

Renate Sannwald / Michael Schulte-Markwort /  
Franz Resch (Hg.)

# Psychotherapeutische Fertigkeiten

Vandenhoeck & Ruprecht





Sannwald / Schulte-Markwort / Resch, Psychotherapeutische Fertigkeiten

Renate Sannwald  
Michael Schulte-Markwort  
Franz Resch

# Psychotherapeutische Fertigkeiten

Mit 5 Abbildungen und 16 Tabellen

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

ISBN 978-3-525-46264-5

ISBN 978-3-647-46264-6 (E-Book)

© 2013, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen /

Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Bristol, CT, U.S.A.

[www.v-r.de](http://www.v-r.de)

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Printed in Germany.

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

Druck und Bindung: ☉ Hubert & Co., Göttingen

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

## Inhalt

Vorwort .....	7
<i>Michael Schulte-Markwort</i>	
Zuhören und Sehen .....	9
<i>Eginhard Koch</i>	
Verstehen .....	23
<i>Jürgen Körner</i>	
Deuten .....	37
<i>Volker Kraft</i>	
Lernen und Logik psychotherapeutischer Kompetenz ....	53
<i>Franz Resch</i>	
Abstinentsein und Handeln in der Psychotherapie .....	73
<i>Inge Seiffge-Krenke</i>	
Arbeitsbündnis und Übertragung in der psycho- therapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen .....	97
<i>Benno Graf Schimmelmann</i>	
Medikamentengabe und Psychotherapie .....	117
<i>Renate Sannwald</i>	
Das Beenden der psychotherapeutischen und psychoanalytischen Behandlung .....	133
Ausblick .....	155
Die Autorinnen und Autoren .....	157



## Vorwort

Die Idee zu diesem Buch entstand auf den 9. *Langeooger Psychotherapietagen des Kindes- und Jugendalters*, die 2011 unter dem Thema »*Psychotherapeutische Fertigkeiten*« stattfanden. Michael Schulte-Markwort und Franz Resch beschlossen, sich auf dieser Tagung jenseits der psychotherapeutischen Schulen mit den basalen Fertigkeiten zu beschäftigen, die jeder Psychotherapeut als Handwerkszeug in seiner täglichen Arbeit benötigt und die er im Laufe seines Berufslebens weiter entwickelt und verfeinert.

Michael Schulte-Markwort berichtete in seiner Eröffnungsrede, ihn habe als kleinen Jungen sehr intensiv die Frage beschäftigt, ob es nicht möglich sei, die Welt mit den Augen der Anderen zu sehen. Er hatte die Vorstellung, er könne sich als kleiner Mensch in den Kopf der anderen Menschen – hinter die Augen – stellen und von dort aus die Welt sehen. Wir sind alle mit der Frage befasst, wie kongruent unsere eigene Wahrnehmung und das eigene Verständnis des Patienten mit dessen Wahrnehmung und dessen Verständnis von sich selbst und seiner Welt sind. Unterschiedliche Sichtweisen und die Frage, ob wir darüber kommunizieren und vielleicht auch Kongruenz herstellen können, beschäftigen uns jeden Tag. Auch die Beziehungsherstellung, das Deuten, das Lernen, das Handeln, das Abstinenzbleiben und die Beendigung einer Behandlung sind Fertigkeiten, die von Psychotherapeuten täglich angewandt, geübt und elaboriert werden und doch bisher (bis auf einzelne Autoren) weder metapsychologisch konzeptualisiert noch ausführlich wissenschaftlich untersucht worden sind.

In den einzelnen Beiträgen werden folgende Aspekte untersucht:

Zu Beginn befasst sich *Michael Schulte-Markwort* mit dem *Zuhören und Sehen* im Kontext der Durchführung einer Psychotherapie. Danach behandelt zunächst *Eginhard Koch* die Facetten des *Ver-*



*stehens* in der Psychotherapie und im Anschluss *Jürgen Körner* das *Deuten*. *Volker Kraft* widmet sich dem *Lernen und Anleiten zum Lernen* in der Psychotherapie, wobei er sowohl die Lernprozesse des Patienten untersucht als auch das Lernen des Psychotherapeuten im Laufe seiner beruflichen Tätigkeit. Danach schreibt *Franz Resch* über die wichtige und notwendige Balance zwischen *abstinent sein und doch handeln*, die in der Durchführung einer Psychotherapie eine zentrale Rolle spielt, bevor *Inge Seiffge-Krenke* *Arbeitsbündnisse und Übertragung in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen* thematisiert. *Benno Graf Schimmelmann* befasst sich mit dem kontroversen Thema der *Medikamentengabe* in der Psychotherapie, die gerade bei den sehr kranken Patienten häufig notwendig wird. *Renate Sannwald* schließlich gibt einen Überblick über das *Beenden der Behandlung* und den *Abschied* in der psychodynamischen Psychotherapie.

Wir halten die Auseinandersetzung mit den *psychotherapeutischen Fertigkeiten* für ein Thema von zentraler Wichtigkeit und möchten damit eine Diskussion eröffnen über den *gemeinsamen Boden*, den *common ground*, auf dem wir Psychotherapeuten uns befinden.

Darüber hinaus wollen wir eine Auseinandersetzung über die Entwicklung unserer psychotherapeutischen Fertigkeiten in der Ausübung unserer Profession anregen. Die Reflexion über die Entwicklung unserer Professionalität sollte zu einem wichtigen Bestandteil in der Aus- und Weiterbildung unseres psychotherapeutischen Nachwuchses und bei der Weitergabe unseres Berufes an die nächsten Generationen von Psychotherapeuten werden. Sie ist aber auch für alle derzeit praktizierenden Psychotherapeuten von wesentlicher Bedeutung und sichert die gute Qualität unserer psychotherapeutischen Arbeit.

Renate Sannwald

*Michael Schulte-Markwort*

## **Zuhören und Sehen**

Normalerweise gehen Psychotherapeuten davon aus, dass die wesentliche Grundlage ihrer Arbeit darin besteht, auf der Basis einer bestimmten Theorie schulkonforme Techniken und Strategien anzuwenden. Dabei wird leicht übersehen, dass vor diesen spezifischen psychotherapeutischen Fertigkeiten viel grundlegendere liegen, die mit Zuhören und Sehen zu tun haben. Da es kaum Literatur zu diesem Thema gibt, soll hier untersucht werden, was die Grundlagen des Hörens und Sehens sind und wie sie sich im Rahmen unseres psychotherapeutischen Denkens und Handelns reflektieren lassen.

