

Petra Bauer / Marc Weinhardt (Hg.)

Systemische Kompetenzen entwickeln

Grundlagen, Lernprozesse und Didaktik



V&R



Petra Bauer/Marc Weinhardt (Hg.)

Systemische Kompetenzen entwickeln

Grundlagen, Lernprozesse und Didaktik

Mit 14 Abbildungen und 8 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 <https://dnb.de> abrufbar.

© 2020, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Theaterstraße 13, D-37073 Göttingen
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.

Umschlagabbildung: MongPro/shutterstock.com

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

Vandenhoeck & Ruprecht Verlage | www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com

ISBN 978-3-647-45911-0

Inhalt

<i>Petra Bauer und Marc Weinhardt</i> Zur Einführung: Kompetenzorientierung systemisch	7
<i>Bruce E. Wampold</i> Wie Forschung das Therapieren noch effektiver machen kann	17
<i>Günter Schiepek</i> Psychotherapie und Beratung in komplexen Systemen: Welche Kompetenzen brauchen wir?	36
<i>Christiane Schiersmann</i> Kompetenzen zum Umgang mit komplexen Systemen auf der Basis des Heidelberger integrativen Prozessmodells für Beratung	52
<i>Cornelia Maier-Gutheil</i> Kompetenz aus erwachsenenbildnerischer Perspektive und ihre Bedeutung für Lernprozesse im Kontext der Weiterbildung	68
<i>Michael B. Buchholz</i> Zur Diskussion: Entwicklungsdynamik psychotherapeutischer Kompetenzen	81
<i>Rebecca Hilzinger und Marlene Henrich</i> Implizite Wissensbildungsprozesse von systemischen Therapeutinnen und Therapeuten	103

Marc Weinhardt

**Systemische Professionalisierung als Lern- und Bildungsprozess:
Fachliche Entwicklungsaufgaben lösen, Professionalisierungskulturen
gestalten** 121

Matthias Ochs

**Die erkenntnistheoretischen Säulen und praxeologischen Grund-
orientierungen systemischen Arbeitens** 134

Reinert Hanswille

**Vor den Bergen der praktischen Interventionen liegt das Tal der
konzeptionellen Ideen. Systemische Interventionen und Werkzeuge
lehren** 158

Haja (Johann Jakob) Molter unter Mitarbeit von Birgit Wolter

Systemische Didaktik 176

Petra Bauer

**Systemisch denken lernen – systemische Kompetenzentwicklung
als Lernen am Fall** 188

Anke Leuthold-Zürcher

Beratungslernen mit Simulation 203

Astrid v. Sichart

**Systemisch-dokumentarische Paartherapie. Neue Wege zum
Verständnis von Paaren** 219

Die Autorinnen und Autoren 234

Petra Bauer und Marc Weinhardt

Zur Einführung: Kompetenzorientierung systemisch

Wie kann systemische Beratung und Therapie gelehrt und erlernt werden? Was macht einen guten Berater, eine gute Therapeutin aus? Dies waren zentrale Fragen eines Panels, das im Rahmen der »International Systemic Research Conference« angeboten wurde – eine Konferenz, die 2017 in Heidelberg stattfand. Wir haben als Herausgebende dieses Panel organisiert und dabei festgestellt, dass das Thema auf enorme Resonanz stößt und daher ein Sammelband auf der Basis dieses Panels auch für eine breitere Leserschaft von Interesse sein kann. Schnell wurde in der Vorbereitung deutlich, dass die Beiträge des Panels allein nicht ausreichen, um zentrale Aspekte systemischen Lehrens und Lernens aufzunehmen, daher haben wir eine Reihe von Kolleginnen und Kollegen aus der Wissenschaft und systemischen Aus- und Weiterbildungspraxis um weitere Beiträge gebeten.

Den Begriff der Kompetenz zum Bezugspunkt eines Sammelbandes zu machen, ist aus unserer Sicht eine Antwort auf mehrere Herausforderungen und Ungleichzeitigkeiten in der Entwicklung systemischer Beratung und Therapie. Ausgehend von einer »naturwüchsigen«, sehr stark von einzelnen Weiterbildungsleitern und -leiterinnen geprägten Vielfalt werden Institute in den letzten beiden Jahrzehnten zunehmend auf übergreifende Standards verpflichtet. Akkreditierungs- und Zertifizierungsprozesse zielen dabei vor allem auf formale Kriterien – so z. B. ausreichende Qualifizierung der Lehrpersonen, angemessene Räumlichkeiten, Transparenz des Lehrkonzepts oder die Durchführung von Evaluationsverfahren. Mit diesem Verständnis von Qualität wird unterstellt, dass angemessene strukturelle Voraussetzungen und eine adäquate Prozesssteuerung allein schon sicherstellen, dass auch die erwarteten Ergebnisse erzielt werden. Sprich: Wenn die Weiterbildung gut konzipiert und strukturiert ist sowie die Lehrenden ausreichend qualifiziert sind, werden aus den Teilnehmenden am Ende (fast) automatisch auch gute systemische Beraterinnen und Therapeuten.

Kompetenzorientierung geht, wie insbesondere die intensiven Debatten um die PISA-Studien gezeigt haben, einen völlig anderen Weg. Hier wird der konkrete Outcome im Sinne einer als messbar gedachten Kompetenz zum Maßstab des Erfolgs einer Aus- und Weiterbildung gemacht. Auch wenn sich in den letzten Jahren die Wirksamkeitsdebatte und die Analysen zur spezifischen Wirksamkeit systemischer Therapie auch in der systemischen Diskussion im deutschsprachigen Raum nochmals intensiviert haben (z. B. von Sydow, Beher, Retzlaff u. Schweitzer, 2007; Wampold, Imel u. Flückiger, 2018; Strauß u. Willutzki, 2018), ist eine vergleichbare Auseinandersetzung um Kompetenzorientierung und -modellierung im Kontext systemischer Aus- und Weiterbildung bisher (fast) kein Thema. Der Blick auf die Entwicklung und Professionalisierung des systemischen Feldes zeigt, dass das systemische Denken in seiner Konkretisierung als Beratungs- und Therapiehandeln erst vor Kurzem und bisher nur partiell Anschluss an die bildungswissenschaftlichen Debatten gefunden hat, die theoretisch und empirisch auf die Beschaffenheit und den Outcome von Lern- und Bildungsprozessen fokussieren.

Es wäre unsystemisch, hier nicht die Frage zu stellen, auf welche Probleme diese verhaltene Reaktion eine Antwort darstellen kann. Zu vermuten ist, dass zunächst die allfälligen, aus dem allgemeinen Bildungs- und Weiterbildungsdiskurs zu entnehmenden Argumente auch im systemischen Feld eine große Rolle spielen: Die (durchaus berechtigte) Sorge bezüglich einer unterkomplexen, zu linear gedachten Konzeptualisierung von Professionalisierungsprozessen im Zuge der »Vermessung« von Kompetenz oder die Befürchtung, dass mit der Kompetenzorientierung vor allem eine verdeckte Ökonomisierung von Humankapitalerzeugung einhergeht, wären hier zu nennen. Ein anderer Argumentationsstrang, der zu einer kritischen Betrachtung und Ablehnung von Kompetenzorientierung führt, ergibt sich eher aus der Anwendung bestimmter systemischer Denkfiguren auf Professionalisierungsprozesse: Unterstellt man Beratungs- und Therapieverläufen und der zugehörigen Professionalität, diese kompetent zu begleiten, einen spezifischen Kontingenzüberschuss, so lässt sich daraus auch ableiten, dass letztlich gar keine allgemeingültigen Handlungskompetenzen angebar sind.

