gilt auch, wenn in den USA David Orlinsky Vorschläge für die Unterscheidung von Psychotherapie, Counseling und Coaching macht. Psychotherapie, die sich nur als Technik verstünde, müsste – selbst wenn sie alles richtig „macht“ – alles verfehlen. Was also muss dazu kommen, was die Psychotherapie im Innersten zusammenhält? Mit dieser Frage wird sich der Vortrag ausführlich in drei Richtungen beschäftigen: Die personalen Überzeugungen, die Entwicklungspotentiale und die Gesprächsfähigkeiten von Therapeutinnen und Therapeuten.

### Einleitung

Die Frage nach dem, was „im Innersten“ zusammenhält, war nicht nur für den Dialog von Mephisto und Faust drängend, sie ist es auch für die heutige Psychotherapie. Angesichts einer

Vielzahl von schulischen – und innerhalb der schulischen einer Vielzahl von höchst individuellen – Variationen dessen, was als Psychotherapie praktiziert, gelernt und gelehrt wird, muss jeder Versuch, Psychotherapie einheitlich zu definieren, als aussichtslos (oder als imperialer Anspruch) erscheinen. Auf

psychoanalytischen Kongressen ertönte nach vorgetragenen Fallvorstellungen allzu oft der vernichtende Ausruf „Das ist keine Psychoanalyse!“ – mittlerweile hat man (Blass 2010) gelernt, dass es sich nicht um eine inhaltliche Definition handeln kann, sondern um die bezugsgruppenspezifische Markierung einer Zugehörigkeit bzw. einer Ausgrenzung.

Im verhaltenstherapeutischen Lager sieht die Lage nicht viel besser aus. Schlüter (2005) stellte die Frage, was eine VT zum Gelingen benötige – und ob das dann noch VT sei? Diese Frage besteht zu Recht. Denn in Überblicksarbeiten liest man überrascht: „As in other therapies, the behaviour therapist may be faced with phenomena such as resistance and transference“ (Emmelkamp et al. 2007, S. 65) – und wundert sich, dass zu diesen genuin psychoanalytischen Konzepten von Übertragung und Widerstand auch nicht ein einziger Literaturhinweis erfolgt. Leahy (2001) erwähnt „resistance“ in seinem Buchtitel, gibt aber keinen Hinweis auf die Psychoanalyse. Dunning (2005) umschreibt Widerstand mit einer anderen Metapher als „Roadblocks“, verweist auf „Einsicht“ und reserviert all dies als original kognitive Entdeckung; wir aber wissen, die Forderung des „Erkenne Dich Selbst!“ stammt von den alten Griechen und war Leitmotto des klassisch gebildeten Freud geworden. Fehlt nicht viel, und der Ödipuskomplex taucht in dieser Literatur auf.

Deutschsprachige Lehrbücher der Verhaltenstherapie folgen einem amerikanischen Brauch und übernehmen mancherlei, ohne auszuweisen, dass als Quelle der reiche klinische Erfahrungsschatz der Psychoanalyse sprudelt. Es gibt da auch Kapitel über „Fragetechniken“; sie beschreiben „hypothetisches Fragen“, „zirkuläres“ Fragen oder „paradoxe Fragen“ ohne jeden Hinweis darauf, dass diese Konzepte Mitte der 1980er Jahre von der Mailänder Gruppe systemischer Therapeuten um Mara Selvini-Palazzoli entwickelt worden sind.

Ich nutze diese Beobachtungen, um zwei Fragen anzuschließen. Die erste soll hier nur kurz erwähnt werden, sie ist nicht mein Thema: Was bedeuten Befunde der psychotherapeutischen „Outcome“-Forschung unter solchen Umständen, wenn etwa Verhaltenstherapie gegen Psychoanalyse evaluiert wird? Liest man die entsprechende Literatur dazu, kann man beobachten, dass Beispiele für die jeweils durchgeführten Therapien gegeben werden. Man kann dabei den Eindruck haben, dass unter der Rubrik VT oft als „typisch“ vorgestellte therapeutische Äußerungen zitiert werden, die tatsächlich jedoch kluge psychoanalytische Deutungen enthalten, während unter der Rubrik Psychoanalyse Äußerungen vorgestellt werden, die einen ältlichen patriarchalischen Psychiatriestil präsentieren. Evaluiert man das eine dann gegen das andere, scheinen die Befunde klar. Shedler (2011) gehört zu denen, die ähnliche Beobachtungen mitgeteilt haben.

Die zweite Frage soll hier zum Ausgangspunkt meiner Überlegungen führen. Denn auch die systemische Therapie kämpft um ihre Einheit. Blättert man Zeitschriften wie „Kontext“ oder „Familiendynamik“ durch, merkt man schnell, wie um das gerungen wird, was in einem reichen Kasten an therapeutischem Handwerkszeug die Einheit des Systemischen ausmacht. Seitdem die epistemologische Fundierung im Konstruktivismus ausdiskutiert ist, seitdem Luhmann als theoretische Leitfigur für eine an Personen und nicht nur an Kommunikation ausgerichtete therapeutische Praxis entthront ist, scheint das bestän-

dige Angebot neuer Praktiken die Dringlichkeit der Frage nach dem, was eigentlich das spezifisch „Systemische“ an all dem noch ist, nicht mehr verdecken zu können.

Nicht Prioritätenstreitigkeiten müssen uns also beschäftigen, sondern die Frage danach, was die Einheit sowohl einzelner schulischer Richtungen als auch die Einheit der Psychotherapie insgesamt ausmacht. Die Not klinischer Problemlagen drängt sich in jeden therapeutischen Alltag und findet offenbar verwandte Konzeptualisierungen. Und dennoch gibt es keine Definition von Psychotherapie, die unwidersprochen akzeptiert werden könnte; vielmehr gibt es bei jeder Definition wohlbegründete Kritiken. Ich habe einige davon in meinem Buch „Psychotherapie als Profession“ besprochen (Buchholz 1999)<sup>1</sup>. VT und systemische Therapie suchen nach ihrer Einheit und auch die Psychoanalyse findet sich in einer vergleichbaren Lage. Da ich als Psychoanalytiker mich hier am ehesten auskenne, nehme ich das zum Ausgangspunkt.

## Die Suche nach dem „Common Ground“

In der Psychoanalyse ist die Suche nach ihrer Einheit unter dem Titel des „common ground“ geführt worden. Was der „common ground“ sei, füllt nicht wenige Zeitschriften- und Buchbeiträge. Unverdrossen die Hoffnung, dass man diesen „common ground“ schon finden werde. Eines Tages, in irgendeiner Zukunft. Als auf dem Kongress in Rom 1990 Wallerstein die Frage nach dem common ground hoffnungsvoll aufwarf (Wallerstein 1990), konnte man anschließend Beiträge mit folgenden Titeln lesen:

Oedipus-Complex – the common ground; action language – the common ground; Countertransference – the emerging common ground; – und irgendwie konnte man auch etwas lachen. Über die Gesamt-Konstellation, die da entstanden war! (Vgl.: Feiner und Kiersky 1994, Feldman 1990, Gabbard 1995, Hernandez 1990, Leuzinger-Bohleber 2007). Es gab auch witzige Titel wie z. B. „The common (under)ground on Psychoanalysis“ (Figueira 1990) oder auch ernüchternde Beiträge wie „The illusion of common ground“ (Green 2005). Kurz, damals schon bildete sich genau die Situation ab, die Stepansky neuerdings so prägnant dargelegt hatte: Jeder hält seine Position fürs Zentrum und alles andere für Peripherie (Stepansky 2009).

Natürlich muss man nicht über eine Profession spotten, die sich selbst ungewollt einer solchen Diagnose stellen muss, ja sie sich selbst stellt. Humor ist eher angebracht als Spott. Wo Uneinheitlichkeit als eine Art Krankheit diagnostiziert wird, treten nun Heilkundige auf. Zuerst sind da die Vertreter der empirischen Forschung: Deren Heilungsmittel erweisen sich als nicht so wirksam, wie ihre Handelsvertreter meinen. Wir haben ja nicht nur die Beobachtung, dass es zu jedem empirisch gesicherten Befund irgendwo auf der Welt einen ebenso gesicherten Gegenbefund gibt. Es gibt auch den Umstand, dass die Auswertung genau der gleichen Datensätze zu höchst gegenteiligen Aussagen führt. Ich nenne nur zwei Beispiele. Die große, Mitte der 1990er Jahre unter der Leitung von Irene Elkin (et al. 2006) begonnene Studie am NIMH zur Depression wollte u. a. wissen, ob der Therapeut oder die Methode wirke. Die Gruppe um Elkin entschied, es sei die Methode. Eine Reanalyse der Befunde (Wampold und Bolt 2006, 2007)

des genau gleichen Datensatzes allerdings ermittelte, es sei doch mehr der Therapeut, der da zähle. Ich habe die Auseinandersetzung um diese Studie in meinen „Psycho-News-Letters“ (Buchholz 2009) detailliert dargestellt. Beide Forschungsgruppen sind hochversierte Statistiker, daran kann es also nicht liegen.

Ein zweites Beispiel betrifft die Auseinandersetzung um die RCT-Programmatik.

RCT – das heißt „randomized controlled trials“ und bezeichnet ein Forschungsprogramm, dem sich alle empirisch arbeitenden Psychotherapieforscher gleichsam verpflichtet hatten, obwohl die Validität naturalistischer Studien von Klinikern und Praktikern als weit höher eingestuft wurde. RCT-Studien aber gelten als die höchststufigen, weil hier definierte Störungen mit definierten Programmen bei definierten Populationen in experimenteller Bedingungsvariation gegeneinander verglichen werden und das in einer methodisch rigorosen Weise. Wer eine RCT-Studie für seine therapeutische Richtung ins Feld führen kann, der macht Punkte. Hier scheint man also ein Heilmittel gefunden zu haben zur Klärung strittiger Fragen.