Der Beitrag beginnt mit einer philosophischen Ebene, um dann auf die biologischen Grundlagen des Sehens und Hörens einzugehen und schließlich mit den emotionalen Aspekten abzuschließen.

### **Philosophische Ebene**

Die philosophische Ebene beginnt mit der zentralen Frage: Sind eigentlich Aussagen über die Außenwelt möglich? Oder sind es nicht doch eigentlich immer nur Konventionen, in denen wir uns bewegen und die das Maximale dessen darstellen, was möglich ist, insbesondere im Bereich der Psychotherapie? Gerade die Medizin geriert sich gern naturwissenschaftlich. Immer wieder stößt man auf die Ansicht von Kollegen, dass bestimmte Dinge bewiesen seien und damit unumstößlich als Wahrheit behandelt werden könnten. Die Physik ist inzwischen längst im Bereich der Metaphysik angekommen, weil Physiker verstanden haben, dass wahrscheinlich die Suche nach den letzten kleinsten Teilchen in dieser Form gar nicht gelingen kann. Jede Wahrnehmung vervollständigt, das heißt: Man kann gar nicht von außen »nur« etwas sehen, dieses »nur« beschreiben und »nur« aufgreifen in einem psychotherapeutischen Prozess. Wenn man sich mit jemandem darüber austauscht, entsteht die Illusion,

man habe tatsächlich ein hohes Maß an Übereinstimmung herstellen können. Aber auch da bleibt die Frage: Wie kann das gelingen? Wie schafft man eine Übereinstimmung über etwas, das man wahrgenommen hat?

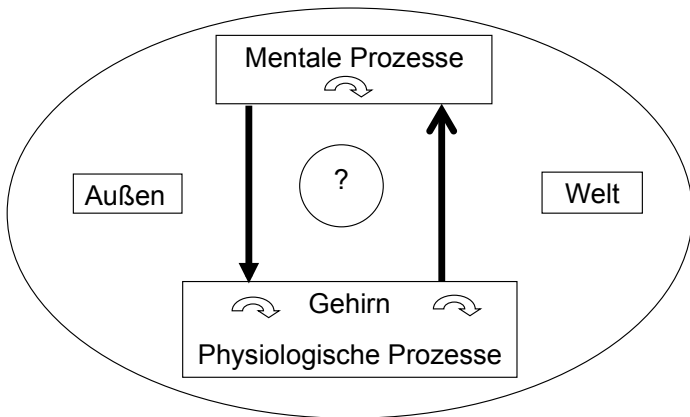
Es gibt eine unauflösbare Koexistenz zwischen Wahrnehmendem und Wahrgenommenem. In Bezug auf die Sinneswahrnehmung ist dies ein besonderes Phänomen: Wahrnehmung selbst ist nämlich nicht wahrnehmbar – man merkt nicht, dass man sieht, man kann es sich nur bewusst machen. Man kann versuchen, sich darauf zu konzentrieren; man kann sich sozusagen ein Bild davon machen, was gerade geschieht, dass man zum Beispiel gerade einen Artikel in einem Fachbuch liest, aber merken kann man es nicht – das ist nicht möglich. Eine Besonderheit der Sinneswahrnehmungen liegt darin, dass sie unmittelbar sind und immer nur mit zeitlicher Verzögerung in einen Verstehensprozess aufgenommen werden können.

Thomas Fuchs, Psychiater und Philosoph, ergänzt diesen Aspekt, indem er sagt: »Subjektivität ist nicht auf die Strukturen neuronaler Prozesse zurückzuführen« (2008, S. 21). Es gibt keine Position und Erkenntnis jenseits der lebensweltlichen Erfahrung. Das ist besonders wichtig im Kontext von Psychotherapie, weil jede Beobachtung ein Vorverständnis hat. Der Wissenschaftstheoretiker Kurt Hübner (1978/2002) aus Kiel überzeugt mit seiner These, dass man jede Wissenschaft auf einen Glaubenssatz zurückführen könne. Ohne einen Glaubenssatz kann sich keine Wissenschaft begründen. Es wird in diesem Zusammenhang oft unreflektiert angenommen, dass Aussagen über die Außenwelt tatsächlich möglich seien. Diese metaphysischen Grundannahmen werden in ihrer Bedeutung häufig vernachlässigt und gar nicht als solche eingeordnet. In der Psychotherapie gilt dieser Hinweis auf besondere Weise, weil manche unserer Hypothesen per se schon metaphysisch sind, nicht selten aber als nachweisbare Wahrheiten der menschlichen Psyche behandelt werden. Jede Beobachtung hat ein Vorverständnis – ein persönliches auf der Basis der individuellen Lebens- und Berufserfahrung und ein theoretisches. Über die theoretische Grundlegung und die Bedeutung des sich daraus jeweils ableitenden Vorverständnisses hinaus gilt es, der Frage nachzugehen, wie viel Neues innerhalb eines theoretischen Rahmens entdeckbar ist. Können wir überhaupt auf der Grundlage

unseres Erlebens neue Phänomene wahrnehmen und beschreiben, oder sind nicht alle beobachteten Phänomene lediglich ein Hinweis auf oder gar ein Beweis dessen, was wir schon immer dachten?

Thomas Kuhn (1978) hat in seinen Arbeiten über den Paradigmenwechsel von wissenschaftlichen Ansichten sehr eindrucksvoll gezeigt, dass solche Änderungen immer verbunden sind mit der Person des Wissenschaftlers. Das heißt, ein Wissenschaftler beendet seine berufliche Laufbahn oder stirbt, und erst dann kommt es zu einem Paradigmenwechsel. Das ist irrational und hat nichts damit zu tun, dass bestimmte Lehrmeinungen sich als überdauernd oder übertragbar herausgestellt hätten. Die Kontinuität wissenschaftlicher Ansichten ist fast genauso irrational wie die Übernahme von Meinungen in der Bevölkerung. Hermann Dubben und Hans-Peter Beck-Bornholdt (2006) haben eindrucksvoll gezeigt, wie Lehrbücher in der Medizin voll fälschlicherweise übernommener Erkenntnisse sind. Damit schließt sich der Kreis wissenschaftlicher Erkenntnis und Objektivität (was immer das ist!) hin zu einer unumgänglichen Subjektivität. Nur in der Anerkennung dieser Subjektivität lässt sich unser Wissen relativieren – und reflektieren.