So plausibel diese Argumente scheinen, so sehr sind damit aus unserer Sicht doch zwei Probleme verbunden:

- Zum einen laufen diese Argumente Gefahr, einer Beliebigkeit dessen, was als »kompetent« angesehen wird, das Wort zu reden. Kompetent ist dann jeder/jede, der entsprechende Weiterbildungen durchlaufen und im Zweifelsfall mit dem dazugehörigen Zertifikat abgeschlossen hat. Die auf diese Weise gesteigerten Argumente überschreiten dann rasch die Schwelle zur

Selbstimmunisierung, da dann jedes Prozessgeschehen und Fachkrafthandeln als jeweils einzigartig kompetent oder gegebenenfalls auch nicht kompetent erklärt werden kann.

- Zum anderen droht der systemischen Therapie und Beratung – trotz Anerkennung als eigenständiges Therapieverfahren –, nicht ausreichend abbilden zu können, worin die spezifische Kompetenz einer *systemisch* ausgebildeten Therapeutin oder Beraterin besteht.

Für eine sinnvolle theoretische und empirische Vergewisserung von systemischer Kompetenzorientierung wird also ein Fundament aus einer vermittelnden Position heraus gelegt werden müssen, nach der systemische Professionalität und Handlungskompetenz darin besteht, trotz der Einzigartigkeit des individuellen Fallgeschehens rational begründbare und überprüfbare Konzepte für die Handhabung dieser Komplexität anzugeben. Dafür gibt es schon seit Längerem grundlegende Arbeiten, so z. B. die Überlegungen von Schiepek (1997) und Kriz (2000), die Vorschläge zu einer inhaltlichen Fassung einer »Systemkompetenz« vorgelegt und durch methodisch-didaktische Vorgehensweisen konkretisiert haben, wie eine solche Systemkompetenz vermittelt und erlernt werden kann. Diese Ansätze wurden unseres Erachtens wenig aufgegriffen oder weitergeführt. Stattdessen gibt es inzwischen eine stattliche Reihe an anschaulichen und sehr gut gestalteten Lehrbüchern, in denen Handwerkszeug und konkrete Methoden einer systemischen Gestaltung von beraterischen und therapeutischen Settings vermittelt werden, die aber weniger an Kompetenzvorstellungen orientiert sind, sondern an dem, was sich in den letzten Jahrzehnten als systemische Grundorientierungen und systemische Methoden etabliert hat.

Vor diesem Hintergrund halten wir eine Auseinandersetzung mit Kompetenzorientierung in der systemischen Arbeit für dringend geboten. Dabei scheint es uns auch sinnvoll, zunächst die verwendeten Begrifflichkeiten zu klären: Unter Kompetenzorientierung verstehen wir im Kontext dieses Buches Handlungskompetenz, also die Befähigung, in komplexen beruflichen Situationen auf der Basis wissenschaftlich begründeten Wissens tätig werden zu können. Diese handlungsorientierte, an die Berufspädagogik angelehnte Lesart des Kompetenzbegriffs, die auf Performanz zielt, unterscheidet sich von Kompetenzauffassungen, die unter Kompetenz lediglich kognitive und emotionale Dispositionen verstehen (Zürcher, 2018, S. 32 ff.). Der Kompetenzbegriff ist dabei eng verwandt mit zwei weiteren Zugängen zu erfolgreichem Handeln: Während die Expertiseforschung Auskunft über die kognitive Beschaffenheit und das Zustandekommen der spezifischen Wissensbasis für die Erzielung von Hoch- und Höchstleistung in einem bestimmten Gebiet gibt, widmet sich die

Professionsforschung schwerpunktmäßig den strukturellen Bedingungen beruflichen Handelns. In den letzten Jahren hat sich bezüglich der Einheit der Differenzen zwischen diesen Begriffen etabliert, sie gemeinsam unter dem Dach von Professionalisierung und professionellem Handeln zu fassen und dabei individuelle (Expertiseforschung), situative (Kompetenzforschung) und strukturelle Komponenten (Professionsforschung) zu integrieren (Henrich u. Weinhardt, 2018).

Das Ziel dieses Bandes ist es daher zunächst, Konzepte vorzustellen, die beschreiben, wie systemische Handlungskompetenz überhaupt gefasst werden kann, welche Elemente dazugehören und wie Kompetenzentwicklung aus lerntheoretischer Sicht beschrieben werden kann. Dadurch sollen einige Grundlagen kompetenzorientierten Lehrens und Lernens in der systemischen Fort- und Weiterbildung vermittelt werden. Dabei spielen für die Konzeptualisierung systemischer Kompetenz auch Modelle der Wirksamkeit systemischer Therapie und Beratung eine große Rolle. Spezifische und unspezifische Wirkmechanismen bilden gewissermaßen die Zielvorstellungen einer systemisch ausgerichteten Kompetenzentwicklung in Beratung und Therapie.

Im zweiten Teil finden sich dann Konkretisierungen dieser Überlegungen im Blick auf didaktische und methodische Ansätze. Dass sich unser umfangreicher Band sinnvoll nur in zwei abgrenzbare Bereiche differenzieren lässt, ist gewissermaßen ein Abbild der Beschaffenheit der Diskursformation bezüglich Fragen des Lehrens und Lernens in der systemischen Weiterbildung. Zwar liegen einige Konzepte und beginnend auch empirische Befunde vor, diese sind aber noch kaum in ausdifferenzierte Teildiskurse geordnet. Daher nehmen auch wir hier eine eher grobe Unterteilung vor, die aber selbst auch letztlich nicht völlig trennscharf gedacht werden sollte.

Der erste Teil des Bandes startet vor dem Hintergrund der eben angesprochenen Bedeutung von Wirksamkeitsforschung für die Kompetenzmodellierung mit einem Artikel von *Bruce Wampold*, einem der – international betrachtet – wichtigsten Vertreter der allgemeinen Beratungs- und Psychotherapieforschung. Bruce Wampold hat sich insbesondere auf die sog. Common-Factors-Forschung (Wirkfaktorforschung) spezialisiert und bearbeitet die spannende Frage, was über alle unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren hinweg in Beratungs- und Therapieprozessen generell wirkt. In seinem Beitrag entfaltet er ein leidenschaftliches Plädoyer dafür, dem empirisch erhobenen und mit wissenschaftlichen Methoden gesicherten Wissen um die spezifische Wirksamkeit mehr Raum in Aus- und Weiterbildung zu geben. Nur mit angemessenen Wirksamkeitsmodellen, so seine Leitidee, lassen sich Lernprozesse von (angehenden) Psychotherapeutinnen erfolgreich gestalten, aber auch er-

kennen, warum manche Psychotherapeuten besser sind als andere. Die provozierende Nachricht ist, dass pure Erfahrung nicht automatisch zu besserer Psychotherapie und Beratung führt. Das kontextuelle Modell, das von Wampold und anderen in der Wirkungsforschung entwickelt wurde, versteht sich als verfahrensübergreifendes Metamodell, das eine gute Grundlage dafür bietet, die Bereiche genau zu benennen, an denen Therapeutinnen und Therapeuten kontinuierlich (weiter)arbeiten müssen, wenn sie sich in der alltäglichen Praxis tatsächlich verbessern wollen.