Doch es gibt ein großes Aber! Colin Robson ist Professor für Statistik und Berater der OECD in Paris; er versteht, wovon er spricht. Dieser interessante Autor hat ein interessantes Buch (Robson 2002) mit dem interessanten Titel „Real World Research“ geschrieben, worin er die Geschichte der RCT-Studien in anderen Bereichen vergegenwärtigt. Etwa in der Kriminologie, der Pädagogik, der Evaluationsforschungen, in den Sozialwissenschaften – und feststellt, dass es diesbezügliche Konjunkturen (S. 120 f.) gibt. Mal scheinen alle auf die Pro-Seite zu schwenken, dann sind alle eher skeptisch. Entsprechend werden die Ergebnisse der RCT-Studien selbst wiederum bewertet. Deren Kurse schwanken in nicht geringer, sagen wir: Volatilität. Wer mit der RCT-Programmatik die Chance eines „common ground“ schwinden sieht, gerät in noch größere Verwirrung, wenn Franz Caspar, Nachfolger von Klaus Grawe in Bern, eben diesen Grawe mit den Worten zitiert, der habe mal prognostiziert, der RCT-Ansatz werde sich „zu Tode siegen“ (Caspar 2011). Warum? Caspar erläutert folgendes:

Nun, wir haben ungefähr 400 in diagnostischen Manualen definierte „Störungen“, die nun ihrerseits in Kombination mit anderen Störungen auftreten: Persönlichkeitsstörungen mit Angst, Depression, Phobie, mit Zwang. Alles kann sich mit allem von A-Z kombinieren. Das ergibt schnell eine rasante Steigerung, besonders, wenn es sich um mehr als nur zwei, sondern um drei Kombinationen handelt. Dann ist man in der Welt von zweistelligen Millionengrößen und für alle diese Kombinationen, die ja real klinisch vorkommen, müsste es eine eigene RCT-Studie geben. Kann das auch nur für die Wichtigsten durchgeführt werden? Caspars Antwort lautet: Nein! Denn jede RCT-Studie ist so immens aufwendig, dass die besten Therapieforscher in ihrem beruflichen Leben nur ca. 4–5 davon durchführen könnten. Das reicht also nicht. Das Problem verschlimmert sich, wenn die Definitionen der Störungen, wie jetzt durch die geplante Revision von ICD und DSM, verändert werden sollen; dann müsste genau genommen, so weit Caspar, alles von vorne beginnen!

Man kann weiter überlegen. Das wäre immerhin eine giganti-

sche Arbeitsbeschaffungsmaßnahme für Doktoranden und Habilitanden, aber wüssten wir dann mehr? Die rheinische Karnevalsfrage drängt sich sofort auf: Wer soll das bezahlen? Mit jeder Revision von DSM wuchs die Zahl der diagnostizierbaren Störungen, aber gab es tatsächlich mehr Krankheiten? Mehr Erkrankte? Oder handelt es sich, wie manche Kritiker begründet äußern, um eine Umwandlung von einst als normal erachteten Verhaltens- und Erlebensweisen in einen pathologischen Bereich, für den dann Psychiater und deren Medikamente zuständig werden sollen (Horvitz und Wakefield 2007, Lane 2007)? Und ich füge die Frage an: diese einfache mathematische Kombinatorik von ca. 400 definierten Störungen mit sich selbst – das hätten wir doch auch schon vorher wissen können, oder? Wie kann es sein, dass das erst jetzt „entdeckt“ wird, dass eine solche Programmatik nicht funktionieren kann? Es gab auch früher schon Stimmen, die vom RCT-Rigorous eher gewaltige Flurschäden ausgehen sahen (Barber 2009; Buchholz 2008; Kallert und Schützwohl 2002; Milgrom 2005; Mörtl und Lamott 2010; Nelissen 2011; Rothwell 2005; Stiles 2009; Temoshok 2004; Thompson und Higgins 2005; Westen et al. 2004). Ich liste diese Beiträge hier auf, um dem Mythos zu widersprechen, RCT sei ein „unumstrittenes“ Forschungsprogramm; es wird selbst in der Organmedizin erregt debattiert und man kann sehen, ein „common ground“ ist auch mit den Mitteln der empirischen Forschung nicht deutlich in Sicht, eher Vielfalt und Wirrwarr.

Freud, das kann hier erinnert werden, hatte es leichter. Für ihn war Tiefenpsychologie noch Synonym für Psychoanalyse. Geändert hat sich das berufspolitische Umfeld<sup>2</sup>. Mit der Richtlinienpsychotherapie gab es plötzlich diese Unterscheidung und seitdem tut man so, als ließen sich bestimmten Störungen bestimmte Formen der Psychotherapie in der gleichen Weise zuordnen wie in der Organmedizin. Eine jüngere Kollegin (Mörtl 2010) gibt in einem Überblick einige gewichtige Stimmen der Forschung wieder, die nach Jahren feststellen, im wesentlichen sei die empirische Forschung nicht sehr viel weiter, als die Meister es vor Jahren schon gewusst haben. Selbst wenn man diesem Befund nicht zustimmt, müssen wir dennoch feststellen, dass das Ziel einer einheitlichen Vorstellung von Psychotherapie in weiter Ferne liegt<sup>3</sup>. Vielleicht aber ist es auch, aus noch zu eruiierenden Gründen, ein falsches Ziel?

## Psychotherapie, Coaching, Counseling

Ein analoger Fall ergab sich, als David Orlinsky, einer der Great Old Men der amerikanischen Psychotherapieforschung, 2007 bei einer Tagung der International Coaching Federation in Kalifornien Psychotherapie, Coaching und Counseling voneinander unterscheiden wollte (Orlinsky 2007); Anlass war die berufspolitische Unterscheidung entsprechender Vereinigungen, die Klärung von rechtlichen und von Honorarfragen. Was tun Vertreter dieser drei Gruppen? Orlinsky macht folgenden Vorschlag, den ich hier tabellarisch in meiner deutschen Übersetzung zusammen fasse:

## D. Orlinsky: Typen hilfreicher Psychosozialer Intervention

„Psychotherapie“	„Counseling“	„Coaching“
Heilung von belastenden Störungen	Lösung verwirrender Probleme	Optimierung unrealisierter Potentiale
<i>Durch:</i> Erleichterung des Leidens & Korrektur unangepasster Gewohnheiten, Konflikte, Einstellungen	<i>Durch:</i> Auflösung von Dilemma & Verbesserung strategischen copings	<i>Durch:</i> Entwicklung von Talenten und Verfeinerung wirksamer Skills
<i>Von:</i> Schmerzlicher, symptomatischer (abnormer) Dysfunktion	<i>Von:</i> frustrierender, behindernder (inadäquater) Anpassung	<i>Von:</i> unbefriedigender, begrenzter Handhabung
<i>Zu:</i> Symptomfreier bzw. adäquater Funktionalität	<i>Zu:</i> Kompetenter bzw. normaler Anpassung	<i>Zu:</i> Verstärkter oder herausragender Effektivität

Aber, nachdem das alles so reinlich voneinander geschieden ist, bricht diese Unterscheidung sofort zusammen, als Orlinsky die aktuellen Verhältnisse in der Praxis untersucht.

### Aktuell in der Praxis:

- **Psychotherapeuten** gebrauchen typischerweise eine Mischung von „psychotherapeutischen“ und „Counseling“-Techniken, mit gelegentlichen Elementen des „Coaching“ (z. B. in der Endphase der Arbeit mit Klienten)
- **Counselors** verwenden typischerweise eine Mischung von „Counseling“ mit einigen Elementen der Psychotherapie und des Coaching (abhängig von der Art der Probleme des Klienten und vom Ausbildungsstand des Counselors)
- **Coaches** verwenden typischerweise eine Mischung aus Coaching und Counseling mit gelegentlichen Elementen der Psychotherapie – aber nur dann, wenn der Coach auch ausgebildeter Psychotherapeut ist und wenn Themen auftauchen, die eine psychotherapeutische Bearbeitung erfordern.

Alle den drei Berufsgruppen reservierten Aktivitäten finden sich nun in verschiedenen Mischungsverhältnissen auch in anderen. Das entspricht der realen Lage in der alltäglichen Praxis und die will Orlinsky abbilden. Psychotherapeuten coachen manchmal ihre Patienten, sie klären auch deren Ängste; sie mobilisieren und ermutigen ihre Patienten, bislang unrealisierte Potentiale zu nutzen und die anderen Berufsgruppen machen manches aus der Psychotherapie, auch wenn sie es vielleicht so nicht bezeichnen würden. Dieser Versuch einer Antwort auf die Frage nach dem, was abgrenzend definiert werden könnte, kann nicht gelingen, weil eine von *außen* angetragene Unterscheidung der Berufsgruppenunterscheidung weiterhelfen soll. Dennoch entdeckt man etwas Gemeinsames: die Vorstellung, dass alle drei Berufsgruppen durch die von ihnen eingesetzten

Mittel und Ziele, wenigstens dem Grade nach, unterschieden werden könnten. Unterstellt wird, es gäbe einen festen Zusammenhang zwischen Mitteln und Zielen. Hier setzt Skepsis ein, wenn wir nach dem Innersten beharrlich weiter fragen. Denn solche Mittel-Zweck-Rationalität wäre natürlich *keineswegs das Spezifische* der Psychotherapie, solche Rationalität gibt es allenthalben. Lesen wir im Faust ein kleines bißchen weiter, dann hören wir, wie Mephisto dem suchenden Doktor seine Diagnose mitteilt. Sie lautet:

### „... Fehlt nur das geistige Band“

Ich will diese Diagnose an einer kleinen Episode illustrieren: Ein gebildeter Mann kommt zur Behandlung, weil er, zwischen zwei Frauen stehend, sich nicht entscheiden könne. Er habe allerlei gelesen, teilt er in den ersten Stunden mit, vor allem über kommunikatives Verhalten. Der eine Autor habe ihn seine „Wolfsnatur“ gelehrt; dass er in vielerlei Äußerungen im Grunde nur Gier ausdrücke. Von einem anderen Autor habe er gelernt, wie verschleiern viele seiner Äußerungen seien. Von einem weiteren Autor dies, von noch weiteren jenes. Nach wenigen Stunden kann er sagen: „Ich habe mich beobachtet, ich muss all diesen Leuten Recht geben. Ich kann mein Verhalten studieren und sogar analysieren. Aber auf diese Weise erfahre ich nie, wer ich bin!“ Dieser Satz wird zu einem entscheidenden Wendepunkt. Maskeraden und ebenso gut alles, was sich im Verhalten lernen lasse, seien wesentlicher Teil des Täglichen. „Aber wer bin *ich*?“, wiederholt er und markiert das Territorium, auf dem sich psychodynamische Therapien situieren: „Zuallererst aber ist das Sein“, heißt es bei Winnicott. Über Maskeraden kann man sich kaum besser als bei Shakespeare belehren lassen.