Was bedeutet das nun auf der individuellen Ebene? Es gibt physiologische Prozesse in uns, in unserem Körper, die das Gehirn beeinflussen. Das Gehirn beeinflusst physiologische Prozesse unter anderem durch die Steuerung hormoneller Prozesse oder durch die unmittelbare Weitergabe und den Ausdruck von Gefühlen (wenn beispielsweise Angst sich im peripheren Cortisolspiegel niederschlägt). Seinerseits ist das Gehirn selbst in kreisenden Bewegungen und Strukturen gefangen wie durch die wechselseitige Beeinflussung von Wahrnehmung und Gedächtnis – im limbischen System oder in anderen neuronalen Prozessen – und ist abzugrenzen von mentalen Prozessen, unter denen wir Metaprozesse des Denkens verstehen wie auch die Wahrnehmung von »ich«. Dabei taucht die Frage auf: Wo ist eigentlich das Ich in diesem Kontext? Das Ich ist wahrscheinlich zwischen diesen verschiedenen Prozessen zu denken. Die philosophischen und neurokonstruktivistischen Diskussionen darüber, wo und wie eigentlich das Ich als Prozess des Gehirns entsteht, sind sehr komplex. Das modifizierte Modell von Thomas Fuchs (2008) veranschaulicht diesen Prozess (Abbildung 1).



**Abbildung 1:** Schematische Darstellung des Zusammenhangs von Gehirn und mentalen Prozessen

Die Komplexität ist so hoch, dass unser Denkvermögen gar nicht ausreicht, um sich diese Zusammenhänge vorzustellen, zu reflektieren, wie sie jeweils untereinander verknüpft sind, und dass dies alles dann auch noch in einer Außenwelt stattfindet. Wir leben unter einem neurowissenschaftlichen Diktat – könnte man provokativ sagen. Alle Wissenschaften, gerade auch die der Psychotherapie (und Klinik), nutzen neurowissenschaftliche Ergebnisse, insbesondere die der bildgebenden Verfahren. Wer sich damit einmal beschäftigt hat, weiß, dass am Ende lediglich mathematische Modelle zugrunde liegen, sowohl bei der funktionalen Magnetresonanztomographie (fMRT) als auch beim Diffusion Tensor Imaging (DTI) oder Ähnlichem. Oft halten wir diese mathematischen Modelle tatsächlich für anatomische Realität. Damit werden nicht selten Ätiologie (Ursache) und Genese (Entstehung) verwechselt. Man sieht ein fMRT-Bild und sieht beispielsweise am Hirnstamm von Legasthenikern: je dunkler die Farbgebung (Chandrasekaran, Hornickel, Skoe, Nicol u. Kraus, 2009), desto höher die Amplitude (was gemäß der zugrunde liegenden Hypothese bedeutet, dass mehr Aktivität in diesen Hirnarealen zu verzeichnen ist). Diese Aktivität wird gleichgesetzt damit, dass Transmitter aktiv sind – als Ausdruck eines intensivierten Blutflusses. Verglichen wurden dabei Kinder, die eine Legasthenie haben, mit

Kindern, die gut lesen können. Als Rezipient dieser Ergebnisse (und insbesondere als Laie) meint man dann zu verstehen, warum diese Kinder eine Legasthenie haben, obwohl das Sichtbarmachen einer vermeintlichen Transmitteraktivität nichts darüber aussagt, woher dieser Unterschied rührt. Die tatsächliche deskriptive Aussage ist relativ banal und bestätigt lediglich die durch eine testpsychologische Untersuchung herbeigeführte Trennung zwischen Kindern mit und ohne Legasthenie. Erst wenn es gelingt, diesen neurokonstruktivistischen Kurzschluss zu überwinden, der weder eine Metaebene noch Vorannahmen hat, könnte sich eine neue Erkenntnis im Sinne eines qualitativen Fortschritts ergeben.

Eine eigene Arbeitsgruppe an der Kinder- und Jugendpsychiatrie am UKE in Hamburg hat sich eine Zeit lang mit DTI-Untersuchungen beschäftigt (Stegemann, Heimann, Düsterhus u. Schulte-Markwort, 2006). Der Vorteil dieser Untersuchungen liegt unter anderem darin, dass man keine hohen Fallzahlen braucht, um signifikante Effekte im Gehirn nachweisen zu können. Die entscheidende Frage ist aber immer, welche Schlüsse aus den mathematisch basierten sichtbaren Phänomenen gezogen werden. Im Rahmen des hier so bezeichneten neurokonstruktivistischen Kurzschlusses werden immer wieder Ätiologie und Genese verwechselt.

## Intermezzo

Bitte diesen Satz nicht lesen!  
Bitte hören Sie mir nicht zu!

Sowohl im optischen als auch im akustischen Bereich gibt es Phänomene (s. Kasten), die uns zeigen, wie Sehen und Zuhören mit dem Mentalen verbunden sind, denn sie verweisen darauf, dass das Mentale etwas aufgreifen kann, was im Bereich der Wahrnehmung ein Widerspruch ist, also logisch betrachtet nicht funktionieren kann. Watzlawicks Satz (1976): »Bitte diesen Satz nicht lesen!«, der diesen Widerspruch in unserer Wahrnehmung aufzeigt, kann man um die Aufforderung »Bitte nicht zuhören!« ergänzen. Dabei wird ein Unterschied zwischen Hören und Sehen deutlich. Den Satz »Bitte

hören Sie mir nicht zu!« muss man hören, bevor man ihn tatsächlich befolgen kann, ähnlich wie beim Sehen, allerdings bleibt die Wahrnehmung hierbei auf den eigentlichen Bereich beschränkt. Das Hören lässt sich in diesem Kontext auch anders (zum Beispiel optisch) ansprechen.