Ein zentraler Vertreter einer sich dezidiert systemisch verstehenden Psychotherapieforschung, der sich seit langer Zeit nicht nur mit der Erforschung von therapeutischen Prozessen, sondern auch mit der Frage von therapeutischer Kompetenzbildung auseinandergesetzt hat, ist *Günter Schiepek*. In seinem Artikel fragt er nach den Kompetenzen, die Psychotherapie in einer von Komplexität und zunehmender Digitalisierung geprägten Welt des 21. Jahrhunderts benötigt. Therapeutische Kompetenzen – so seine zentrale Annahme – lassen sich nicht aus Therapieschulen heraus ableiten, sondern müssen auf die Gestaltung von komplexen Dynamiken in nichtlinearen Systemen ausgerichtet sein. Dazu stellt er sein bereits vor längerer Zeit entwickeltes Modell einer Systemkompetenz in einer erweiterten Form vor, die insbesondere auch die Fähigkeit einschließt, mithilfe von computerunterstützten Verfahren Therapieprozesse konsequent zu personalisieren.

Der Beitrag von *Christiane Schiersmann* schließt an die von Günter Schiepek entfaltete Perspektive eng an. Im von ihr vorgestellten Heidelberger Prozessmodell spielt die synergetische Prozessauffassung, verbunden mit einem ausbuchstabierte Kompetenzbegriff, für die Gestaltung von Beratungsprozessen die zentrale Rolle. Ausgehend von synergetisch sich entfaltenden Beratungsprozessen fragt Schiersmann nach konkreten Kompetenzen zur Durchführung so konzeptualisierter Beratungen. Sie schlägt die hierzu erforderlichen Kompetenzen in ihrer Heuristik auf drei unterschiedlichen Ebenen vor, nämlich Kompetenzen zur Realisierung der generischen Prinzipien, Kompetenzen zur Unterstützung von Reflexionsprozessen sowie Kompetenzen zur Gestaltung des Beratungssystems. Als besonders herausfordernd benennt sie dabei die Notwendigkeit, die so konzeptualisierten komplexen Kompetenzen auch empirisch zugänglich zu machen.

Der Frage, wie Beratungskompetenzen erworben werden können und welche Lehr-/Lernprozesse und didaktischen Arrangements aus Sicht der Erwachsenenbildung insbesondere im Hochschulkontext hierbei indiziert sind, steht im Fokus des Beitrags von *Cornelia Maier-Gutheil*. Zentral ist dabei die Annahme eines Kompetenzbegriffs, der zum einen die lernenden Subjekte besonders

fokussiert und dabei davon ausgeht, dass ein Kompetenzaufbau nur in realen Handlungssituationen erfolgen kann. Aus der daraus resultierenden Spannung zwischen dem Abstellen auf Lernsituationen mit Ernstcharakter und der didaktischen Gestaltungsnotwendigkeit des Lernortes Hochschule zieht die Autorin den Schluss, dass für das Lernen die Vor- und Nachbereitung der Änderung von Deutungsmustern auf Praxis zentral sind. Diese Überlegungen differenziert sie für die Lehre an der Hochschule didaktisch aus und entwickelt hierzu eine Bandbreite an konkreten methodischen Herangehensweisen – wobei für sie immer zentral bleibt, dass trotz aller didaktischen Gestaltungsmöglichkeiten der eigenständige Umgang der Lernenden mit den für sie relevanten Fragestellungen möglich sein muss.

In seinem bereits vor einigen Jahren veröffentlichten Zeitschriftenbeitrag, den wir hier noch einmal abdrucken, beschreibt *Michael B. Buchholz* auf sehr spannende und nach wie vor aktuelle Weise Entwicklungsdynamiken in der Ausbildung psychotherapeutischer Kompetenzen. Er stellt dazu zunächst die immense Bedeutung impliziten Wissens dar, das in entsprechenden Debatten aus seiner Sicht oft vorschnell als Intuition »verrätselt« wird. Dabei zeigt er auf, wie implizites Wissen im Rekurs auf verschiedene philosophische Konzepte als ein den Begriffen vorgängiges Wissen gefasst werden kann, das als solches gut zu beschreiben ist. Dieses implizite Wissen liegt dem eigentlichen praktischen Können zugrunde, auch und gerade in der Psychotherapie. Die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenzen lässt sich vor diesem Hintergrund keinesfalls als einfache Wissensanwendung fassen – ein irreführendes Verständnis, das nach wie vor vielen Lernkonzepten unterliegt. Stattdessen stellt der Autor in Anknüpfung an die Expertiseforschung dar, wie sich psychotherapeutische Kompetenz sukzessive als reflektierte, in konkreten Situationen fundierte Erfahrungsbildung ausprägt.

Der zweite Teil des Bandes wendet sich dann konkreten einzelnen Aspekten des Prozesses zu, mit dem Therapeuten zu Therapeuten und Beraterinnen zu Beraterinnen werden. Im Nachvollziehen der Lebensgeschichten der bedeutenden Protagonisten systemischer Therapie und Beratung zeigt sich zwar, wie eng lebensgeschichtliche Erfahrungen und therapeutische Ideen und Konzepte zusammenhängen (Rohr, Hummelsheim u. Höcker, 2016). Dennoch hat sich die systemische Therapie und Beratung bisher wenig damit beschäftigt, wie Kompetenzentwicklungsprozesse von Therapeutinnen und Beratern verlaufen oder wie eine spezifische Identität als *systemische* Therapeutin/Beraterin ausgebildet wird. Es ist nach wie vor eine weitgehend ungeklärte Frage, wie jemand zu einer guten Fachkraft wird, welche Rolle die in der Aus- und Weiterbildung angestoßenen Entwicklungs- und Bildungsprozesse spielen und wie das Feld

wirksam wird, in dem eine Person als Therapeut oder Beraterin tätig ist. Daher soll mit den Beiträgen exemplarisch vermittelt werden, in welcher Form Lern- und Bildungsprozesse beschrieben werden können, die sich insbesondere im Rahmen der Aus- und Weiterbildung in der systemischen Therapie und Beratung entfalten. So wird auch erfahrbar, wie sich systemische Berater und Therapeutinnen im Laufe der Zeit zunehmend professionalisieren und wie sie bestenfalls zu Experten ihres Tuns werden. Als »andere Seite der Medaille« lassen sich damit auch Fragen nach einer systemischen Didaktik und Methodik stellen, die diese Lern- und Bildungsprozesse konkret anleiten und fördern. Dazu gehören sowohl Lerntaxonomien als zentralem Gestaltungsmerkmal einer kompetenzorientierten Didaktik als auch die Darstellung konkreter Methoden, die Lernprozesse anleiten.

Der Beitrag von *Rebecca Hilzinger und Marlene Henrich* eröffnet diesen Fragenkomplex und entfaltet aus Sicht eines theorieintegrativ angelegten Professionalisierungsverständnisses und entlang von empirischem Material aus einer Think-Aloud-Interviewstudie zunächst die Mikro- und Makroprozesse des Kompetenzerwerbs. Dabei wird deutlich, dass zur Frage des Handlungskompetenzaufbaus zahlreiche und mitunter widersprüchliche Theorien kleiner und mittlerer Reichweite vorliegen, wobei vor allem die Konzeptualisierung impliziter Anteile von Wissensbildungsprozessen wenig Bedeutung erfahren hat, aber einen möglicherweise besonders bedeutsamen Faktor darstellt. Entlang der Heuristik der Kompetenzstufen nach Dreyfus und Dreyfus illustrieren die Autorinnen anschließend zentrale Momente von Wissensbildungsprozessen (angehender) systemischer Berater und Therapeutinnen, in denen implizite Anteile eine Rolle spielen. Sodann entwickeln die Autorinnen hieraus konkrete Desiderate für weitere Forschung bezüglich systemischer Wissensbildungsprozesse und fordern über eine so zunehmende empirische Vergewisserung auch die theoretische Schärfung von Wissensbildungsmodellen ein.