Ich will die Diskussion an dieser Stelle nicht mit der Philosophie des Seins belasten. Es soll die *Unterscheidung* genügen in genau dem Sinn, wie sie dieser Patient gebrauchte. Führt man sie aus, dann ließe sich vom „sein“ in der Verbform sprechen und, in Analogie zu „sich verhalten“ dann auch in der Reflexivform „selbst sein“. Eine kleine Abschweifung zum Philosophen Peter Bieri (2011) wird hilfreich. Er befasst sich mit der wichtigsten Frage jeder psychodynamischen Therapeutik: Wie Selbsterkenntnis und Selbstbestimmung zusammenhängen? Dabei geht es nicht nur um Unabhängigkeit gegenüber Anderen, insbesondere ja familiären Mitmenschen. Und das in einer modernen Welt, die die Fähigkeit der Selbstbestimmung schon in der Werbung vielfach vermarktet und den Philosophen zu enteignen droht; Bieri gewinnt sie zurück durch eine Unterscheidung, die genau die meines Patienten ist. Die Rede von der Selbstbestimmung kann als rhetorisches Manöver aufgeführt werden; dann hätten wir es mit Selbstbetrug zu tun. Das kann also schief gehen, aber es entwertet die Selbstbestimmung keineswegs grundsätzlich. Wir können manipuliert werden und uns selbst manipulieren, etwa durch die Floskeln der alltäglichen Autosuggestion. Doch ein Unterschied, der, den mein Patient machte, bleibt. Bei Bieri liest sich das so:

„Auch wenn meine Innenwelt aufs engste verflochten ist mit dem Rest der Welt, so gibt es doch einen gewaltigen Unterschied zwischen einem Leben, in dem jemand sich so um sein Denken, Fühlen und Wollen kümmert, dass er in einem emphatischen Sinne sein *Autor* und sein *Subjekt* ist, und einem anderen Leben, das der Person nur *zustößt* und von dessen Er-



leben sie wehrlos überwältigt wird, so dass statt von einem Subjekt nur von einem Schauplatz des Erlebens die Rede sein kann. Selbstbestimmung zu verstehen heißt, diesen Unterschied auf den Begriff zu bringen.“ (Bieri 2011, S. 11)

Jetzt können wir einen ersten Gewinn einfahren: Was an der Therapeutik zu definieren wäre, ist, diesen Unterschied zu etablieren, freilich nicht in der Methodik eines philosophischen Seminars, sondern ihn für den Patienten affektiv verbindlich werden zu lassen so, dass die verstrichene Zeit zu seiner (ihrer) *Zeit eigenen Lebens* wird. Selbstreflexion ist dann nicht l'art pour l'art, sondern Mittel, diesen Unterschied fühlbar zu machen, so dass er verbindliche Leitunterscheidung wird dafür, dass ein Patient in die Lage kommt, seine Selbsttäuschungen zu erkennen. Das Selbst (Stein 1979) ist dabei nicht statisch gedacht, sondern konstituiert sich in einem Prozess der Unterscheidung durch einen immer sicherer werden den Sinn dafür, was ich bin und was ich zu sein scheine. Man könnte auch sagen, es geht darum, die eigene Stimme zu finden im Lärm all der Mitschwätzer im eigenen Kopf. Es sage niemand, es gäbe Patienten, die keine eigene Stimme hätten. Ich wende sofort dagegen ein, wenn es solche Menschen gibt, hat man sie als Patienten noch nicht gesehen. Wer therapeutische Behandlung sucht, weiß immer um den Abstand zwischen einer zu leise gewordenen eigenen Stimme und dem, was andere aufdrängen – und leidet daran.

Die wichtigste Maxime für jede Therapie lautet deshalb, dafür zu sorgen, dass die Stimme des Therapeuten nicht zu einer weiteren Fremdstimme wird, sondern dafür, dass der Patient in all dem Wirrwarr seine eigene zu vernehmen beginnen kann. Bieri versichert, und wir können ihm darin doch ganz leicht folgen, dass man spüre, sogar „ganz genau“ spüre, „wo das Gravitationszentrum der eigenen Emotionen liegt, und dass der natürliche, der *einzig* natürliche Kommentar dazu ist: Das ist die *Wahrheit*, so sind die inneren *Tatsachen* und wie sie sind, hängt nicht an irgendeiner naseweisen Geschichte, die ich mir so oder anders zusammenreimen könnte“ (S. 54). Es geht also nicht nur um die Konstruktion einer kohärenten Narration. *Psychotherapie lässt sich in einem solchen Bezugsrahmen nun definieren als jener Einfluss, der Selbstbestimmung fördert im Unterschied zu einem Einfluss, der sie bedroht und unter fremde Ziele stellt.*

Verhalten und Selbst-Darstellung kann man in erheblichem Umfang lernen. Sogar die Pose der Authentizität kann, wie schon die französischen Moralisten zu ihrem Schrecken bemerkt haben (Kleinspehn 1989), vor dem Spiegel einstudiert werden. Original und Kopie lassen sich im Computerzeitalter schon lange nicht mehr unterscheiden. Die Phrase „echt?“ oder ihre Intensivierung „echt ehrlich“ ist längst zum Jargon geworden und jeder weiß, was sie bedeutet: nicht das, was sie besagt. Die Grundbestände des „selbst seins“ drängen in jede Lebensäußerung hinein. Nicht als formulierte Aussagen, nicht als akademischer Diskussionsbeitrag in propositionaler Gestalt, nicht als das, was man lernen und darstellen könnte. Sondern als unkontrollierter Blick, als Fehlleistung oder als Traum, als plötzliches Schwitzen oder Erröten, als Migräneanfall oder als Stottern, als Denkstörung oder als Verknennung, als leibhaftige Äußerung eines unmotivierten Lachens oder als geistige Abwesenheit, als Gehemmtheit oder als Redefluss. Nie können wir uns entledigen, selbst zu sein. Wir können wahrnehmen,

wie andere sich genau darauf einstellen, zu erfassen versuchen, wer wir sind und wie wir fühlen; umgekehrt reagieren wir empfindlich verstört, wenn hier ernste Fehler passieren. Wo Kinder behandelt werden, als wären sie nicht existent, werden sie schwer geschädigt. Gleichgültigkeit ihrer Objekte macht Subjekte leiden.

## Wie Kinder Intentionalität erschließen

Schon sehr kleine Kinder begreifen diesen Unterschied zwischen dem äußeren Verhalten und einem unsichtbaren Inneren. Das lässt sich sogar experimentell zeigen (Meltzoff et al. 1999): Der Entwicklungspsychologie Andrew Meltzoff und seine Mitarbeiter haben ein pfiffiges Experiment dazu ausgedacht, das sie auf einer Tagung in Toronto vorgestellt haben: Vor ein Kind im Alter zwischen 14 und 18 Monaten legt man ein paar typische Kinderspielsachen hin, z. B. Holzkugeln mit einem Loch und eine Lederschnur, Holzringe und einen Holzstab. Das in einem Hochstuhl am Tisch sitzende Kind kann diese Dinge zu Beginn des Experiments noch nicht erreichen. Ein Erwachsener erscheint, der die Kugeln auf die Schnur, die Ringe auf den Stab zu ziehen versucht. Absichtsvoll scheitert er daran und legt die Spielsachen unter Bekundungen lauten Missmutes vor das Kind hin, bevor er den Raum wieder verlässt. Was tut das Kind? Es nimmt die Ringe und zieht sie auf den Stab, es nimmt die Kugeln und fädelt durch deren Löcher die Lederschnur. Soweit scheint das Experiment nur zu verdoppeln, was alle, die Kinder haben, bestätigen werden. Die Pointe ist zunächst die Theorie. Denn was die Kinder da tun, kann ja nicht mit einer Theorie des Beobachtungs- oder Imitationslerns erläutert werden. Das Kind tut ja gerade etwas, das es *nicht* zuvor beobachten konnte. Die Erläuterung dazu heißt vielmehr, dass Kinder dieses Alters bereits in der Lage sind, äußerlich sichtbares Verhalten nur noch als Indikator für etwas zu betrachten, das unsichtbar im Innern der Person verborgen ist. „The work discussed so far has focused on one important aspect of our understanding of intention, the ability to ‘read through’ surface actions to determine the intentions of the person who performed them“ (Meltzoff et al., 1999, S. 31). Diese Fähigkeit, durch das Äußere hindurch zu schauen, kann sich nur auf Beobachtungen an anderen Menschen beziehen.

Meltzoff liess zur Sicherung dieses Befundes eine kleine Maschine bauen, die vor den Augen des Kindes ebenfalls versuchte, die Spielsachen ineinander zu stecken – das Kind verliert nach wenigen Sekunden jedes Interesse. Meltzoff et al. verkneifen sich nicht den kleinen polemischen Hieb: „Evidently, infants are not behaviorists“ (S. 29). Schon sehr kleine Kinder bauen ihr Verständnis anderer Menschen auf dem Unterschied auf, den mein Patient genau so beschrieb, nur dass dieser ihn schon so kommunizieren konnte. Der Unterschied ist der zwischen eigenen Wünschen und der von anderen sowie der zwischen eigener und fremder Perspektive. Aber es gibt auch etwas Gemeinsames, das die Autoren als „like me-ness“ bezeichnen: „Without it, people would not be seen as psychological entities, ‘just like me’. The ‘like me-ness’ of others is the essential foundation for all later social cognition – from the attribution of mental states, to empathy, to moral judgements“ (S. 35).

Tomasello (1999) betont in seinem Beitrag zu der Tagung in Toronto genau den gleichen Punkt: "Thus, following social theorists such as Vico, Dilthey, Cooley, and Mead, the hypothesis is that our understanding of other persons rests on a special source of knowledge that is not available in other cases of knowing: the analogy to the self" (S. 68). Wir haben Informationsquellen darüber, wie sich so ein eigenes Selbst anfühlt, die für andere nicht zugänglich sind, so fährt er fort – als würde er Habermas (1981) zitieren, der das Wort von den „privilegierten Zugängen“ bei der Introspektion geprägt hatte. Wenn ich einen anderen als „like me“ verstehe, dann kann ich diese zusätzlichen Erfahrungen verwenden. Es sind Erfahrungen, die mich als Agens, als Subjekt zur Geltung bringen und die mich andere als intentionale Subjekte verstehen lassen.