Allerdings kann auch sein, dass es tatsächlich gelingt, nicht zuzuhören, wenn man beispielsweise sehr auf etwas anderes konzentriert ist. Das ist ein weiterer Unterschied zwischen Sehen und Hören. Man kann nämlich nicht wegsehen – nur indem man tatsächlich den Kopf wegdreht oder die Augen verschließt. Weghören kann man auf eine andere Weise. Dieses kann sogar zu einem Abwehrmechanismus werden, was jedem zutiefst vertraut sein dürfte, der mit Kindern arbeitet.

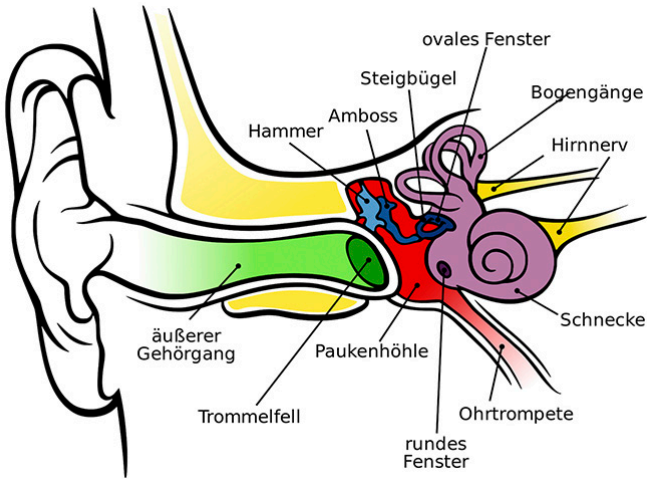
Es gibt viele Metaphern für Sehen und Hören, beispielsweise: »Ein Blick sagt mehr als tausend Worte«. Das ist ein großer Irrtum. Aus einem isolierten Blick ohne die dazu gehörige Mimik kann man nichts ablesen. Wir interpretieren Blicke immer im Kontext der Mimik; Augen als solche drücken nichts aus. Umso mehr fühlen wir uns aufgefordert, den Blick zu interpretieren und damit in die Augen als Zugang zur Seele etwas hineinzulegen, was diese nicht ausdrücken können. Jeder, der beispielsweise in einem OP einmal darauf angewiesen war, lediglich aus den Augen des anderen herauszulesen, in welcher Stimmung sich der andere Mensch befindet, weiß, wie sehr man dabei auf zusätzliche Informationen angewiesen ist.

Sehen ist aber sehr viel mehr als nur die optische Verarbeitung von Informationen. Das Sehen ist eine Metapher für eine Einschätzung, wenn wir beispielsweise sagen: »Wie sehen Sie das?« Wir meinen damit in der Regel: »Wie verstehen Sie das?« »Wie ist Ihr Verständnis von diesem oder jenem Zusammenhang?« Wir sagen aber: »Wie sehen Sie das?« – weil Sehen eine wichtige Sinneswahrnehmung in diesem Kontext ist.

## Biologische Grundlagen

Die biologischen Grundlagen des Hörens sind der Schalldruck und die Schallfrequenz, gemessen in Dezibel und in Hertz. Im Bereich über 16 Kilohertz liegt der Ultraschall. Etwas, das eine Frequenz hat, bezeichnen wir als Ton; ein Klang hat mehrere und ein Geräusch alle

Frequenzen. Zur Veranschaulichung zeigt Abbildung 2 einen Querschnitt durch das Ohr.



**Abbildung 2:** Anatomische Skizze des menschlichen Ohrs im Querschnitt (aus: Chittka u. Brockmann, 2005)

An das Trommelfell schließen sich die drei Gehörknöchelchen (Hammer, Amboss, Steigbügel) an, filigrane Konstruktionen, die dafür zuständig sind, den Ton, der durch die Vibration auf dem Trommelfell entsteht, einerseits weiterzugeben in die Bogengänge, das Gleichgewichtssystem –, in dem dann das Raumhören/Stereo-hören entsteht – und andererseits in die Schnecke, an die sich der Hörnerv anschließt. Der Hörbereich, in dem wir uns normalerweise bewegen, ist der sprachliche Bereich. Es ist durchaus von Bedeutung, mit welcher Frequenz jemand spricht. Ist es eine angenehme oder eine unangenehme Frequenz? Dies ist nicht nur Ausdruck der psychischen Verfassung des Menschen, sondern es kann auch Ausdruck der Anatomie sein. Diese Differenzierung ist bedeutsam, weil Psychotherapeuten geneigt sind, den stimmlichen Ausdruck ihres Gegenübers eher psychologisch zu deuten und weniger als Ausdruck einer anatomischen Besonderheit zu akzeptieren.

Für das Sehen ist das Licht, die elektromagnetische Strahlung zwischen 400 und 750 Nanometer, die Grundlage. Für das Sehen gibt



es drei retinale Rezeptorsysteme: einmal die Stäbchen für das Nachtsehen, die Zapfen für das Tagsehen und schließlich das fotosensitive Ganglion. Zusätzlich gibt es On-/Off- und Intensitätsneurone, die nebeneinander geschaltet am Ende ein Bild entstehen lassen. Der Linse gegenüber liegt der gelbe Fleck, der Punkt des schärfsten Sehens. Das Auge ist ein ausgesprochen filigranes Organ, bei dem ich mich immer wundere, wie wenig anfällig es normalerweise ist. Der visuelle Cortex ist ebenfalls dreifach organisiert: der primäre Bereich, in dem Hell-Dunkel-Qualitäten abgebildet werden, der Bereich für die Konturen und schließlich der für hyperkomplexe Felder. Das fotosensitive Ganglion ist ein Rezeptor, den man erst 1991 (Foster, Provencio, Hudson, Fiske, De Grip u. Menaker, 1991) entdeckt hat und der auf Licht unmittelbar reagiert. Über die Helligkeit werden durch Vermittlung dieses Ganglions Cortisol und Melatonin ausgeschüttet (Kumbalasisiri, Rollag, Isoldi, Castrucci u. Provencio, 2007).