Der Artikel von *Marc Weinhardt* konzeptualisiert die Professionalisierung von Fachkräften als komplexen Lern- und Bildungsprozess, der an verschiedenen Lernorten stattfindet, dabei weit über die Phase des Studiums und der Berufsausbildung hinausgeht und formale, nonformale und informelle Bildungsprozesse umfasst. Das vorgestellte Professionalisierungsmodell nimmt Bezug auf eine längere Beschäftigung mit Handlungskompetenzentwicklung unter der Lern- und Bildungsperspektive von Beratungsfachkräften in der Sozialen Arbeit. Die darin eingegangenen Befunde und Konzepte wurden zu einem Modell subjektorientierter Professionalisierung verdichtet, das derzeit in unterschiedlichen Kontexten pädagogischen Handelns zur Anwendung kommt (z. B. in der Lehrerbildung und Sozialpädagogik). Vertieft werden zwei Aspekte: Zum einen das Konzept der Identifikation und Lösung individueller fachlicher

Entwicklungsaufgaben als Kernbestandteil des Professionalisierungsprozesses angehender Fachkräfte, zum anderen die Berücksichtigung und Gestaltung der hierzu gehörigen Professionalisierungskulturen, die an verschiedenen Lernorten und -situationen als Antworten auf kontingente (Aus-)Bildungsoptionen gelesen werden können. Eine aus einer Praxistheorie der Wissensgenese informierte Perspektive macht dann deutlich, dass individuelle Entwicklungsaufgaben im Kontext der sie mitbestimmenden Strukturen ganz unterschiedlich professionalisierungskulturell gerahmt werden.

Aus einer essayistischen Perspektive nähert sich *Matthias Ochs* der Frage, was systemische Beraterinnen und Therapeuten können müssen. Dabei thematisiert er zunächst zentrale erkenntnistheoretische Grundannahmen systemischen Handelns im Kontext evidenzorientierten Vorgehens und entwickelt im Anschluss zentrale Prämissen kompetenten systemischen Handelns, die er methodenintegrativ in einer eigenen Systematik der praxeologischen Grundorientierung fasst, die an die Wirkfaktorforschung anschlussfähig ist. Wichtige Elemente sind hierbei die Ressourcenorientierung, die Fähigkeit, Muster und Kontexte dechiffrieren zu können sowie Ratsuchende als kundige Abnehmer solcher Dechiffrierung mit der hierzu gehörigen Arbeitsbeziehung zu adressieren sowie die Ausrichtung des Vorgehens an Neugierde und nicht vollständig planbaren kreativen Prozessen.

Reinert Hanswille beschäftigt sich mit der für systemische Konzepte so wichtigen Frage, wie eine systemische Haltung als zentraler Bestandteil therapeutischer Kompetenz entwickelt werden kann. Angesichts dessen, dass systemische Therapie und Beratung von vielen angehenden Weiterbildungsteilnehmenden vor allem mit Techniken und Methoden assoziiert werden, ist aus Hanswilles Sicht eine konsequente Vermittlung von Haltungen der zentrale Fokus der Aus- und Weiterbildung. In seinem Beitrag werden einige Ideen dazu vorgestellt, wie systemische Haltungen und die daran anschließende Hypothesenbildung angeleitet werden können.

In dem von *Haja Molter unter der Mitarbeit von Birgit Wolter* entwickelten Beitrag werden zentrale Überlegungen zu einer systemischen Didaktik angestellt. Dies ist insofern von besonderem Interesse, da es bisher noch kaum systematische Arbeiten dazu gibt, wie systemisches Denken überhaupt angemessen vermittelt werden kann. Die Grundidee einer systemischen Didaktik, wie sie hier entwickelt wird, basiert auf der konsequenten Anwendung der Grundannahmen systemischen Denkens in der Lehre, Aus- und Weiterbildung. Prinzipien, die in der Therapie, Beratung, Supervision gelten, werden damit auch als Basis einer systemischen Lehre betrachtet. Zentral ist auch hier vor allem eine systemisch ausgerichtete Haltung des/der Lehrenden, die durch die Anwendung systemischer Methoden in der Vermittlung von Lehrinhalten ergänzt wird. Wie das

konkret aussehen kann, dafür gibt der Beitrag viele anschauliche und praktisch nutzbare Beispiele.

Petra Bauer beschäftigt sich mit der Frage, welche Rolle das Lernen am Fall für die systemische Kompetenzentwicklung spielt. Während in der erziehungswissenschaftlichen und sozialpädagogischen Diskussion Konzepte der Fallarbeit seit Langem verankert sind, gibt es dazu im systemischen Feld noch wenig systematische Überlegungen. In einer professionstheoretischen Perspektive wird zunächst die Bedeutung der Bezugnahme auf einen Fall dargelegt. Erst darauf aufbauend lässt sich begründen, warum gerade das »Lernen am Fall« als ein grundlegender Modus beraterischer und therapeutischer Kompetenzentwicklung verstanden werden muss und was für eine sich als systemisch verstehende Fallarbeit wichtig erscheint.

Anke Leuthold-Zürcher thematisiert das Lernen in Simulationsumgebungen als Möglichkeit, beraterische und therapeutische Kompetenzen spielerisch zu trainieren. Die erst in den letzten Jahren zunehmend eingesetzte und entwickelte Trainingsform für Gesprächsführung wird hier am Beispiel eines Seminar-konzepts zu systemischer Beratung ausführlich vorgestellt. Im Mittelpunkt des systemischen Beratungstrainings steht die Simulation eines Erstgesprächs mit einem Elternteil zu Schulproblemen seines Kindes. Die Rolle des Elternteils wird von speziell ausgebildeten Schauspielklientinnen auf der Grundlage von standardisierten Fallvignetten gespielt. Der Beitrag erläutert, wie ein solches Simulationsgespräch Schritt für Schritt vorbereitet werden kann: wie Fallvignetten aufgebaut und vermittelt, wie die Laienschauspieler trainiert und wie die Gespräche konkret durchgeführt werden. Auch wenn die Entwicklung einer Simulationsumgebung und die Durchführung entsprechender Trainingsformen aufwendig sind, wird das große Potenzial dieser Lernform für Hochschule, Universität und Weiterbildung veranschaulicht.

Auf der Grundlage einer von ihr durchgeführten Studie zur Resilienz bei Paaren zeigt *Astrid v. Sichart*, welchen Beitrag die Auseinandersetzung mit qualitativ-rekonstruktiven Verfahren bei der Entwicklung systemischer Kompetenzen spielen kann. Wichtig ist für sie insbesondere die Unterscheidung zwischen explizitem und implizitem Wissen von Paaren. Gerade der Zugang zum impliziten Wissen ermöglicht ein tiefer gehendes Verständnis dessen, was Paare in ihrem alltäglichen Handeln leitet und was – oft über viele Jahre eingespielt – zu massiven Problemen in der Paarbeziehung führen kann. Eine an systemischen Frage-techniken ausgerichtete Gesprächsführung – so ihre These – verhindert manchmal geradezu den Zugang zu dieser Ebene, daher formuliert sie ein starkes Plädoyer für eine andere, offenere Form des beraterischen Gesprächs. Gleichzeitig zeigt sie an Beispielen aus ihrer Praxis, wie im Rahmen von Forschungen entwickelte

Interpretationsverfahren – hier die »Dokumentarische Methode« – dazu genutzt werden können, in der Beratung, z. B. durch die gemeinsame Interpretation von Interviewprotokollen, veränderungswirksame Impulse zu entwickeln.