Eine ganze Serie der sog. „head-on-box“-Experimente bestätigt genau diesen Punkt. Gergely und Csibra (2005) machten folgenden Versuch: Ein Erwachsener stößt mit dem Kopf gegen eine transparente Box und dabei schaltet sich ein Licht an; das machen Kinder nur dann nach, wenn sie es beobachtet haben. Die Autoren änderten diese einfache Versuchsanordnung so, dass sie Arme und Hände des Erwachsenen für das Kind sichtbar fesselten. Jetzt stößt er ebenfalls mit dem Kopf gegen die Box. Aber jetzt machen die Kinder den Kopfstoß nicht nach, sondern krabbeln auf die Box zu und bewegen den Schalter mit der Hand! Dies einfache und sehr aufschlußreiche Experiment zeigt (Fonagy und Target 2007), dass Lernen keineswegs als Imitation äußeren Verhaltens aufzufassen ist, sondern als ein interpretativer subjektiver Prozess. Das Kind nutzt die Beziehungen zu seinen relevanten Bezugspersonen. Aber es ist schon in diesem jungen Alter weit mehr als eine Reiz-Reaktionsmaschine. Es orientiert sich an verstehbaren Absichten, Verhalten ist ihm nur äußerer Indikator. Es weiß etwas, was es nicht sieht, ja nicht einmal sehen kann. Aber es ist für die soziale Realität von nun an höchst bedeutsam (Fonagy und Target 2007).

Wir orientieren uns an Verhalten, um zu erfahren, wie jemand ist und wie wir selbst sind, wir nutzen in unserer Entwicklung Verhaltensdarstellungen mehr und mehr als Indices für Intentionalität. Kein Psychoanalytiker, sondern ein Forscher, der sich jahrzehntelang mit dem Vergleich der Entwicklung humaner und subhumaner Nachkommen beschäftigt hat, Tomasello (2002, 2009) hat diese Zusammenhänge auf die überzeugendste Weise dokumentiert. Einen seiner wichtigen Befunde kann man kurz folgendermaßen darstellen. Der beschriebene Schritt, andere und sich selbst als intentionales Subjekt zu sehen, vollzieht sich entwicklungsabhängig. Eltern weisen schon dem kleinen Säugling und seinem Gezappel Sinn zu; Shotter und Newson (1982) haben diese Praxis als „Sinn-Infusion“ beschrieben. Sind Kinder jünger als 9 Monate, dann verstehen sie die deiktische Geste des Zeigens noch nicht. Die Mutter zeigt auf etwas, das Kind blickt auf den Finger. Dann findet etwas statt, das Tomasello die 9-Monats-Revolution nennt: Das Kind erkennt, dass der zeigende Finger eine Geste ist, die auf etwas weist, was mit Absicht geschieht. Es beginnt zu verstehen, dass es seinen eigenen mentalen Zustand, seine Aufmerksamkeit nämlich, verändern, auf etwas richten soll – sein Blick folgt jetzt der Zeigegeste. In einem weiteren Entwicklungsschritt nutzt das Kind selbst die Zeigegeste, zeigt auf etwas und sagt laut: „Da!“ Jetzt hat das Kind den unsichtbaren

Sinn der sichtbaren Geste verstanden und nutzt diese Modalität. Schließlich entwickelt das Kind eine als imperial bezeichnete Geste: Es zeigt auf etwas, die Katze vor dem Fenster, aber sein Blick geht zur Mutter. Er kontrolliert, ob der mütterliche Blick dem zeigenden Finger folgt. Das Kind kontrolliert so, ob seine Kontrolle des mütterlichen „mental state“ gelungen ist; es hat eine dokumentierbare Vorstellung davon, dass es von nun an davon ausgeht, dass andere ein (unsichtbares) intentionales Selbst haben und es versucht, Einfluss auf diesen „mental state“ zu nehmen, nicht allein auf sichtbares Verhalten.

## **Sichtbares, Unsichtbares, Intentionalität, Sinn, Selbst**

Kehren wir von diesem kleinen Ausflug in die Säuglingsforschung zurück zur Psychotherapie. Wir können dann die enormen Schritte des Kindes bewundern, wir verstehen allmählich, wie „Geist“ entsteht: nicht als neuronale Produktion eines isolierten Gehirns, sondern in interpersonaler Koproduktion (Fuchs 2008). Hier ist äußerlich Sichtbares immer nur Indiz. Ein riesiger Teil der sozialen Welt reguliert Unsichtbarkeiten und wird von Unsichtbarkeiten reguliert. Kinder kategorisieren, um nur ein Beispiel zu nennen, Spiel und Ernst ab einem bestimmten Alter sehr genau. Sie sagen: „Du bist jetzt wohl ma der Räuber“ und initiieren mit den kleinen Partikel „jetzt“ und „wohl ma“ ihr Wissen darum, dass es sich um ein Spiel handelt. Das wird von anderen verstanden. Sie würden sich wundern, wenn sie zu hören bekämen: „Du bist ein Räuber!“, eine Aussage, die eine andere Intentionalität dokumentieren und eine andere Kontextualisierung konstruieren würde.

Aber unsere akademische Bindung an Sichtbarkeit und Darstellbarkeit, an Beweisbarkeit und Dokumentierbarkeit hat uns in der Psychotherapeutik erblinden lassen für das, was den Kern unserer Bezogenheit ausmacht: wir unterstellen, dass andere „sich“ verhalten in der Sichtbarkeit, immer begleitet von der mitlaufend-unsichtbaren Absicht, als intentionales Subjekt verstanden zu werden. Genau so wollen wir auch selbst verstanden werden. Wer aber, sagen wir: eine Depression nur und ausschließlich auffassen würde durch Auflistung und Zusammenstellung äußerer Merkmale (Schlafstörungen bei großer Müdigkeit, Verstopfung oder Durchfall, Grübeln, Unlustgefühle und Niedergeschlagenheit, Rückzug etc.) würde genau diese zentrale zwischenmenschliche Dimension der Intentionalität verfehlen. Stellen wir uns nur mal vor, dass Jemand im Alltag so dächte! Wer ein Versprechen („morgen um 17 Uhr bin ich da!“) gibt, muss insofern mit sich identisch bleiben können, dass er auch morgen noch der ist, dessen Intention gilt. Wer ein Versprechen gäbe ohne Absicht, es einzuhalten, würde weniger Verhalten beschädigen als vielmehr unsichtbare Identitäten, die auf Erwartungen basieren, dass Erwartungserwartungen Gültigkeit haben. Hier spielen jede Menge Unsichtbarkeiten ihre Rolle. Man sieht, wie erblindet wir im Wettstreit um die Wissenschaftlichkeit von Psychotherapieformen sind. Dass Intention und Darstellung des Verhaltens auseinanderklaffen können, gehört dann zu den menschlichen Möglichkeiten, sie werden überall dort genutzt, wo wir „Theater spielen“ (Goffman 1969). Deren alltagserprobtes Ausei-

inanderklaffen („Danke für den netten Abend!“) aber schafft die strukturelle Basis für das, was unter besonderen Bedingungen dann als Dissoziation (in vielfachen Ausprägungsstärken) bezeichnet wird. Es ist die Absicht, die Verhalten Sinn gibt; es ist Sinn, der auf „selbst sein“ verweist, es ist „selbst sein“, das wir verstanden haben möchten, wenigstens in wichtigen und intimen Momenten. Doch in unseren wissenschaftlichen Auseinandersetzungen tun wir so, als gäbe es dieses Territorium nicht, als könne alles auf dem Territorium des sichtbaren Verhaltens und seiner Darstellung ausgemessen und verglichen werden. Wir haben Schwierigkeiten mit dem Innersten, weil es unsichtbar ist.

Als Ludwig Wittgenstein manche seiner früheren Auffassungen korrigierte, sprach er – darin ganz ähnlich Nietzsche – nicht von der Korrektur eines Irrtums, sondern vom „Abschüteln einer Krankheit“. Eine der „Krankheiten“ der empirischen Outcome-Forschung kommt aus einer schwer unvollständigen Auffassung, wonach Psychotherapie vor allem Sammlung von Methoden und Techniken sei. Helfen wir uns auch hier mit einer Zeile aus dem „Faust“ weiter: „So braucht sie denn, die schönen Kräfte“. Damit in der Therapeutik dieses Territorium wieder „besetzt“ werden kann, braucht es Therapeutinnen und Therapeuten, die ihrerseits eine gesicherte Idee eben davon haben und die sich von der Anklammerung ans Sichtbare allein gelöst haben, die das Sichtbare sozialer Realitäten nutzen, die Schlüsse über bewusste und unbewusste Intentionalitäten ihrer Klienten und Patienten ziehen (mit Bereitschaft zur Fehlerkorrektur, selbstverständlich!), die diese Schlüsse dann für hilfreiche Äußerungen nutzen können, um ihrem Gegenüber deren eigene Stimme vernehmlich werden zu lassen. Therapeutinnen und Therapeuten also, die sich selbst vom angesprochenen *Unterschied* leiten lassen und ihn verbindlich machen können in ihren praktischen Gesprächsführungen, vollziehen selbst Entwicklungsschritte, die sich einigermaßen plastisch beschreiben lassen.

### Die Entwicklung von Therapeuten

Wenn es in der Therapeutik insgesamt also um Selbstbestimmung geht und wir dabei nicht an die im Brustton der Überzeugung vorgetragenen Arten geschwollener Selbstbestimmung denken, wie sie uns die Werbung mit Sprüchen wie „Weil ich es mir wert bin“ vormacht, sondern an eine Selbstbestimmung, die um die großen Schwierigkeiten weiß, die eigene Stimme zu vernehmen *und* zu artikulieren, dann kann eine daran orientierte Therapie nur von Menschen durchgeführt werden, die selbst eine Vorstellung davon haben, was ein solches Selbst sei, das sich im Sinn stiller Hintergrundüberzeugungen mitteilt.

Betrachten wir einmal, was Psychotherapeuten tun. Sie entsprechen in unterschiedlichem Umfang den Bedürfnissen ihrer Patienten. Sie hören aufmerksam und respektvoll, manchmal auch in respektvoller Respektlosigkeit, zu. Sie beruhigen, bieten Trost, einen gewissen Komfort und menschliche Unterstützung. Sie rücken die Symptome eines Patienten so in einen neuen Bezugsrahmen, dass daraus lösbare Probleme oder we-

nigstens tragbare Lasten werden. Sie schlagen manchmal bessere Problemlösungen vor als diejenigen, die der Patient selbst entwickelt hatte. Sie bieten Rat, Information, ihre Lebenserfahrung und in seltenen, aber wichtigen Momenten ihre Weisheit. Sie können schweigen, wenn es erforderlich ist und verschonen ihre Patienten von dem Geschwätz ihrer Umgebung. Das erleben insbesondere depressive Patienten als heilsam, weil ihnen sowieso beständig von anderen gesagt wird, was sie besser zu tun hätten – und bei welchen Patienten finden wir nicht einen mehr oder weniger großen depressiven Anteil?