Auf die Unterschiede zwischen dem Sehen und dem Hören wurde schon hingewiesen. So ist zwar zum Beispiel Hören nicht identisch mit Zuhören, Sehen nicht mit Zusehen. Aber Zusehen bedeutet etwas ganz anderes als Zuhören. Bei etwas zuzusehen bedeutet eher, gleichgültig zu sein; es bedeutet nicht, wie beim Zuhören sich besonders konzentriert auf eine Schallquelle oder einen Menschen auszurichten. Zuzuhören ist eine andere Haltung als zuzusehen. Das Zusehen ist etwas Zurückgenommenes, etwas Abwartendes. Darüber hinaus ist Hören ist sehr viel flüchtiger, während ein Bild bleibt und sich auch anders im Gehirn abbilden kann. Dabei gibt es natürlich musikbegabte Menschen, die auch in Tönen leben und für die sich Töne sehr viel mehr abbilden als für andere. Dennoch wirkt für den durchschnittlichen Menschen ein Bild intensiver auf das Gedächtnis als ein Ton. Es gibt auch keine akustischen Täuschungen außerhalb des Wahns. Man kann sich beim Hören irren oder man kann beim Hören bestimmte Dinge für etwas anderes halten, als sie tatsächlich sind, aber wir würden nie von akustischen Täuschungen sprechen wie von optischen Täuschungen.

Ein weiterer wichtiger Unterschied ist, dass man sich selbst nicht hören kann. Das ist zwar mit moderner Technik möglich,

aber etwas anderes, als sich zu sehen. Eine Tonbandaufnahme der eigenen Stimme hat für sich selbst einen ganz anderen Klang als für Außenstehende.

Hören erfordert schnellere Reaktionen und das ist für uns Psychotherapeuten ganz besonders wichtig. Auch ein Bild entsteht innerhalb von Millisekunden, aber wir müssen nicht so rasch darauf reagieren. Wenn jemand eine Frage stellt, muss man darauf viel schneller antworten.

Kommunikation ist darauf angelegt, nicht nur Informationen auszutauschen, sondern – gerade im Kontext von Psychotherapie – Einvernehmen über bestimmte Zusammenhänge herzustellen. Der Satz: »Habe ich Sie richtig verstanden, dass ...?«, gefolgt von der Zusammenfassung dessen, was die Psychotherapeutin verstanden hat, ist Ausdruck des Überwindungsversuchs einer Unmöglichkeit. Ob man jemand anderen »richtig« verstanden hat, lässt sich weder darstellen noch überprüfen. Im besten Fall wird man feststellen können: »Das sind die richtigen Worte für das, was wir jetzt erleben.« Dasselbe gilt für: »Sehe ich das richtig, dass ...?«, oft als eine Metapher angewendet für: »Habe ich Sie richtig verstanden?«

»Sehe ich Sie richtig?« ist eine Frage, die man nicht stellen kann, weil sie unüberprüfbar bleibt. Gerade im Kontext von Psychotherapie gibt es viel Unsicherheit und Distanzierendes. Wahrnehmungen, Sinneswahrnehmungen finden nicht isoliert statt. Es geht nicht nur um Sehen und Hören, sondern hinzu kommt noch eine Fülle an zusätzlichen beeinflussenden Variablen. Ein ungewaschenes Kind, ein ungewaschener Jugendlicher, der vor uns sitzt und stinkt, verändert oder beeinflusst auch mit seinem Geruch die Kommunikation und den Kontakt. Es gibt anschauliche Untersuchungen darüber, die zeigen, was es bedeutet, wenn Menschen sich nicht riechen können (Pritzel, Brand u. Markowitsch, 2003). Gerüche unterstützen unsere Wahrnehmung des Sehens und Hörens und können tatsächlich auf einer vorbewussten Ebene dazu führen, dass man jemanden nicht mag, weil man seinen Geruch nicht erträgt. Schmecken, Fühlen, Bewegen, Spielen – im Rahmen unserer komplexen Sinneswahrnehmung entstehen komplexe Kommunikationsmuster.

Man kann sich nicht »nicht verhalten«. Wenn man einen Patienten im Wartezimmer oder vor der Tür zum Behandlungszimmer

begrüßt, findet immer schon über das Sehen, das Hören, das Bewegen im Millisekundenbereich ein blitzschneller gegenseitiger Austausch von Informationen statt. Und jeder Therapeut hat immer schon geantwortet – mindestens mit einer Bewegung, bevor er überhaupt irgendeinen einen Satz gesagt hat. Wir reagieren auf optische Muster, wir reagieren auf die Sprachmelodie, auf den Geruch von jemandem. Und wir reagieren auf Gewohntes, Ungewohntes, Unerwartetes, Sympathisches, Unsympathisches – all das macht ein unglaublich komplexes Gefüge aus, mit dem wir jeden Tag zu tun haben.

Unsere Sinneswahrnehmungen von Hören und Sehen und Fühlen sind das zentrale Werkzeug, mit dem wir jeden Tag zu tun haben. Deswegen ist es umso überraschender festzustellen, dass hierüber in den Curricula der psychotherapeutischen Ausbildungsinstitute so wenig zu finden ist. Auch unsere eigenen emotionalen Grundlagen als Psychotherapeuten beruhen auf anatomischen Gegebenheiten wie den Spiegelneuronen, dem neuroanatomischen Äquivalent der Einfühlung, die so etwas wie Protokversation entstehen lassen. Wir begegnen einem Menschen – es gibt einen Blickkontakt im Millisekundenbereich –, wir reagieren sofort mit einer kleinen Bewegung, einem winzigen Zucken, und schon haben wir eine bestimmte Botschaft gegeben. Dabei sind wir nicht nur unserer eigenen Mentalisierung ausgeliefert, also der Fähigkeit, das eigene Verhalten sowie das Verhalten anderer Menschen durch Erkennen/Zuschreiben mentaler Prozesse zu interpretieren, so wie wir es in unserer eigenen Menschwerdung oder dem Erwachsenwerden erlebt haben. Man könnte auch darüber diskutieren, ob wir als Psychotherapeuten nicht so etwas wie eine »dritte Mentalisierung« haben, die Fähigkeit, das menschliche Verhalten und/oder Fühlen durch Metatheorien neu zu ordnen. Wie schnell kategorisieren wir einen Menschen aufgrund einer bestimmten Theorie, die wir im Kopf haben? Oder wie sehr können wir uns doch noch den primären Phänomenen zuwenden, dem, was wir wirklich gesehen und gehört haben?