Dieser Sammelband richtet sich in besonderer Weise an Personen, die in der systemischen Fort- und Weiterbildung tätig sind, aber auch an interessierte therapeutisch und beraterisch tätige Praktiker und Studierende. Wir hoffen, dass es mit der Zusammenstellung und dem Zuschnitt der Artikel gelungen ist, einige neue Anregungen zu präsentieren und manche vertrauten Erkenntnisse in einer didaktischen Perspektive neu gerahmt zu sehen. Angesichts der zunehmenden Verwissenschaftlichung von Beratung und Therapie, abzulesen u. a. an der Akademisierung des Fort- und Weiterbildungsfeldes sowie der gelungenen sozialrechtlichen Anerkennung systemischer Therapie, wäre es für die weitere Professionalisierung des Feldes sicherlich wünschenswert, wenn sich die hier entfaltenen Diskurse zukünftig ausweiten und systematisieren.

Wir danken allen beteiligten Autorinnen und Autoren – sie haben sich in besonderer Weise dafür engagiert, gleichermaßen lesbare wie gut fundierte Texte zu formulieren. Unser Dank gilt auch Tabea Traxler, die als wissenschaftliche Hilfskraft an der Universität Tübingen die Korrekturarbeit an diesem Band kompetent und zuverlässig unterstützt hat sowie den Verantwortlichen des Verlags Vandenhoeck & Ruprecht, Sandra Englisch, Imke Heuer und Günter Presting, die uns geduldig und ermutigend bei der Sammlung der Beiträge begleitet und betreut haben.

Literatur

- Henrich, M., Weinhardt, M. (2018). Wissensbildung in der Systemischen Beratung und Therapie. *Kontext*, 49 (2), 107–123.
- Kriz, W. C. (2000). *Lernziel: Systemkompetenz. Planspiele als Trainingsmethode*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rohr, D., Hummelsheim, A., Höcker, M. (Hrsg.) (2016). *Beratung lehren. Erfahrungen, Geschichten, Reflexionen aus der Praxis von 30 Lehrenden*. Basel u. Weinheim: Beltz.
- Schiepek, G. (1997). Ausbildungsziel: Systemkompetenz. In E. J. Brunner, L. Reiter, S. Reiter-Theil (Hrsg.), *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive* (S. 181–215). Berlin u. New York: Springer.
- Strauß, B., Willutzki, U. (2018). *Was wirkt in der Psychotherapie? Bernhard Strauß und Ulrike Willutzki im Gespräch mit Uwe Britten*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sydow, K. von, Behr, S., Retzlaff, R., Schweitzer, J. (2007). *Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., Flückiger C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht*. Göttingen: Hogrefe.
- Zürcher, A. (2018). *Beratungslernen in einer geschützten Lernumgebung mit Simulationsklienten: Entwicklung eines standardisierten Beobachtungsinstrumentes zur Einschätzung systemisch-orientierten Beratungshandelns in der psychosozialen Beratung*. Universität Tübingen: Dissertation.

Bruce E. Wampold

Wie Forschung das Therapieren noch effektiver machen kann¹

Therapeutinnen und Therapeuten arbeiten in einem außergewöhnlichen Umfeld. Wir empfangen unsere Klienten in einem geschützten Raum, und unsere Gespräche sind vertraulich. In der täglichen Praxis beobachtet niemand, was wir tun, und keiner bewertet, wie effektiv wir arbeiten. Wir glauben, unsere Sache gut zu machen. Wir besuchen diverse Workshops und Seminare, um uns über die neuesten Entwicklungen auf dem Laufenden zu halten. Wir wollen das Beste für die Menschen, die wir behandeln, und wir sind überzeugt, unermüdlich in ihrem besten Interesse zu wirken. Dennoch gibt es auch Beunruhigendes zu beobachten. Unter anderem, dass die meisten Therapeutinnen so von sich eingenommen sind, dass sie es nicht erkennen, wenn der Zustand ihrer Klientinnen sich verschlechtert, und auch im Durchschnitt durch Erfahrung nicht unbedingt besser wird (Goldberg et al., 2016; Tracey, Wampold, Lichtenberg u. Goodyear, 2014; Walfish, McAlister, O'Donnell u. Lambert, 2012).

Zur Lösung dieser Probleme hat sich die Psychotherapie mit der Vorstellung angefreundet, den Fortschritt schon im Verlauf der Therapie zu messen (sogenanntes Routine Outcome Monitoring, ROM). Es scheint, als würden die durch ROM gewonnenen und den Therapeutinnen ebenso wie den Klienten zur Verfügung gestellten Informationen die Ergebnisse verbessern – und zwar vor allem mittels einer verstärkten Prävention erneuter Verschlechterungen (Lambert u. Shimokawa, 2011; Shimokawa, Lambert u. Smart, 2010). Gleichwohl scheint ein solches Feedback in der täglichen Praxis auch ohne weitere

1 Anmerkung der Herausgeber: Dieser Text ist die deutsche Übersetzung des Originalartikels: Wampold, B. E. (2017). How to use research to become more effective therapists. In T. Tilden, B. E. Wampold (Eds.), *Routine Outcome Monitoring in couple and family therapy. The Empirically Informed Therapist* (pp. 245–260). Berlin/New York: Springer International. Übersetzung und Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Verlags. Übersetzung: Joseph A. Smith.

Hilfestellungen zu Verbesserungen bei den Therapeuten zu führen. Goldberg et al. (2016) stellten bei einer Stichprobe von 170 von einer Agentur vermittelten Therapeutinnen und Therapeuten (ihre durchschnittliche Verweildauer bei der Agentur betrug fünf Jahre) bei ihren 6.591 Patientinnen und Patienten keine Verbesserungen bei der therapeutischen Leistung fest – ja, mit der Zeit (und einer steigenden Anzahl von behandelten Fällen) ließen die Ergebnisse dieser Therapeuten sogar nach, wenn auch nur in geringem Maße. Einige von ihnen verbesserten sich jedoch auch, und es gibt Therapieagenturen, die ihre Therapeutinnen und Therapeuten zu Verbesserungen ermutigen und entsprechend unterstützen. Ein verwandtes Problem sind Varianzen bei den Ergebnissen von Therapeuten innerhalb einer therapeutischen Ausrichtung (Baldwin u. Imel, 2013). Das heißt, einige Therapeuten, die eine bestimmte Behandlungsmethode anwenden, erreichen regelmäßig bessere Ergebnisse als andere mit derselben Behandlungsmethode. Dies scheint auf klinische Versuche ebenso zuzutreffen wie auf die Praxis und hat nichts damit zu tun, in welchem Maße sich die Behandelnden an das Behandlungsmanual halten (Wampold u. Imel, 2015).