Aber geht es um Diagnosen nach äußeren Anzeichen? Werden ihre „Interventionen“ – warum verwenden wir eigentlich solche kriegereischen Metaphern, wenn wir uns einfach äußern? – an den Diagnosen von ICD oder DSM orientiert? Nur eine Studie dazu: Döll-Hentschker et al (2006), die 155 Fälle daraufhin untersuchten, wie es eigentlich zu einer Indikations- und Frequenzentscheidung kommt, halten fest, dass es nicht die formale ICD-Diagnose war, der Indikation oder Frequenz zugeordnet werden konnte. Es lassen sich vielmehr verschiedene Formen des Aushandelns unterscheiden, wonach auch ein Patient eine Vorahnung davon hat, was ihn erwartet und diese mit dem Angebot seines Behandlers zu einer Deckung bringen muss, der seinerseits eine Vorahnung hat, die er mit der seines Patienten abstimmen muss. Beide haben ein unbewusstes Wissen – voneinander, vom Prozess, von den zu erwartenden Schwierigkeiten! Das passt gut zu einem Modell von Selbstreflexion und Selbstbestimmung und zum impliziten Wissen. Offenbar kommt es in der Praxis auf therapeutische Integrität an, auf die Fähigkeit, nicht-escalierend mit spannungsgeladenen Angriffen oder Vorwürfen umzugehen, auf Gelassenheit, Sicherheit und Angstfreiheit, auf Verhandlungsfähigkeit, auf Blicke und winzige Gesten. Darin ist das Wissen um störungsspezifische Besonderheiten eingebettet. All diese Fähigkeiten müssen entwickelt werden.

### Können und Wissen

Können erwirbt man durch eigene Praxis, durch Versuch und Irrtum, durch eigenes Herausfinden der Regeln und deren Ansammlung zu einem Erfahrungsschatz. Solcherart erworbene Regeln können immer nur im Nachhinein reflektiert werden. Dabei kann man sich täuschen, wenn man meint, man habe Regeln „angewendet“. Können sieht immer nur so aus, *als ob* es von Regeln geleitet sei. Sie lassen sich *nachträglich* rekonstruieren. Pädagogen haben das gut untersucht (Neuweg 2004). Wenn man Können allein und ausschließlich von Regeln her aufbauen wollte, würde man scheitern. Das gilt sowohl für das gekonnte Öffnen einer Weinflasche, für das Binden von Schnürsenkeln, das Lernen eines Musikinstruments wie auch für das gekonnte Beginnen eines schwierigen Gesprächs. Wer das *nur* (!) aus Regeln lernen wollte, müsste scheitern. Es braucht das embodiment, das körperliche Gefühl für die Zugnotwendigkeit am Korken, für den Eigensinn des Schnürsenkels, für die Handstellung beim Musikinstrument, für die Präsenz des Anderen.

Können, also „knowing“ und nicht „knowledge“, baut sich auf in Stufenprozessen. Wenn ein Supervisand Fortschritte in



einer Supervision macht – wie kann man das merken und wie verstehen? Ist es so, dass er am Ende der Supervision jenes Wissen in seinem Kopf hat, das vorher im Kopf des Supervisors war? Der Sinn der Frage liegt in ihrer Verneinung, aber wie dann? Statt auf knowledge müssen wir auf „knowing“ hinaus. Gute Supervision muss nicht nur *knowledge* vermitteln, sondern implizites Wissen artikulieren und prüfen helfen. In der Pädagogik hat man das Problem erkannt. Es gibt sog. „nicht-saliente“ Lernaufgaben, die sich nicht durch Verfügung über Information auszeichnen, sondern in der Bewältigung einer Handlungsaufforderung. Übersetzungen gehören dazu, der Vergleich zweier Bilder, die Fähigkeit, ein Interview zu führen oder ein Stück nach Noten vom Blatt zu spielen. Wer prüfen will, ob einer das kann, wird sich nicht damit zufrieden geben, sich Regeln erklären zu lassen, sondern den Probanden in eine entsprechende Situation führen. Hier gilt Wittgensteins Maxime: „Denk nicht, schau!“ Wie sind solche Situationen gekennzeichnet?

Tatsachen und Faktoren sind unvollständig, mehrere Muster können gesehen und verschiedene Ziele angesteuert werden; auch ist nicht ganz klar, welche Informationen relevant sind und welche vernachlässigt werden können. Das ist der Fall etwa beim Treffen von Kaufentscheidungen, beim Schachspiel (das Freud als Vergleich für die Anfangsphasen der Psychoanalyse diente) oder beim Autofahren. In all diesen Situationen gibt es zwar ein ungefähres Set von Regeln wie in der Erhebung einer Anamnese oder in den Anfangssituationen einer analytischen Behandlung – aber Können besteht eher darin, Regeln irgendwann hinter sich zu lassen. Was man freilich erst können kann, wenn man lang genug mit verschiedenen Fällen zu tun hatte. Wer wie die Hexe fliegen will, braucht einen Besen, der ja für eine gewisse Ordnung sorgt; die Hexe allein schafft nur Verwüstung und Verführung, der Besen allein ist langweilig. Beide zusammen aber erfordern Meisterschaft. Den Weg dahin gibt Neuweg so an:

„Die bewusste Verarbeitung isolierter Elemente und Regeln, die die ersten Lernstadien kennzeichnet und die sich in Computerprogrammen objektivieren läßt, wird allmählich durch ein nur durch den Menschen aneigenbares holistisches Wahrnehmen ganzer Situationen, durch ‚situatives Verstehen‘ ersetzt, wobei schließlich in der Situation die adäquate Verhaltensweise gleichsam schon mitgesehen wird. Diese Fähigkeit kann nur in einem Prozeß ausgedehnter Erfahrung erworben werden.“ (Neuweg 2004, S. 298)

Die Stufen dieses Prozesses lassen sich im einzelnen angeben: In einem ersten *Novizenstadium* wird der Lernende mit gleichsam ‚schriftlichen‘ Instruktion ausgestattet. Im Prozeß lernt der Novize jene Merkmale kennen, die eine Aufgabe bestimmen. Sie sind *nicht-situational*; sie erfordern gerade nicht, dass der Lernende sich auf die Situation einlässt. Solange er die Merkmale additiv wahrnimmt, erschließt sich die Gesamtstruktur der Situation gerade nicht und ebenso wenig, dass die Bedeutung der einzelnen Merkmale sich erst aus der Wahrnehmung der Gesamtgestalt ergibt. Der Lernende, etwa ein Fahrschüler, lernt weiter kontextunabhängige Regeln. Charakteristischerweise müssen Leute, die dieses Stadium längst hinter sich gelassen haben, sich mühsam daran erinnern, welchen Regeln sie eigentlich folgen – so haben etwa Krankenschwestern,

bei denen jeder Handgriff längst „sitzt“, richtig Mühe, diese Schritte zu lehren.

Der *fortgeschrittene Anfänger* begreift die Wiederkehr einzelner bedeutungsvoller Elemente, die nicht über präzise Definitionsregeln erfassbar sind, sich deshalb auch nicht eindeutig lehren lassen, sondern voraussetzen, dass der Lernende sich im Problemfeld schon länger aufhält. Solche Momente werden als *physiognomische Elemente* bezeichnet, weil sie das „Gesicht“ einer Situation erfassen. Dazu gehören Fähigkeiten von Hundehaltern, verschiedene Arten des Bellens zu unterscheiden oder das, woran wir erkennen, dass ein anderes Auto, das auf eine Kreuzung zufährt, halten wird. Hier müssen Lernende auf präzise Definitionen situationaler Aspekte geradezu verzichten, man muss an Beispielen lernen. Der Lernende bleibt „Pendant“ (Neuweg, S. 306), weil er sich noch an Regeln hält selbst dann, wenn die Gesamtsituation den Regelverstoß verlangt.

Auf der dritten Stufe des *Kompetenzstadiums* begreift der Lernende, dass er mit einer Perspektive an die Situation herantreten muss, die gestattet, die einzelnen Aspekte und physiognomischen Elemente nicht mehr absolut zu nehmen, sondern zu gewichten – aus der Betrachtung der Gesamtgestalt heraus. Autofahrer wollen ankommen und erwägen verschiedene Wege, beschleunigen kurz vor dem Rotwerden der Ampel noch rasch etc. Aber der Lernende benutzt immer noch ein Kalkül, auch wenn sein emotionales Involvement schon weit aus höher ist und als solches bemerkt wird. Denn er fühlt sich verantwortlich für die Wahl eines Plans und auf ihm lasten die Folgen von Entscheidungen.

Im *Stadium des gewandten Könnens* erkennt der Lernende Situationen als Ganzes, erwirbt mit der Fähigkeit zum Handeln auch entschieden Urteilskraft; er durchdenkt Situationen nicht mehr sequentiell step-by-step, sondern handelt auf der Basis eines holistischen Erkennens von situativen Ähnlichkeiten so wie wir Gesichter erkennen, ohne Merkmale im Einzelnen zusammen zu fügen. Der Lernende (Neuweg, S. 309) folgt weniger präzisen Regeln als offenen Maximen. Ein guter Lehrer erkennt sofort, wenn die Arbeit einer Schülerprojektgruppe nicht „läuft“, muss aber hier noch überlegen, wie er eingreift. „die Detailplanung ist aber noch bewußtseinspflichtig“ (Neuweg, S. 310)

Wer zu dieser Stufe gelangen will, kann nicht mehr durch Begrifflichkeit, Analyse und Verbalisierung, unterrichtet werden; er muss vielmehr an prototypischen Situationen lernen. In psychotherapeutischer Weiterbildung käme hier die Konfrontation mit Fallbeispielen in ihrer Vieldeutigkeit und Detailliertheit ins Spiel. Hier auf kontextfreies Regelwissen oder auf Anwendung *allgemeiner* Theorien zu rekurren würde Lernende, die diese Stufe bereits erreicht haben, nur frustrieren.