Im Verlauf einer Behandlung oder Diagnostik spielt unser Gedächtnis ebenfalls eine große Rolle. Welche Dinge habe ich mir gemerkt aus den letzten Stunden der Psychotherapie meines Patienten? Welche nicht? Warum habe ich mir bestimmte Dinge nicht gemerkt?!

Und dann gehört natürlich noch der Zeitgeist, in den die Psychotherapieschulen eingebettet sind, zu unseren emotionalen Grundlagen. Welchem Phänomen sind wir dann untergeordnet? Mattejat (2011) hat aufgezeigt, in welchen historischen Kontext man die Entwicklung und Veränderung von Psychotherapie stellen kann und wie sehr sich Psychotherapie und psychotherapeutische Haltungen in den letzten Jahrzehnten verändert haben. Aber wie sehr steuern wir selbst das eigentlich mit? Wie intensiv gestalten wir diese Entwicklung – oder liefern wir uns diesem Phänomen einfach aus? Wie bewusst machen wir das? Mit welchen Erfahrungen hat unser Berufswunsch zu tun?

Und wie weit sind wir in der Lage, wirklich einen Perspektivwechsel zu vollziehen? Was passiert, wenn ein Patient sich nachhaltig meiner Deutung widersetzt? Kann ich mich von dem Patienten überzeugen lassen? Oder bestehe ich auf einer Hierarchie? Wir sind angewiesen auf unsere eigenen Erkenntnismuster, auf unsere Beziehungsmuster, unsere soziale Matrix und unsere Affekte, unsere soziale Referenzierung, auf unseren Bindungstyp – und so sind auch unsere Patienten angewiesen auf unsere Gestaltassoziationen. Es gibt optisches und akustisches Explorieren, es gibt Ekel, Anzogenensein, Verführung, es gibt den optischen Tastsinn – das »Scannen«. Wir benutzen inzwischen manchmal das Wort aus der Computersprache für unsere eigene Physiologie. Der Blickkontakt, die Übertragung – und natürlich Gegen-Übertragung, das heißt die Übertragung des Therapeuten auf den Patienten und dessen unbewusste Wahrnehmung – sind bedeutsam.

Das Wissen über vorbewusste Wahrnehmungsschwellen wird zum Beispiel im Marketing bei Supermärkten oder in Kaufhäusern eingesetzt. Wir bekommen gar nicht mit, mit welcher Musik oder welchen Farbgebungen/Farbmustern wir zu bestimmten Regalen gelenkt werden, wo wir ein Produkt kaufen, das wir ursprünglich gar nicht auf dem Einkaufszettel hatten. Solche Prozesse sind aber auch im normalen psychotherapeutischen Kontext wirksam. »Die Sinneswahrnehmung ist die Eintrittspforte in das Psychische«, hat Bion (1962, S. 308) bemerkt.

Wir Psychotherapeuten täten gut daran, uns viel mehr damit zu beschäftigen und darum zu kümmern, was wir wirklich gemein-

sam gehört, was wir gesehen und verstanden haben und wie wir das Verstandene dann wieder zurücktransportieren an jemanden, der Hilfe von uns haben möchte. Und wie können wir das Verstandene so zurücktransportieren, dass es in irgendeiner Form hilfreich ist?

Greifen wir noch ein Postulat aus der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie/Psychoanalyse auf. Gleichschwebende Aufmerksamkeit lautet die Vorgabe. Jede Psychotherapeutin ist in der Pflicht, sich zurückzunehmen und die Vorgaben der Abstinenz einzuhalten. Aber gleichschwebende Aufmerksamkeit? Nimmt man die Erkenntnisse über die Grundlagen unserer Wahrnehmung ernst, so muss man konstatieren, dass gleichschwebende Aufmerksamkeit sinnesphysiologisch unmöglich ist. Man kann nun darüber streiten, ob sie erstrebenswert ist. Auf welche Aufmerksamkeit hat denn unser Patient ein Anrecht? Auf wie viel Offenheit? Auf jeden Fall hat er einen Anspruch auf möglichst viel Reflexivität – auf die Tatsache, dass ich mich als Psychotherapeut mit dem, was ich tue, immer wieder in Frage stelle. Und dann sind wir, der Patient und der Therapeut, im selben Schema wie anfangs – Subjektivität und vielleicht verbindliche Intersubjektivität. Dies sind gegenseitige mentale Prozesse, die in einem komplexen Wechselspiel stattfinden und in einem Zeitrahmen, den man nicht wirklich wahrnehmen kann. Es geht um Wahrnehmen, Deuten und Sprechen in einem sozialen Umfeld mit bestimmten Peers. Jeder Ausbildungsprozess ist ein Anpassungsprozess. Was geschieht mit einem Widerspruch, auf den ein Ausbildungskandidat die Ausbilderin hinweist? Wie kommen wir eigentlich zu einem Konsens und zu einer gemeinsamen Konvention, wenn doch auch immer wieder unser Subjektives eine ganz entscheidende Rolle spielt? Beliebigkeit auf der anderen Seite der Normierung wäre auch keine Lösung.