Wenn Therapeutinnen sich verbessern sollen, wird ein Modell gebraucht, das erklärt, wie Psychotherapie funktioniert, denn nur mithilfe eines solchen Modells lässt sich die Frage nach den – auch durch Forschungsergebnisse nachweisbaren – Schlüsselkomponenten einer effektiven Praxis beantworten. In diesem Beitrag stelle ich ein evidenzbasiertes Modell der Psychotherapie vor, das berücksichtigt, was wir darüber wissen, (a) wie Psychotherapie funktioniert und (b) wie effektive Therapeuten arbeiten. Bei diesem Modell, *kontextuelles Modell* genannt, handelt es sich um ein Meta-Modell, denn es stellt keine Alternative zu spezifischen Behandlungsmodellen wie etwa der kognitiven Verhaltenstherapie oder der emotionsbezogenen Therapie dar, sondern ist vielmehr ein allgemeines Modell, das erklärt, wie jegliche Psychotherapien positive Ergebnisse generieren. Entwickelt wurde es auf der Basis sozialwissenschaftlicher Theorie, Forschungsdaten randomisierter klinischer Versuche aus der Psychotherapie sowie der psychotherapeutischen Verlaufsforschung (Wampold u. Imel, 2015). Das Modell zeigt ein Set spezifischer Fähigkeiten, die es anzuwenden gilt, um die Ergebnisse zu verbessern.

Das kontextuelle Modell

Das kontextuelle Modell (Wampold u. Budge, 2012; Wampold u. Imel, 2015) ist ein Meta-Modell und zeigt, wie Psychotherapie grundsätzlich funktioniert. Bei der Psychotherapie handelt es sich um einen komplexen Prozess, der sich erst

über einen gewissen Zeitraum entfaltet. Was Psychotherapie tatsächlich wirken lässt, ist deshalb schwer zu fassen. Dennoch gibt es theoretische sowie ganz konkrete Hinweise aus der Praxis dafür, dass Psychotherapie ihre Wirkungen auf verschiedenen Pfaden entfaltet. Das kontextuelle Modell beschreibt nicht, wie eine bestimmte Methode wirkt, sondern stellt vielmehr modellhaft dar, nach welchem Muster *jegliche* Psychotherapie funktioniert. Dem Zweck dieses Bandes² dient es deshalb recht gut, benennt es doch genau die Fähigkeiten, die Therapeutinnen und Therapeuten beherrschen müssen, um ihre Effektivität zu steigern. Das Modell ist sicherlich nicht das einzige, das sich dafür verwenden ließe (z. B. Frank u. Frank, 1991; Orlinsky u. Howard, 1986).

Das kontextuelle Modell wird in Abbildung 1 dargestellt. Das Modell beschreibt drei Pfade, auf denen die Kraft der Psychotherapie zum Fließen kommt. Einige Behandlungsformen betonen den einen Pfad stärker als die anderen, doch muss jede Psychotherapie, um optimal wirksam zu sein, alle drei Pfade nutzen. In diesem Abschnitt werden verschiedene Indikatoren zur Qualität einer Therapie im Hinblick auf die einzelnen Pfade erörtert. Im folgenden Abschnitt geht es vor allem um die therapeutischen Fertigkeiten, die nötig sind, um diese Pfade effektiv nutzen zu können. Ehe dies geschehen kann, muss die Therapeutin jedoch eine therapeutische Bindung herstellen.



Abbildung 1: Das kontextuelle Modell

Die therapeutische Bindung

Wenn Patienten zur Therapie kommen, stehen sie unter einem Leidensdruck: Sie haben Schwierigkeiten im Leben und sehen keine Lösungen mehr für ihre Probleme. Um es mit Jerome Frank (Frank u. Frank, 1991) zu sagen: Sie sind demoralisiert. Zudem bringen sie eine bestimmte Persönlichkeit mit, einen eth-

2 Anmerkung der Herausgeber: Damit ist hier und im Folgenden der Sammelband gemeint, in dem der englische Originaltext erschien.

nischen Hintergrund mit entsprechender Identität, ein soziales Netzwerk (oder einen Mangel daran), wirtschaftliche Ressourcen (oder einen Mangel daran), einen beruflichen Werdegang mit konkreter Arbeitssituation, eine persönliche Geschichte und aktuelle Lebensereignisse (z. B. einen erst kürzlich zurückliegenden Todesfall). Auch Therapeutinnen bringen zum ersten Treffen eine Persönlichkeit, einen ethnischen Hintergrund mit entsprechender Identität, eine Geschichte und aktuelle Lebensereignisse mit. Es handelt sich also um ein Zusammentreffen von Fremden, eingebettet in einen professionellen Kontext.

Die Patientinnen und Patienten suchen unmittelbare Antworten auf bestimmte Fragen: Kann diese Therapeutin mich und meine Probleme verstehen? Kann ich ihr vertrauen? Besitzt sie die Fähigkeit und die nötige Kompetenz, um mir helfen zu können? Bordin (1979) entwickelte das therapeutische Bündnis als pantheoretisches Konzept und hielt dabei fest, dass die therapeutische Bindung vor Beginn der therapeutischen Arbeit nötig sei: »Eine grundlegende Ebene des Vertrauens kennzeichnet sicherlich alle Arten von therapeutischen Beziehungen, doch wenn die Aufmerksamkeit sich auf die geschützteren Nischen der inneren Erfahrung richtet, werden tiefere Vertrauensbindungen erforderlich und diese auch entwickelt« (S. 254).

Die Herausbildung der Bindung ist eine Mischung aus Top-down- und Bottom-up-Prozessen. Zum Top-down-Prozess gehört die Überzeugung, dass die Therapie wirksam sein wird – nach allem, was die zu therapierende Person über die Therapie weiß, aufgrund vergangener Erfahrungen sowie Erzählungen von Freunden und Angehörigen usw. Ja, manche Patientinnen scheinen bereits in der Zeit zwischen der Terminvereinbarung bis zum ersten Treffen signifikant davon zu profitieren (Frank u. Frank, 1991). Allein die Erwartung, dass ihre Teilnahme an der bevorstehenden Psychotherapie hilfreich sein wird, »remoralisiert« sie. Wurde der Therapeut oder die Therapeutin gar von einer befreundeten Person empfohlen, die von der Therapie profitiert hat, beeinflussen sie diese Erwartungen weiter positiv. Bottom-up-Prozesse umfassen die menschliche Neigung, die Vertrauenswürdigkeit fremder Personen sehr rasch einzuschätzen (Willis u. Todorov, 2006). Natürlich werden solche Urteile auch aus dem Kontext heraus getroffen, z. B. aufgrund der Herzlichkeit und Professionalität des Personals, der ansprechenden Gestaltung und Bequemlichkeit des Wartezimmers und des Therapieraums selbst, einschließlich der an den Wänden hängenden Bilder und Diplome usw. Es ist klar, dass die anfängliche Interaktion und das Engagement der zu therapierenden Person schon zu Anfang der Therapie für deren Erfolg wesentlich ist, wenn auch aus keinem anderen Grund als dem, dass die meisten Patienten, die vorzeitig aus der Therapie aussteigen, dies nach der ersten Sitzung tun, die zweitmeisten nach der zweiten Sitzung usw. (Connell, Grant u. Mullin, 2006; Simon u. Ludman, 2010).