Im fünften Stadium des *Intuitiven Handelns* wird die Antwort gleichsam automatisch ausgelöst. Nicht mehr auf Elemente wird regelgeleitet reagiert, sondern Elemente haben sich zu komplexen Situationen und Klassen von Situationen gruppiert, für die Handlungsalternativen und Antworten zur Verfügung stehen, die bildhaft und nicht begrifflich (Neuweg, S. 311) im Gedächtnis aufbewahrt sind. Auf dieser Stufe entfällt strategi-



sches Planen gerade, aber Könnern analysieren Situationen natürlich dennoch, nämlich genau dann, wenn sie keine Könnern sind. Sie oszillieren dann zu den Modalitäten früherer Stufen zurück, weil sie ihre Kompetenzgrenzen erkennen und sich in jedem Fall wieder auf das höchste Niveau bringen wollen. Sie iterieren den Prozeß der Könnerschaft immer erneut und immer gekonnter. Könnern wissen um etwas, das Polanyi so ausgedrückt hat:

“We alone can catch the knack of it; no teacher can do this for us.” (Polanyi 1969, S. 126)

(Nebenbemerkung: Der Titel des Buches von Polanyi: “Knowing and Being” verweist auf den hier angesprochenen Zusammenhang, ist aber von einem Naturwissenschaftler in der Nähe des Nobelpreises formuliert worden, nicht von einem Psychotherapeuten). Nicht Planung für die Zukunft, sondern das Erkennen der Rolle der Gegenwart ist hier einer der entscheidenden Lernschritte, Zielorientierung ohne geplante Zielsetzung (Neuweg S. 312).

„Das Subjekt erlebt Handlungsaufforderungen und kommt ihnen nach, ohne sich Ziele zu setzen, nimmt Ungleichgewichte wahr, unvollständige oder sonstwie nicht befriedigende Gestalten, verspürt eine Spannung und versucht sie aufzulösen. Der Handelnde steht nicht über, sondern in der Situation, distanziert sich nicht von, sondern verschmilzt mit ihr. Sein Sinn für Abweichungen von der befriedigenden Gestalt wirkt unmittelbar handlungsauffordernd, ohne dass Sollgestalten als Ziele oder Pläne als Transformationsprozesse dazwischengeschaltet wären.“ (Neuweg, S. 312)

Wir erkennen einen Fehler mancher psychotherapeutischer Ausbildungsideale: Es könnte sein, dass es falsch ist, wenn wir unseren Weiterbildungsteilnehmern das Ideal, *über* den Situationen mit ihren Patienten zu stehen, beibringen; richtiger wäre zu würdigen, wie sehr sie *in* den Situationen stehen. Und dass gerade darin ihre Chance zu Kompetenz, Einfluss und angemessenen Antworten liegt!

## Beziehung und Technik

In meinem Buch „Psychotherapie als Profession“ (Buchholz 1999) habe ich beschrieben, wie „Beziehung“ und „Technik“ gewissermaßen Umwelten füreinander bilden. Ich hatte einmal Gelegenheit, solche Themen mit einer systemischen Kollegin zu diskutieren. Sie meinte, die systemische Fragerichtung helfe ihr da immer gut weiter. Man könne etwa depressive Patienten fragen, wann sie denn *nicht* depressiv seien. Ich kannte die mich immer wieder beeindruckende Kunstfertigkeit systemischen Fragens, aber ich wandte aus meiner klinischen Erfahrung ein, meine depressiven Patienten würden, zumindest in den anfänglichen Stadien, eine solche Frage eher als Kritik auffassen, würden sich verprellt fühlen o. dergl. Dem stimmte die systemische Kollegin zu und wir klärten dann, dass solche Fragen Sinn haben, wenn sie eingebettet sind in ein konversationelles „soft Environment“. Solche Fragen kommen an, wenn sie gleichsam „weich“ gestellt werden; der Therapeut zeigt gerade in seinem einleitenden Gestotter und Gestammel, an der Art, wie er die Technik platziert, an welcher Stelle des

Gesprächs er sie ein- und anbringt, wie viele Anläufe und Reformulierungen er macht, seinen genauen Sinn für die Beziehungsgestaltungsbedürfnisse seiner Patienten. Leider ist diese wechselseitige Einbettung von Behandlungstechnik und Beziehungsgestaltung auf mikroanalytischer Ebene bisher wenig studiert worden. Hier liegt der Ursprung von Kategorienfehlern einer empirischen Forschung, die nur personunabhängig „Technik“ gegeneinander evaluieren will.

Es gibt ein System der Behandlungstechnik und es gibt ein beschreibbares Beziehungssystem. Das System der Technik findet man in Lehrbüchern, das System der Beziehungen kann man beispielsweise entdecken, indem man auf die Gesichtsmimik von Therapeuten und Patienten schaut. Ich denke nicht nur an die bekannten Untersuchungen von Rainer Krause. Ich denke beispielhaft an die Arbeiten von Schwartz und Wiggins (1987) über die Fähigkeit von Therapeuten, das Suizidrisiko bei Patienten einzuschätzen, die gerade wegen eines misslungenen Suizidversuchs stationär aufgenommen worden waren. Befragt man die Therapeuten mit allerlei Fragebögen nach einem Interview mit solchen Patienten, dann ist ihre verbal-epistemische Kompetenz, einen zweiten Suizidversuch vorherzusagen, nicht besonders gut. Videografiert man aber die Gesichtsmimik der Therapeuten während des Interviews, dann werden die Trefferquoten sehr gut. Auf dem Gesicht der Therapeuten zeigt sich, dass sie bei den wirklich Gefährdeten sehr viel mehr Besorgnis erkennen lassen als bei den geringer suizidalen Patienten. Das ist eindeutig eine unbegriffliche, eine unbewusste Beziehungskomponente, das ist nicht Anwendung von Theorie, sondern implizites Wissen. *Hinterher* kann man eine Theorie dazu machen, aber sie kann unmittelbar nicht *angewendet* werden.

Nach meiner Vorstellung (Buchholz 2006a, 2006b) laufen solche Prozesse auf einer Ebene ab, die ich als *prozessual* bezeichne. Der Prozeß, das ist alles, was im Behandlungszimmer geschieht, sichtbar und unsichtbar. Die prozessuale Ebene ist unterlegt von einer *basalen* Ebene, also von den kleinen alltäglichen Voraussetzungen, die wir zum Prozess schon mitbringen müssen. Etwa, dass wir nicht übermüdet sind, aufmerksam und einigermaßen ausgeglichen. Aber auf der prozessualen Ebene muss etwas entscheidend deutlich werden. Die einzelnen kommunikativen Operationen müssen beständig so aneinander anschließen, dass einem Patienten deutlich wird, hier findet Therapie statt und nicht etwa „Flirt“ oder „Kaffeeklatsch“ oder einfach Gequatsche. In der Medizin macht der weiße Kittel sichtbar, dass medizinische Untersuchung stattfinden soll – und nichts anderes. In der Psychotherapie müssen solche Kontextmarkierungen anders gesetzt werden. Aus Untersuchungen (Wolff und Meier 1995) weiß man, dass Therapeuten bei ihren Antworten etwas länger als im Alltag zögern, bis sie sprechen. Es kommt auch vor, dass Therapeuten am Ende eines Erstgesprächs von ihren Patienten so etwas hören wie: „Vielen Dank!“ Die üblichen Reziprozitätserwartungen des Alltags würden erfordern, dass man mit „Gern geschehen“, „nichts für ungut“ oder ähnlichem antwortet. Auswertungen haben gezeigt, dass das so gut wie nie vorkommt. Therapeuten schauen vielmehr ihre Patienten meist schweigend und bedeutungsvoll an, nicken leise mit dem Kopf und machen deutlich, dass sie auch diese Bemerkung ihrer dankbaren Patientin mit

in ihre Überlegungen einbeziehen. Sie gestalten auf diese Weise mit implizitem Wissen eine Beziehung. Sie nutzen das nicht als Technik, sie wenden dazu keine Theorie an. Es ist Teil professioneller Habitusformation, in deren *Umwelt* dann Theorie vorkommt. Solche Kontextmarkierungen machen Therapeuten aller Schulen.

## Die Studie von Orlinsky und Ronnestad

Wie solche Habitusformation ausgebildet wird, dazu gibt es neuerdings die wunderbare Studie von Orlinsky und Ronnestad (2005). Diese Autoren haben an mehr als 11.000 Therapeuten der ganzen Welt und ganz verschiedener Schulen in Zusammenarbeit mit vielen Beteiligten aus dem Netzwerk der SPR gezeigt, dass es für die Entwicklung von Therapeuten Zeit braucht. Der Entwicklung von Psychotherapeuten wurde, so stellen sie einleitend fest, wenig Aufmerksamkeit gezollt:

“As a rule, the study of psychotherapies has been favored over the study of psychotherapists – as if therapists, when properly trained, are more or less interchangeable.” (S. 5)

Dieses Manko soll nun beseitigt werden, aber dazu muß mit Vorurteilen („bias“) aufgeräumt werden:

“We think that one reason for this relative paucity of research on psychotherapists is an implicit bias in thinking about therapy leading to the assumption that it is basically a set of methods, techniques, or procedures that are efficacious, in and of themselves, in curing or ameliorating psychological and psychiatric disorder ... This bias is supported by a scientific culture of modernity that prizes and emphasizes rationality, objectivity, and mechanisms conceived as impersonal processes ... and that views the personal element or the subjective equation in human experience and relations as a source of error in research to be minimized or controlled (e.g. the placebo effect).”

Wenn Psychotherapie als a-personales Geschehen der Anwendung von Technik und Prozeduren aufzufassen wäre, würde die Bedeutung des persönlichen, impliziten Wissens geradezu eliminiert. Psychotherapie ist somit *nicht* „Anwendung“ von wissenschaftlich ermittelten „Techniken“ auf eine „Störung“. Solcherart erscheint Psychotherapie *nur* den Novizen (in der Terminologie von Neuweg). Therapeuten sehen ihre Profession keineswegs in Analogie zur Wissenschaft, sondern als Privileg, als kreative Kunst und andere vergleichen sie mit religiöser, generativer oder gar magischer Erfahrung. Die empirische Erhebung nun, greift eine antike Tradition bewusst auf:

“Therapeutic work involves therapists not only as participant-observers of their clients’ personal struggles to develop but also as reflectively observing participants in their own professional growth. ... Indeed, judging from their own extensive use of personal therapy ..., therapists may well be the foremost modern practitioners of the Delphic oracle’s injunction to ‘Know thyself’” (S. 16).