Es geht also um die Pforten, unsere eigenen Eintrittspforten, aber auch um die Pforten in die Psyche des Anderen. Es geht vielleicht um verbotene, um verwunschene Pforten. Es geht aber möglicherweise auch um ganz andere Pforten, die zunächst unpassierbar erscheinen und bei denen unklar ist, was sich weiter dahinter verbirgt. Ich möchte den Leser sehr ermuntern, sich in unbekannte Räume zu begeben, sich mehr zu schulen im Sehen, Hören und Wahrnehmen. Eine intensive Beschäftigung damit führt nach meiner Erfahrung

zu mehr Bescheidenheit. Wenn man sich dann intensiv auf Kinder, Jugendliche und ihre Familien einlässt, denkt man vielleicht: »Ich weiß es jetzt auch nicht so genau, ich könnte das in die Theorie X einordnen, ich könnte es in die Theorie Y einordnen, aber ich weiß nicht ganz genau, wie ich jetzt am besten helfen kann.« An dieser Stelle entstehen partizipative Strukturen, die einen gemeinsamen Dialog zwischen Patient und Therapeut ermöglichen. Wenn man allen Beteiligten erklärt, was man warum und vor welchem Hintergrund versteht, kann man über solche partizipativen Strukturen zu gemeinsamen Wahrheiten kommen. Und gemeinsame Wahrheiten sind dann am Ende diejenigen, die helfen. Die Deutungshoheit des Psychotherapeuten ist in gewisser Weise ein »Gewaltmonopol«. Wir müssen uns darüber im Klaren sein, wann wir Deutungen einsetzen, welche Nebenwirkungen sie haben und wann wir sie vielleicht auch nicht einsetzen dürfen. Dies kann nur funktionieren, wenn wir uns in reflexive Zirkel untereinander, aber auch immer wieder in die Selbsterfahrung begeben. (Aber auch das kann ein tautologischer Kreis werden, in dem eigentlich kein neues Verstehen mehr möglich ist.)

Am Ende geht es darum »einzusehen«, Einsicht zu haben, Einsicht in jemand anderen. Es ist ein großer Luxus unseres Berufs, dass Menschen, Kinder (was oft besonders berührend ist) uns immer wieder Einsichten gewähren in ihre Seele. Und wir sind in der Verantwortung, mit diesem Einsehen ganz besonders behutsam umzugehen und uns darüber im Klaren zu sein: Wie gestalten wir den Prozess, was machen wir damit, was übersehen wir? Wie können wir die psychotherapeutische Begegnung dann ganz am Ende verstehen? Täuschungen sind dabei nicht selten.

## Literatur

- Bion, W. (1962). A Theory of Thinking. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 306–310.
- Chandrasekaran B., Hornickel, J., Skoe, E., Nicol, T., Kraus, N. (2009). Context-dependent encoding in the human auditory brainstem relates to hearing speech in noise: Implications for developmental dyslexia. *Neuron*, 64, 311–319.
- Chittka, L., Brockmann, A. (2005), Perception space – The final frontier. *PLoS Biol.* 3 (4): e137. doi:10.1371/journal.pbio.0030137

- Dubben, H., Beck-Bornholdt, H.-P. (2006). *Der Hund, der Eier legt: Erkennen von Fehlinformationen durch Querdenken*. Reinbek: Rowohlt.
- Foster, R. G., Provencio, I., Hudson, D., Fiske, S., De Grip, W., Menaker, M. (1991). Circadian photoreception in the retinally degenerate mouse. *Journal of comparative physiology*, 169, 39–50.
- Fuchs, T. (2008). *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hübner, K. (1978/2002). *Kritik der wissenschaftlichen Vernunft* (4. Aufl.). Freiburg: Karl Alber.
- Kuhn, T. (1978). *Die Entstehung des Neuen. Studien zur Struktur der Wissenschaftsgeschichte*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Kumbalasiri, T., Rollag, M. D., Isoldi, M. C., Castrucci, A. M., Provencio, I. (2007). Melanopsin triggers the release of internal calcium stores in response to light. *Photochemistry and Photobiology*, 83, 273–279.
- Mattejat, F. (2011). Vortrag auf den 59. Langeooger Psychotherapietagen des Kindes- und Jugendalters. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Pritzel, M., Brand, M., Markowitsch, J. (2003). *Gehirn und Verhalten. Ein Grundkurs der physiologischen Psychologie*. Heidelberg: Spektrum.
- Stegemann, T., Heimann, M., Düsterhus, P., Schulte-Markwort, M. (2006). Diffusion tensor imaging (DTI) and its importance for exploration of normal and pathological brain development. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 74, 136–148.
- Watzlawick, P. (1976). *Wie wirklich ist die Wirklichkeit – Wahn, Täuschung, Verstehen*. München: Piper.

Eginhard Koch

## Verstehen

*»Sobald wir etwas aussprechen, entwerten wir es seltsam. Wir glauben in die Tiefe der Abgründe hinabgetaucht zu sein, und wenn wir wieder an die Oberfläche kommen, gleicht der Wassertropfen an unseren bleichen Fingerspitzen nicht mehr dem Meere, dem er entstammt. Wir wännen eine Schatzgrube wunderbarer Schätze entdeckt zu haben, und wenn wir wieder ans Tageslicht kommen, haben wir nur falsche Steine und Glasscherben mitgebracht; und trotzdem schimmert der Schatz im Finstern unverändert.«*

Maurice Maeterlinck (1902/1919, S. 31)

### Eine Standortbestimmung

Wenn wir uns mit der Frage beschäftigen, wie »Verstehen« möglich ist, wie wir einen anderen Menschen verstehen können, wie wir uns ein Bild davon machen können, was einen anderen Menschen bewegt, motiviert, beschäftigt, sein Handeln beeinflusst, bewusst und unbewusst, müssen wir zunächst die wissenschaftliche Methode bestimmen, mit der wir uns diesem Problem nähern wollen.

Freud war der Erste, der die Erforschung des Unbewussten systematisiert und dann zu einer Wissenschaft weiterentwickelt hat, auch wenn der Begriff des Unbewussten sehr viel früher, zum Beispiel bei Goethes »Wahlverwandtschaften«, als »unbewusste Erinnerungen« (1809) auftaucht.