Die reale Beziehung

Patienten und Therapeutinnen haben in der Therapie verschiedene Rollen – die einen haben Probleme, Beschwerden oder Störungen, die sie lösen wollen, die anderen sind Profis, die ihnen dafür aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung Hilfe anbieten können. Trotz dieser unterschiedlichen Rollen umfasst die Psychotherapie eine tiefe und vertrauliche Beziehung zwischen zwei Menschen. Diese Beziehung kann aus psychodynamischer Sicht als transferenzfreie, reale Beziehung auf der Basis realistischer Wahrnehmungen bezeichnet werden (Gelso, 2009), wobei das Reale von Gelso und Carter (1994) als »Fähigkeit und Bereitschaft« definiert wird, »in der Beziehung das zu sein, was man wirklich ist – also authentisch, offen und ehrlich zu sein« (S. 297) und *realistische Wahrnehmungen* als »solche Wahrnehmungen« gelten, »die nicht von Verzerrungen durch Transferenz oder anderen Verteidigungsmechanismen betroffen sind ... [Therapeut und Patient] sehen einander auf zutreffende, realistische Weise« (S. 297). In der Praxis bedarf dies herzlicher, fürsorglicher und empathischer Therapeutinnen und Therapeuten sowie der Übereinkunft, dass die Beziehung fortbestehen wird, und zwar unabhängig davon, was in den Sitzungen besprochen wird.³

Die reale Beziehung ist wesentlich für humanistische Ansätze und auch für dynamische Therapien wichtig. Weniger betont, wenn nicht gar ignoriert wird sie von verhaltenstherapeutischen und kognitiven Therapieansätzen. Dennoch lässt sich folgerichtig argumentieren, dass sie für den Erfolg jeglicher Art von Psychotherapie unabdingbar ist. Menschen sind soziale Wesen, für die Bindungen, wie von vielen herausragenden Theoretikern (Baumeister, 2005; Bowlby, 1980; Cacioppo u. Cacioppo, 2012; Lieberman, 2013; Wilson, 2012) dargelegt, überlebenswichtig sind. Ja, es gibt deutliche Hinweise darauf, dass gefühlte Einsamkeit ein größeres Sterblichkeitsrisiko beinhalten kann als Rauchen, Fettleibigkeit, Umweltgifte und mangelnde Bewegung – und zwar bei der Allgemeinbevölkerung ebenso wie bei Personen mit vorbestehendem Herz-Kreislauf-Risiko (Holt-Lunstad, Smith u. Layton, 2010; Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris u. Stephenson, 2015; Luo, Hawkley, Waite u. Cacioppo, 2012). Die Hand eines geliebten Menschen zu halten oder diesen Menschen auch nur im Zimmer zu wissen, erhöht die Schmerztoleranz und initiiert alle dabei zu erwartenden, begleitenden neuralen Prozesse (Benedetti, 2011). Das legt nahe, dass Individuen in qualitativ hochwertigen Beziehungen von größeren regula-

3 Die Kontinuität der Therapie hat jedoch Grenzen, z. B. wenn Gefahren für die eigene Person oder für andere drohen.

torischen Effekten auf das von negativen Emotionen betroffene Nervensystem profitieren, z. B. auf die affektiven Komponenten des Schmerzes (S. 149).

Die heilende Kraft einer empathischen Beziehung sollte nicht unterschätzt werden. Es gibt starke Hinweise darauf, dass eine empathische, fürsorgliche und verständnisvolle Beziehung der Heilung förderlich ist und die Effektivität von Behandlungen ebenso wie die psychische und physische Gesundheit steigern kann. Die Auswirkung der Empathie auf die medizinische Heilung ist ausführlich diskutiert worden (z. B. Decety u. Fotopoulou, 2015). Forschungen über die reale Beziehung legen nahe, dass sie für den Erfolg der Psychotherapie prädiktive Bedeutung besitzt (Gelso, 2014).

Einige Patienten profitieren von der realen Beziehung mehr als andere. Personen mit Bindungsproblemen, unsicheren Bindungsstilen, schwacher sozialer Unterstützung, dürftigen sozialen Netzwerken, chaotischen zwischenmenschlichen Beziehungen und Merkmalen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, denen es gelingt, eine relativ stabile Beziehung zu ihrer Therapeutin zu entwickeln, profitieren von dieser Beziehung mehr als Patienten, die von vornherein relativ viel zwischenmenschliche Unterstützung bekamen. Patienten mit schwächer ausgeprägtem Bindungsvermögen brauchen länger, um eine sichere therapeutische Beziehung aufzubauen; der Wert der realen Beziehung wächst nur langsam und der Nutzen dieses Aspekts der Therapie macht sich bei ihnen womöglich eher graduell bemerkbar (Budge u. Wampold, 2015).

Erwartungen schaffen: Erklären und behandeln

Patientinnen und Patienten kommen oftmals mit einer fehlangepassten Vorstellung von ihrem Leid zur Therapie. Diese irrigen Vorstellungen, manchmal unter dem Begriff »Volks«-Psychologie zusammengefasst (Boyer u. Barrett, 2005; Thomas, 2001), sind kulturell geprägt und häufig von Angehörigen, Freunden und anderen einflussreichen Bezugspersonen oder gar von der Gesellschaft als Ganzem (z. B. von der Werbung für psychotrope Medikamente) übernommen. Wir nennen sie nicht deshalb »fehlangepasst«, weil sie unwissenschaftlich sind (obgleich dies auf viele sicher zutrifft), sondern weil sie die Patienten nicht dazu motivieren, für die wirklich problematischen Faktoren Lösungen zu finden (Budge u. Wampold, 2015; Wampold, Imel, Bhati u. Johnson Jennings, 2006). Ein wichtiger Aspekt heilender Maßnahmen, darunter auch jener der westlichen Medizin, besteht darin, den Patientinnen für ihre Beschwerden Erklärungen an die Hand zu geben. Ja, Patientinnen, die ärztlichen Rat suchen, wären ziemlich desorientiert, wenn sie keine Erklärung bekämen. (Kommt mein Schmerz im

Darm von Verdauungsproblemen, einem Geschwür oder gar einem Krebs?) Die Erklärung gibt den Patientinnen Hoffnung, dass es Behandlungsmaßnahmen gibt, die zu einer Besserung führen werden. Auf diese Weise ersetzen Therapeuten maladaptive Vorstellungen durch adaptive Erklärungen. Allerdings bewerten wir damit keineswegs die adaptiven Erklärungen als wissenschaftlicher. Adaptiv werden sie vielmehr vor allem dadurch, dass sie bessernde Maßnahmen zulassen (siehe den nächsten Absatz). Therapeutinnen aus der kognitiven Verhaltenstherapie, der interpersonalen, emotionsbezogenen, dynamischen oder EMDR-Therapie bieten ihren jeweiligen Patienten sehr unterschiedliche Erklärungen für ihre Probleme und Behandlungspläne an. Entscheidend jedoch ist, dass die Betroffenen diese Erklärungen annehmen und glauben, dass der Therapieprozess tatsächlich zu einer Reduktion ihrer Beschwerden führen wird. Das heißt, die Patienten gewinnen die Überzeugung, dass die Teilnahme an der therapeutischen Arbeit und ihr erfolgreicher Abschluss für die Bewältigung ihrer Probleme hilfreich sind, was die Erwartung entstehen lässt, dass sie die »Kontrolle« über ihre Probleme gewinnen können. All diese Erwartungen und Überzeugungen sind wesentlich für alle Theorien darüber, wie Menschen sich verändern und verhalten, darunter auch Theorien zu den Themen Beherrschung (Frank u. Frank, 1991; Liberman, 1978), Selbstwirksamkeit (Bandura, 1999) und Reaktionserwartungen (Kirsch, 1985, 1999).