Wie wird die Entwicklung therapeutischer Kompetenz durch die große Zahl weltweit befragter Therapeuten selbst beschrieben? Ich fasse die Befunde von Orlinsky und Ronnestad

(2005) hier zusammen. Die Entwicklung therapeutischer Kompetenz beginnt meist in unseren eigenen Familien als *Laien-Helfer*; viele Therapeuten wachsen in Familien auf, in denen ihnen Rollen und Aufgaben naturwüchsiger Therapeutik zuwachsen. Sie werden zuständig für Tröstungen oder Pflege, für Konfliktklärungen, Sündenbockpositionen oder anderes. Wie auch bei Ärzten ist die Berufswahl von Therapeuten familiär mitdeterminiert. So jedenfalls erweist es sich den Befragten im Rückblick. Dem folgt mit Beginn der Ausbildung eine zweite Phase als *beginning students*. Hier interessiert man sich für Theorie und ist bedürftig nach Anerkennung durch die Meister. In dieser Phase wird süchtig nach leicht zu lernenden Techniken – wie etwa, bestimmte Fragen zu stellen usw. – gegriffen, aber wenn man sich davon nicht lösen kann, stagniert die persönliche Entwicklung.

In einer dritten Phase des *basic professional level* hängt man einer und nur einer Theorie an und verteidigt sie mit Zähnen und Klauen und die Befunde der Autoren zeigen deutlich: wer dieses Stadium eines „true believers“ nicht durchgemacht hat, hat eine Chance, später bei den ausgebrannten Zynikern zu landen. In seiner Jugend gleichsam muss man an etwas geglaubt haben und diesen Glauben dann auch wieder aufgeben können, weil man nur dann ein *Novize* wird – viertes Stadium –, dem es schon gar nicht mehr auf Technik ankommt, sondern der einen „sense of being on one’s own“ (Ronnestad und Skovholdt 2003, S. 17) entfaltet – also selbstbestimmt wird in dem von Bieri beschriebenen Sinne.

Novize wird man – also in etwas anderer Terminologie als bei Neuweg – hier *nach* formeller Ausbildung. Viele Therapeuten erinnern sich, erst *nach* ihrer formellen Ausbildung wirkliche Entwicklungsschritte gemacht zu haben, ein empirisch gesicherter Befund, der einem zu denken geben muss. Novizen erleiden einen Schock, weil sie merken, dass die erlernten Techniken kaum halten, was ihnen versprochen wurde.

Der Schock wird überwunden durch den Übergang in die Rolle des *erfahrenen Professionellen*. Der übt seine Profession aus durch Anwendung von Technik und Methode, aber keineswegs rigide oder theoriekonform, sondern die Entdeckung eines persönlichen Stils macht den erfahrenen Professionellen stolz. Hier sieht man eine neue, immer individuelle Balance von Technik und Beziehung entstehen: die Technik wurde ebenso gelernt wie die Theorie, aber sie wird nun zu einer Durchgangspassage, zu einer Leiter, die man nach erfolgtem Aufstieg nicht mehr braucht. Der erfahrene Professionelle lernt, wie manche Patienten für Psychotherapie gewonnen, wie andere engagiert werden müssen und wie man falsche Überzeugungen angeht oder verworrene Vorstellungen klärt und auch, wie man sich manchmal in einer gekonnten Weise mit seinen Patienten verstrickt. Erfahrene Professionelle integrieren ihre Behandlungstechnik in einen sehr viel weiteren Bezugsrahmen, sie verlassen das kollegiale Feld mehr und mehr, wenden sich anderen Themen wie Biographien, der Anthropologie oder der Musik zu und sie begreifen, dass das Spirituelle nicht Spezialgebiet ist, sondern Stufe im persönlichen Entwicklungsprozess. Sie entwickeln ein Wissen, das nicht repräsentativ-verfügend ist, sondern partizipativ und flüchtig; es

muss aktualisiert werden durch den Kontakt zu eigenen Verwundungen. Sie machen die Entdeckung, dass es meist nicht so sehr viel Neues auf dem Laufsteg der therapeutischen Moden gibt, sie haben schon oft Bekanntes als *dernier cri* unter anderen Etiketten gesehen. Wenn sie länger als Auszubildende tätig sind, erreichen sie die „senior professional phase“ und machen die Entdeckung, „too soon to old and too late smart“ geworden zu sein, aber sie entschädigen sich mit einem sicheren Gefühl, das eigene Idiom artikulieren zu können. Der Gefahr einer möglichen intellektuellen Apathie arbeiten sie aktiv entgegen, indem sie sich intellektuell lernfähig zu erhalten versuchen. Ihr Interesse an Kongressbesuchen lässt freilich nach.

## Schlussbemerkungen

Diese Entwicklung spielt sich prozessual ab. In einem Prozess, dem es nicht nur um die förderliche Entwicklung von Patienten geht, sondern auch um den der individuellen Therapeutin und des individuellen Therapeuten sowie der Profession insgesamt. Die Gewinnung von Selbstreflexion und Selbstbestimmung kann nicht als etwas betrachtet werden, das man ein für allemal hätte, sondern ist von Situation zu Situation gefährdet, von Augenblick zu Augenblick flüchtig und stets erneut zu erringen. Selbstreflexion ist nicht ein fester Punkt, den man beständig besetzen könnte, sondern diesen Punkt der Selbstanschauung zu gewinnen ist nicht geringer Teil der Anstrengung, die Selbstreflexion genannt wird. Er verschiebt sich unvermeidlich, jedem Thema gegenüber können sehr verschiedene Gesichtspunkte der Selbstanschauung gegenüber eingenommen werden. Deshalb, wegen dieser Bindung an die Individualität der Selbstbestimmung und wegen der Verbundenheit der „like me-ness“ kann Psychotherapie *allgemein* nicht definiert werden, bleibt gleichwohl *individuell* immer realisierbar. Therapeutische Kompetenzen liegen auf einer prozessualen Ebene des impliziten und personalen Wissens, sie entfalten sich partizipativ, embodied und „embedded“ in Situationen und deshalb flüchtig. Theorie, auch die einer Technik kann und muss diesen Prozess eine Zeitlang begleiten, aber sie kann ihn nicht vollständig definieren oder gar global steuern wollen. – Wozu sind diese Überlegungen gut? Nun, wenn ich in einem Satz zusammenfassen sollte, was die Therapeutik zusammen hält, würde ich antworten: Wir. Dann, wenn wir aus dem Innersten unserer Selbstbestimmung heraus die eigene Stimme reflexiv artikulieren.

## Anmerkungen

<sup>1</sup> Auf der Austauschliste der Society of Psychotherapy Research (SPR) liess Martin Drapeau 2010 ein Paper kursieren, das die verschiedenen Definitionsversuche der Psychotherapie aus der Literatur anschaulich zusammenstellt und auch, wie unbefriedigend diese Lage ist (Drapeau 2010). Aus seiner Sammlung zitiere ich eine Unterscheidung, die zeigt, wie wenig gelingt, was man sich da vorgenommen hat: „Essentially, counseling stresses the giving of information, advice, and orders by someone considered to be an expert in a particular area of human behavior, while **psychotherapy** is a process of helping people discover why they think, feel, and act in unsatisfactory ways. A counselor is primarily a teacher, while a **psychotherapist** is essentially a detective.“ Freud schon sah die

Metapher des „Detektivs“, aber auch die des Chirurgen, des Spiegels, des Bergführers und des Dämonenbekämpfers – eine Analyse solcher metaphorischer Definitionsversuche findet sich bei Buchholz (1996/2003). Psychotherapie wäre somit nicht eine, sondern das Gesamt all dieser (und einiger weiterer) Metaphern, deren Heranziehung selbst wiederum Teil des Prozesses ist, den sie abbilden will. Darin liegt die Schwierigkeit der Definition von Psychotherapie; jede wählt nur einen Aspekt, während jeder erfahrene Therapeut weiß, dass dies alles vorkommt.

<sup>2</sup> Zur Geschichte der berufspolitischen Auftrennung von Tiefenpsychologie und Psychoanalyse in Deutschland siehe Hohage (2008).

<sup>3</sup> Ich erwähne zwei Stimmen, die sich entsprechend äußern: a) “I now have expectations of my own research that often fail to match the reality. I know for many, and certainly for myself, it is easier to compartmentalize our world into neat little boxes. Indeed, our own research methodologies often encourage us to do just that. Yet, when I sit back and look at the whole, I am reminded of the sheer complexity of the psychotherapy endeavor. How could the research on psychotherapy ever follow a linear design when the therapy itself is rarely, if ever, that way? Thus, I still feel strongly that there are new directions to take ...” (Williams 2008, S. 143). Und b) „Die Forschung aber hat etwas von der Vielfalt der Perspektiven nachzubilden, um zu einem der Realität angemessenen komplexen Prozessmodell vorstoßen zu können“ (Jakobsen et al. 2007, S. 139f.). Forschung in der Psychotherapie, so wird hier ganz nebenbei gesagt, folgt der Praxis, nicht umgekehrt!

## Literatur

- BARBER, J. (2009). Toward a Working Through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy Research* 19, S. 1–12.
- BIERI, P. (2011). Wie wollen wir leben? Unruhe bewahren. 1. Aufl. St. Pölten (Residenz).
- BLASS, R. B. (2010). Affirming 'That's not psycho-analysis!' On the value of the politically incorrect act of attempting to define the limits of our field. *Int. J. Psychoanal.* 91, S. 81–99.
- BUCHHOLZ, M. B. (1996/2003). Metaphern der 'Kur'. Qualitative Studien zum therapeutischen Prozeß (2. Auflage 2003). Giessen (Psychosozial-Verlag).
- BUCHHOLZ, M. B. (1999). Psychotherapie als Profession. Giessen (Psychosozial-Verlag).
- BUCHHOLZ, M. B. (2006a). Psycho-News II – Neue Briefe zur empirischen Erweiterung der Psychoanalyse. Giessen (Psychosozial-Verlag).
- BUCHHOLZ, M. B. (2006b). Supervision – Die Entwicklung professioneller Therapeuten und die Bewältigung therapeutischer Paradoxien. In: M. B. BUCHHOLZ & G. GÖDDE (Hg.). Das Unbewußte in der Praxis – Erfahrungen verschiedener Professionen. Das Unbewußte Band III. Giessen (Psychosozial-Verlag).
- BUCHHOLZ, M. B. (2008). Was ist eine methodisch adäquate Wirksamkeitsstudie? Zum Stand einer Kontroverse. *PTT Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie* 12, S. 12–22.
- CASPAR, F. (2011). Editorial: Hat sich der störungsspezifische Ansatz in der Psychotherapie „zu Tode besiegt“? *PPmP Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 61, S. 199.
- DÖLL-HENTSCHKE, S., REERINK, G., SCHLIERF, C. & WILDBERGER, H. (2006). Zur Einleitung einer Behandlung: Die Frequenzwahl. *Psyche – Z Psychoanal* 60, S. 1126–1144.
- DRAPEAU, M. (2010). Psychotherapy, Counseling, coaching. Paper. SPR-List.
- DUNNING, D. (2005). Self-insight: Roadblocks and detours on the path to knowing thyself. New York (Psychology Press).
- ELKIN I., FALCONNIER, L., MARTINOVICH, Z. & MAHONEY, C. (2006). Therapist effects in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Psychotherapy Research* 16, S. 144–160.
- EMMELKAMP, P. M. G., VEDEL, E. & KAMPHUIS, J. H. (2007). Behaviour Therapy. In: C. Freeman & M. Power (Hg.). *Handbook of Evidence-Based Psychotherapies. A Guide for Research and Practice*, S. 61–83. San Francisco/Chichester/Weinheim (John Wiley).
- FEINER, K. & KIERSKY, S. (1994). Empathy. *A Common Ground. Psychoanalytic Dialogues* 4, S. 425–440.