Psychoanalyse als Wissenschaft zwischen den Wissenschaften (Modell, 1984) steht im Spannungsfeld zwischen den Natur- und den Geisteswissenschaften. Modell konstatiert, dass die Psychoanalyse zum einen die Empathie als Beobachtungsmethode verwende, die den Menschen von innen sehe, aber zum anderen ihre Beobachtungen den organisierenden Prinzipien der Metapsychologie unter-



werfe, die den Menschen von außen wahrnehme (Friebertshäuser, 2010). Das Konzept der neuronalen Netzwerke hat durchaus Beziehung zu den Freud'schen Vorstellungen assoziativer Verknüpfungen von Erfahrungen. Kognitions- und neurowissenschaftliche Befunde bestätigen psychoanalytische Theorien zumindest zum Teil. Sicherlich werden wir das Verstehen zum Beispiel nicht allein neurobiologisch erklären. In der Metapsychologie im Sinne der Konstruktion eines psychischen Apparats werden bestimmte Gesichtspunkte formuliert, die auch innerhalb eines verstehend-hermeneutischen Rahmens genutzt werden können und die psychoanalytische Theorie bilden: der topographische Gesichtspunkt (die Unterscheidung zwischen Bewusstsein und Unbewusstem), der strukturelle Gesichtspunkt (das psychische Strukturmodell), der dynamische Gesichtspunkt (die Steuerung des Verhaltens durch [triebhaft] Motivation), der ökonomische Gesichtspunkt (die Determinierung des Verhaltens durch seelische Energie), der adaptative Gesichtspunkt mit der Anpassungsfunktion und der genetische Gesichtspunkt (die Mitbestimmung des Verhaltens durch vorausgegangene Entwicklungen).

Will man dem Menschen in seinem Verstehensprozess – und dann auch in der Psychotherapie – gerecht werden, müssen wir jenseits einer naturwissenschaftlichen Subjekt-Objekt-Trennung die Bedeutung einer wechselseitigen therapeutischen Beziehung verstehen.

Beim Verstehensprozess in der Psychotherapie werden Gestik, Mimik, Verhalten und Sprache als äußerer physischer Ausdruck eines inneren seelisch-geistigen Sinnzusammenhangs aufgefasst. So gesehen befindet man sich nach Dilthey (1981) auf dem Gebiet der Geisteswissenschaften (beziehungsweise einer »beschreibend-zergliedernden« Psychologie) und Verstehen ist deren entsprechende Methode: »Sie [die Geisteswissenschaften] bezeichnen die Beziehung, welche im Verstehen zwischen der äußeren Sinnenerscheinung des Lebens und dem, was sie hervorbrachte, was in ihr sich äußert, besteht« (Dilthey, 1981; zit. nach Richter, 2005, S. 21). Bevor wir uns dem Verstehen und dem Verstehensprozess in der Psychotherapie zuwenden, sollen allgemein die Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten eines Therapeuten dargestellt werden, in die das Verstehen als eine Methodenkompetenz integriert werden kann.

## Die »gute« Therapeutin, der »gute« Therapeut

Was macht eine gute Therapeutin, einen guten Therapeuten aus?

Kompetenzen sind Fähigkeiten, Fertigkeiten, Denkmethoden, Wissensbestände und Werthaltungen des Menschen, die ihm bei der Bewältigung konkreter sowohl vertrauter als auch neuartiger Aufgaben handlungs- und reaktionsfähig machen (Weinert, 2001).

Der Kompetenzbegriff, obwohl schon vor Jahrzehnten eingeführt, ist erst in den letzten Jahren zum Gegenstand intensiver Diskussionen in der Psychologie und ihren Nachbardisziplinen geworden. Es lassen sich mehrere Kompetenzdimensionen unterscheiden, die sich wiederum durch einzelne Fähigkeiten definieren. Unter Fachkompetenz wird die Kenntnis von Fachwissen bezeichnet sowie die Fähigkeit, Zusammenhänge herzustellen und das Wissen zielgerichtet einzusetzen. Als Methodenkompetenz wird die Fähigkeit beschrieben, sich Wissen zu beschaffen, rationell zu arbeiten, situationsgerecht Problemlösungsstrategien zu beherrschen, Ergebnisse zu strukturieren und aufgabenbezogene, spezifische Methoden einzusetzen. Zur Selbstkompetenz gehören Leistungsbereitschaft, Erkennen eigener Stärken und Schwächen, Selbstvertrauen und Selbstständigkeit. Sozialkompetenz umfasst die Bereitschaft und Fähigkeit, mit anderen gemeinsam zu arbeiten, tolerant und einfühlsam zu handeln und mit Konflikten umgehen zu können.

Überträgt man dies auf das therapeutische Handeln, die therapeutische Haltung, den Einsatz therapeutischer Fertigkeiten, das Wissen um Theorien und die Fähigkeit, sich im Kontext der therapeutischen Gemeinschaft und der eigenen Rolle (zum Beispiel als Supervisor) angemessen zu verhalten, so lassen sich für die vier Kompetenzdomänen folgende Fähigkeiten beschreiben, wie sie auch in Abbildung 1 noch einmal zusammengefasst sind.

- Fachkompetenzen (Wissen über Verfahren, Schulen und Methoden, psychologische Grundlagen, Berufspolitik etc.),
- Methodenkompetenzen (Verstehen, Deuten, gleichschwebende Aufmerksamkeit, Übertragungsanalyse, Arbeit am Widerstand, Neutralität, Dialogfähigkeit, Beginnen und Beenden etc.),
- Selbstkompetenzen (Authentizität, Wertschätzung, Empathie, Reflexionsfähigkeit, Haltung etc.),

Jeder Psychotherapeut und jede Psychotherapeutin sollte über ein basales Handwerkszeug für die tägliche Arbeit verfügen und für sich laufend fortentwickeln. Gemeint sind Fertigkeiten und Haltungen wie Zuhören und Sehen, Verstehen, Deuten, abtinent sein, Arbeitsbündnisse herstellen, Behandlungen beenden. Auch der Umgang mit Psychopharmaka zählt hierzu. Die Beiträge namhafter Vertreter/-innen aus dem Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie liefern eine wichtige Diskussionsgrundlage für das Selbstverständnis therapeutischer Professionalität.

## Die Herausgeber

Dr. med. Renate Sannwald, Fachärztin für Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse (DGPT), ist Dozentin und Supervisorin an mehreren Weiterbildungsinstitutionen.

Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort ist Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf sowie Leitender Arzt der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychosomatik am Altonaer Kinderkrankenhaus.

Prof. Dr. med. Franz Resch ist Ordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Universität Heidelberg.

ISBN 978-3-525-46264-5



[www.v-r.de](http://www.v-r.de)