Durch wissenschaftliche Erkenntnisse ebenso wie aus unserer eigenen Erfahrung wissen wir, dass sich Erwartungen auf unser Erleben erheblich auswirken können. Besonders überzeugende Hinweise auf die Macht von Erwartungen finden sich z. B. in der Literatur zum Thema Placebos. Obgleich es verschiedene Theorien darüber gibt, wie Placebos wirken, sind Erwartungen für das Verständnis dafür, warum sie so mächtig sind, von zentraler Bedeutung (Benedetti, 2009/2014; Kirsch, 1985; Price, Finniss u. Benedetti, 2008). Die Placeboforschung zu referieren, würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen; einzelne Hinweise sollen genügen, um die Argumentation zu verdeutlichen: Die Wirkung von Placebos auf Schmerz, darunter auch chronischen Schmerz, medizinisch induzierten, akuten Schmerz (z. B. nach chirurgischen und zahnärztlichen Eingriffen) sowie experimentell induzierten Schmerz (z. B. durch Kälte oder Druck) ist ausführlich untersucht worden (Benedetti, 2009/2014 sowie Price et al., 2008, geben eine umfassende Übersicht). Dass die Einnahme von Schmerzmittelplacebos mit der Erwartung, dass sie den Schmerz reduzieren werden, genau zu dieser Wirkung führt, gilt als weithin akzeptierte Beobachtung. Auch dass die Einnahme von Placebos zur Ausschüttung endogener Opioide im Gehirn führt, ist allgemein anerkannt. Das bedeutet, dass der Placeboeffekt nicht bloß eine mentale Reaktion ist, sondern von einem physiologischen Pro-

zess begleitet wird. Mehr noch, in einem »Open-hidden paradigm«, bei dem ein postoperativer Patient heimlich (z. B. durch eine intravenöse Infusion von einem außerhalb des Gesichtsfelds des Patienten untergebrachtem Gerät) eine bestimmte Dosis Morphium verabreicht bekommt, ist weniger effektiv (die betroffene Person beschrieb größere Schmerzen und erbat mehr zusätzliche Schmerzmittelgaben) als bei der offenen, gegebenenfalls noch durch einen ärztlichen Hinweis verstärkten Verabreichung (offene Medikamentengabe). Bekamen zahnärztliche Patienten nach einer Backenzahnextraktion in offener Anordnung ein Placebo, entsprach dies von der Wirkung her der versteckten Gabe von 6–8 mg des echten Wirkstoffs. Aus diesen Studien – ebenso wie aus Hunderten anderen Studien – wird klar, dass die Erwartung der Patientinnen von Schmerzerleichterung tatsächlich zu einer solchen Erleichterung führen und diese Erwartungen durch das geprägt werden, was man ihnen sagt, also durch eine verbale Interaktion mit den Therapeutinnen.

Nachweisbare Placeboeffekte sind nicht auf die Behandlung von Schmerzen beschränkt. Parkinson-Patienten profitieren davon sowohl hinsichtlich ihrer motorischen Symptome als auch hinsichtlich der Dopaminwerte im Gehirn (Benedetti, 2009/2014). Herz- und Diabetespatienten weisen geringere Sterblichkeitsraten auf, wenn sie sich an die Einnahmевorschriften bewährter Medikamente halten (also die Arzneimittel einnehmen, wie angewiesen). Ganz Ähnliches gilt für Patientinnen, die sich in Versuchen an die gegebenen Vorschriften für die Einnahme von Placebos halten: Sie erfahren ebenfalls geringere Sterblichkeitsraten als andere, die dies nicht tun (Simpson et al., 2006). Sich an die Maßgaben zu halten, ist gemeinhin ein Zeichen dafür, dass jemand glaubt, dass die Behandlung wirksam sein wird, und in diesem Fall kann das Befolgen von Vorgaben zur Einnahme von Placebos über Leben und Tod entscheiden. In einer weiteren interessanten Studie wurde weiblichen Putzkräften in einem Hotel gesagt, ihre Arbeit sei eine gute Körperübung. Verglichen mit Hotelangestellten, die diese Information nicht bekamen, berichteten sie später, fitter zu sein, und hatten auch tatsächlich günstigere Gesundheitsindikatoren (geringeres Körpergewicht, niedrigeren Blutdruck und weniger Körperfett), *obwohl sie nicht mehr trainierten* als andere (Crum u. Langer, 2007). Über 90 % des Effekts von Antidepressiva geht auch auf den Placebo-Effekt zurück (Kirsch, 2010). Psychotherapiepatienten, die den Nutzen ihrer Therapie eher ihren eigenen Bemühungen als den eingenommenen Medikamenten (in Wirklichkeit ein Placebo) zuschrieben, hatten mit signifikant geringerer Wahrscheinlichkeit einen Rückfall (Lieberman, 1978; Powers, Smits, Whitley, Bystritsky u. Telch, 2008).

Einfach bloß Erwartungen zu schaffen, indem man den Betroffenen eine Erklärung für ihr Leid anbietet und die Behandlung beschreibt, reicht jedoch

nicht aus. Die Patientinnen und Patienten müssen auch die therapeutischen Rituale ausführen. Die Erklärung, dass eine Pille den Schmerz lindert, muss davon begleitet sein, die Pille einzunehmen. Erklärung und Ritual wirken nämlich nur zusammen, und die Patientinnen müssen glauben, dass der therapeutische Fortschritt auch ein Resultat ihrer eigenen Bemühungen ist, was mit einem Gefühl der Kontrolle über den eigenen Zustand verbunden ist. Es gibt Hinweise darauf, dass Menschen vor allem im sozialen Kontext heilen (Benedetti, 2011; Wampold u. Imel, 2015). Die Bedeutung von Erwartungen in der Psychotherapie ist vielfach nachgewiesen (Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano u. Smith, 2011).

Wichtig für die Akzeptanz der Erklärung und die Schaffung von Erwartungen ist eine Übereinstimmung, was die Aufgaben und Ziele der Therapie betrifft – ein zentraler Aspekt des therapeutischen Bündnisses. Dieses Bündnis wird als ein pantheoretisches Konstrukt definiert, das durch zielgerichtete, gemeinschaftliche Arbeit entsteht und drei Komponenten hat: die Bindung sowie Übereinstimmung bei den Zielen und Aufgaben (Bodrin, 1979; Hatcher u. Barends, 2006; Horvath, 2006; Horvath u. Luborsky, 1993). Das Bündnis ist die meist erforschte Komponente im psychotherapeutischen Prozess; fast zweihundert Studien haben die Korrelation zwischen Bündnis und Therapieergebnis untersucht und auf meta-analytische Weise eine starke Korrelation zwischen der früh entwickelten Bindung und dem letztlichen Ergebnis ermittelt – und zwar für alle Formen von Psychotherapie (Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds u. Horvath, 2012; Horvath, Del Re, Flückinger u. Symonds, 2011).

Gesundheitsfördernde Maßnahmen umsetzen

Die Macht therapeutischer Rituale ist nicht auf die geschaffenen Erwartungen beschränkt. Der dritte Pfad im kontextuellen Modell weist auf einen indirekten Effekt der therapeutischen Beziehung auf das Ergebnis hin. Eine auf Kooperation ausgerichtete Arbeitsbeziehung, die Einverständnis über die Ziele der Therapie und der nötigen Aufgaben zur Erreichung dieser Ziele einschließt, führt dazu, dass die Patienten sich umso mehr für ihre therapeutischen Aufgaben engagieren. Abgesehen von der Beziehungstiftung können die Aufgaben sehr wohl therapeutischen Nutzen haben.

Ein wichtiger Punkt besteht darin, sich bewusst zu machen, dass unterschiedliche Behandlungsformen auch sehr unterschiedliche therapeutische Maßnahmen zum Einsatz bringen. Zum Beispiel bitten kognitive Verhaltenstherapeuten ihre Patientinnen, adaptiver zu denken und maladaptive kognitive Muster zu verändern; Verhaltenstherapeuten lassen ihre Patientinnen zuvor ver-