- FELDMAN, M. (1990). Common Ground: The Centrality of the Ödipus Complex. Intern. J. Psychoanal. 71, S. 37–48.
- FIGUEIRA, S. A. (1990). Common (Under)Ground on Psychoanalysis: The Question of a Weltanschauung Revisited. Intern. J. Psychoanal. 71, S. 65–75.
- FONAGY, P. & TARGET, M. (2007). Playing with reality: IV. A theory of external reality rooted in intersubjectivity. Int. J. Psychoanal. 88, S. 917–937.
- FUCHS, T. (2008). Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. Stuttgart (Kohlhammer).
- GABBARD, G. O. (1995). Countertransference: the emerging common ground. Intern. J. Psychoanal. 76, S. 475–485.
- GERGELY, G. & CSIBRA, G. (2005). The social construction of the cultural mind: Imitative learning as a mechanism of human pedagogy. Interaction Studies 6, S. 463–481.
- GOFFMAN, E. (1969). Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag. München (Piper).
- GREEN, A. (2005). The illusion of common ground and mythical pluralism. Int. J. Psychoanal. 86, S. 627–632.
- HABERMAS, J. (1981). Theorie des kommunikativen Handelns. 2 Bde. Frankfurt/M. (Suhrkamp).
- HERNANDEZ, M. (1990). Common Ground: An Analytic Break and its Consequences. Intern. J. Psychoanal. 71, S. 21–29.
- HOHAGE, R. (2008). Niederfrequenz und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. In: K.-A. Dreyer (Hg.). Niederfrequente psychoanalytische Psychotherapie. Theorie, Technik, Therapie, S. 85–106. Stuttgart (Klett-Cotta).
- HORVITZ, A. V. & WAKEFIELD, J. C. (2007). The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder. Oxford/New York (Oxford University Press).
- JAKOBSEN, T., KNAUSS, A. P., SCHNEIDER, R., HUNZIKER, H. & KÜCHENHOFF, J. (2007). Eine komparative Kasuistik auf der Grundlage quantitativer Ergebnismessungen und qualitativer Prozessbeschreibungen als Beitrag zum Verständnis therapeutischer Prozesse. Psychother. Soz. 9, S. 119–143.
- KALLERT, T. W. & SCHUTZWOHL, M. (2002). Randomisierte kontrollierte Studien in der psychiatrischen Versorgungsforschung: Probleme der Durchführungspraxis. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 70, S. 647–656.
- KLEINSPEHN, T. (1989). Der flüchtige Blick. Sehen und Identität in der Kultur der Neuzeit. Reinbek (Rowohlt).
- LANE, C. (2007). Shyness – How Normal Behavior Became a Sickness. New Haven/London (Yale University Press).
- LEAHY, R. (2001). Overcoming resistance in cognitive therapy. New York (Guilford Press).
- LEUZINGER-BOHLEBER, M. (2007). Forschende Grundhaltung als abgewehrter 'common ground' von psychoanalytischen Praktikern und Forschern? Psyche – Z Psychoanal 61, S. 966–994.
- MELTZOFF, A. N., GOPNIK, A. & REPACHOLI, B. M. (1999). Toddlers' Understanding of Intentions, Desires and Emotions: Explorations of the Dark Ages. In: P. D. ZELAZO, J. W. ASTINGTON & D. R. OLSON (Hg.). Developing Theories of Intention. Social Understanding and Self-Control, S. 17–42. Mahwah, NJ/London (Lawrence Earlbaum).
- MILGROM, L. R. (2005). Are randomized controlled trials (RCTs) redundant for testing the efficacy of homeopathy? A critique of RCT methodology based on entanglement theory. J. altern. Compl. Med. 11, S. 831–838.
- MÖRTL, K. (2010). Tagungsbericht. Integrative Trends in der Psychotherapieforschung: Das 41. International Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Psychother. Soz. 12 (Heft 2), S. 95–101.
- MÖRTL, K. & LAMOTT, F. (2010). Wie wird Verständigung in der Psychotherapieforschung gemessen? Ein Plädoyer für triangulierende Forschung. Psychother. Soz. 12 (Heft 2), S. 7–29.
- NELISSEN, C. H. M. (2011). Studying and researching psychotherapy: the process-structure method. The British Journal of Psychotherapy Integration 8 (Heft 1), S. 47–59.
- NEUWEG, G. H. (2004). Könnerschaft und Implizites Wissen. Zur lehr-lern-theoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis. Münster (Waxmann-Verlag).
- ORLINSKY, D. E. (2007). Collaborative Research: How Different Are Coaches and Therapists? International Coaching Federation. Long Beach, CA, Nov. 2007.
- ORLINSKY, D. E. & RONNESTAD, H. (2005). How Psychotherapists Develop. A Study of Therapeutic Work and Professional Growth. Washington (American Psychological Association).
- POLANYI, M. (1969). Knowing and Being: Essay by Michael Polanyi, ed. Marjorie Green. Chicago (University of Chicago Press).
- ROBSON, C. (2002). Real World Research. Oxford (Blackwell Publishing).
- RONNESTAD, M. H. & SKOVHOLT, T. M. (2003). The Journey of the Counselor and Therapist: Research Findings and Perspectives on Professional Development. Journal of Career Development 30 (Heft 1), S. 5–44.
- ROTHWELL, P. M. (2005). External Validity of Randomized Controlled Trials: "To whom do the results of this trial apply?". Lancet I 365, S. 82–93.
- SCHLÜTER, T. (2005). Was benötigt eine Verhaltenstherapie zum Gelingen – und ist das noch Verhaltenstherapie? In: O. F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (Hg.). Wir: Psychotherapeuten über sich und ihren "unmöglichen" Beruf. Stuttgart/New York (Schattauer).
- SCHWARTZ, M. A. & WIGGINS, O. P. (1987). Typifications: The first step for clinical diagnosis in psychiatry. J. Nerv. Ment. Dis. 175, S. 65–77.
- SHEDLER, J. (2011). Die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie. Psychotherapeut 56, S. 265–277.
- SHOTTER, J. & NEWSON, J. (1982). An ecological approach to cognitive development: implicate orders, joint actions and intentionality. In: G. Butterworth & P. Light (Hg.). Social Cognition. Studies of the Development of Understanding. Brighton (The Harvester Press).
- STEIN, H. (1979). Psychoanalytische Selbstpsychologie und die Philosophie des Selbst. Meisenheim am Glan (Anton Hain).
- STEPANSKY, P. E. (2009). Psychoanalysis at the margins. New York (Other Press).
- STILES, W. B. (2009). Responsiveness as an Obstacle for Psychotherapy Outcome Research: It's Worse Than You think. Clin. Psychol. Sci. Prac. 16, S. 86–91.
- TEMOSHOK, L. R. (2004). Rethinking research on psychosocial interventions in biopsychosocial oncology: an essay written in honor of the scholarly contributions of Bernard H. Fox. Psychooncology 13, S. 460–467.
- THOMPSON, S. G. & HIGGINS, J. P. T. (2005). Can meta-analyses help target interventions at individuals most likely to benefit? Lancet I 365, S. 341–346.
- TOMASELLO, M. (1999). Having Intentions, Understanding Intentions, and Understanding Communicative Intentions. In: P. D. ZELAZO, J. W. ASTINGTON & D. R. OLSON (Hg.). Developing Theories of Intention. Social Understanding and Self-Control. Mahwah, NJ/London (Lawrence Earlbaum).
- TOMASELLO, M. (2002). Die kulturelle Entwicklung des menschlichen Denkens. Zur Evolution der Kognition. Frankfurt (Suhrkamp).
- TOMASELLO, M. (2009). Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation. Frankfurt (Suhrkamp).
- WALLERSTEIN, R. S. (1990). Psychoanalysis: The Common Ground. Intern. J. Psychoanal. 71, S. 3–20.
- WAMPOLD, B. E. & BOLT, D. M. (2006). Therapist effects: Clever ways to make them (and everything else) disappear. Psychotherapy Research 16, S. 184–187.
- WAMPOLD, B. E. & BOLT, D. M. (2007). Appropriate estimation of therapist effects: one more time. Psychotherapy Research 17, S. 256–258.
- WESTEN, D., NOVOTNY, C. M. & THOMPSON-BRENNER, H. (2004). The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. Psychol. Bull. 130, S. 631–663.
- WILLIAMS, E. N. (2008). A psychotherapy researcher's perspective on therapist self-awareness and self-focused attention after a decade of research. Psychotherapy Research 18, S. 139–147.
- WOLFF, S. & MEIER, C. (1995). Das konversationsanalytische Mikroskop: Beobachtungen zu minimalen Redeannahmen und Fokussierungen im Verlauf eines Therapiegesprächs. In: M. B. BUCHHOLZ (Hg.). Psychotherapeutische Interaktion – Qualitative Studien zu Konversation und Metapher, Geste und Plan. Opladen (Westdeutscher Verlag).

Eröffnungsvortrag anlässlich des 42. Integrativen Seminars für Psychotherapie, Bad Gleichenberg, 23.–28.10.2011.

#### Autor und Korrespondenzadresse

**Michael B. Buchholz**, Dipl.-Psych., Dr.phil., Dr.disc.pol., Professor, Fachbereich Sozialwissenschaften Univ. Göttingen, Gastprofessor International Psychoanalytic University (IPU) Berlin, Lehranalytiker DPG und DGPT Göttingen. Schlesiererring 60, D-37085 Göttingen, Tel. 485898  
E-Mail: Buchholz.mbb@t-online.de