



Triffst du nur das Zauberwort

WOGE

**Die Konstruktion wirksamer
therapeutischer Interventionen**

Jörg Fengler

Seit langem suchen Wissenschaftler nach den Ursachen für erfolgreiche therapeutische Interventionen. Nachdem sich die Erkenntnis durchgesetzt hat, dass es die eine überragende Schule nicht gibt, konzentrieren sich einige Studien auf integrative Prinzipien, andere auf Merkmale der Therapeutenpersönlichkeit. Der Autor stellt vier Dimensionen jenseits der traditionellen Psychotherapieschulen bzw. schulenübergreifend dar, die seines Erachtens zur Effizienz therapeutischer Interventionen beitragen. Er lädt ein, seinen – noch vorläufigen – Überlegungen zu folgen in der Hoffnung, Anstöße für Theorieentwicklung, Therapieausbildung und klinische Supervision zu geben.

1. Einleitung

Der Titel dieses Beitrags knüpft an ein Eichendorff Gedicht an:

»...und die Welt hebt an zu singen,
triffst du nur das Zauberwort.«

Derart anspruchsvoll sind die Ziele von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gewiss nicht, dass die Welt anheben möge zu singen, wenn wir die trefende Intervention formulieren. Wohl aber ist das Interesse an der Frage, wie psychotherapeutische Interventionen konstruiert werden müssen, damit sie wirksam werden können, so alt wie die Arbeit in der Psychotherapie überhaupt. Ich werde im Folgenden ein metatheoretisches Modell darstellen, das auf diese Frage eine Antwort versucht. Die durchaus noch vorläufigen Überlegungen zu dem Thema sind weder an eine bestimmte Therapieschule noch an eine spezifische Tätigkeit (Therapie, Supervision, Beratung usw.) noch an eine einzelne Zielgruppe (Kinder, Jugendliche, Erwachsene, ältere Menschen, Gruppen) oder an einen exklusiven Kontext (psychotherapeutische Praxis, Gefängnis, Krisenintervention, stationäre Behandlung) gebunden. Vielmehr werde ich deskriptiv vier Dimensionen vorstellen, die sich in psychotherapeutischen Interventionen aufzeigen lassen. Meine Annahme geht dahin, dass Interventionen, in denen diese Qualitäten Berücksichtigung finden, bei ihrem jeweiligen Adressaten eine förderliche Wirkung ausüben werden.

Zu meinem Interesse an dem Thema trug wesentlich bei, dass ich während meiner eigenen psychotherapeutischen Ausbildung von verschiedenen Kolleginnen und Kollegen sehr kompetent supervidiert wurde, z.T. auch in kollegialer Intervention, und dann selbst rasch Supervisionsaufgaben in verschiedenen Praxisfeldern der Psychotherapie übernahm. Dabei stellten sich mir wiederkehrend Fragen der folgenden Art:

■ Wie kommt es, dass *eine* Intervention eine *gute* Wirkung zeigt, eine *andere* hingegen nicht?

■ Was ist dafür verantwortlich, dass *eine* Intervention missglückt, eine *andere*, fast gleichlautende, jedoch eine tiefgreifende Wirkung erzielt?

■ Wie kann man, wenn im psychotherapeutischen Gespräch eine Stagnation eintritt, selbst wieder beweglich werden bzw. die Gruppe »flott« machen?

Bemerkenswert finde ich dabei, dass verschiedene Versuche, die ich unternahm, die Fülle möglicher Interventionen zu systematisieren, rasch an ihre Grenzen stießen. Nicht zuletzt ist es ja für Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten in den zahlreichen psychotherapeutischen Curricula von Vorteil, wenn das, was sie sich als Kompetenz aneignen sollen, eine gewisse Ordnung und Systematik erfährt. Auch dies wird in der folgenden Darstellung angestrebt.

2. Was ist eine psychotherapeutische Intervention?

Vorab möchte ich den Begriff Intervention definieren. Unter einer Intervention werde ich für unsere weitere Erörterung alles verstehen, was Helferinnen und Helfer absichtlich und gezielt äußern und tun, um Einfluss auf

das psychosoziale Geschehen zu nehmen. Ausgeschlossen bleiben demgegenüber unbewusste und unbeabsichtigte Äußerungen und Handlungen sowie mechanische und physiologische Verrichtungen wie Atmen, Naseputzen, Einschlafen, die Sitzposition wechseln, wenn sie ohne Intention für den (Gruppen-)Prozess erfolgen. Da man bekanntlich nicht nicht handeln kann, ist auch manche Untätigkeit des Psychotherapeuten als Intervention zu betrachten, wenn sie absichtsvoll erfolgt und – zumindest gemessen an gewissen Konventionen und Erwartungen – ausdrucksstark erscheint, z.B. langes Schweigen, nicht antworten, nicht hinsehen, nicht aufstehen usw. in Augenblicken, wo dies erwartet werden kann.

3. Vertrauensvolle Beziehung

Zwar ist das Schulen-Denken in der Psychotherapie noch keineswegs überwunden (Krampen, 2002a). Krampen unterscheidet in dieser Hinsicht für das 20. Jahrhundert vier Phasen:

■ **Vorphase:** Historische Vorläufer mit z.T. nach wie vor gegebener Aktualität

■ **1. Phase:** Begründung eigenständiger psychotherapeutischer Behandlungsansätze

■ **2. Phase:** Eklektizismus

■ **3. Phase:** Auf dem Weg zu einer integrativen, Allgemeinen und Differentiellen Psychotherapie (Krampen 2002b).

Aber da, wo psychologische Interventionen der Begleitung, Beratung, Klärung, Entwicklung und Förderung dienen, wird eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Helfer und Klient in der Regel für unerlässlich gehalten (Grawe, 1995, S. 775ff.; 1998, S. 127ff.). Dass eine solche Beziehung unerlässlich ist, ist offenbar weitgehend unstrittig. Hingegen müssen wir wohl annehmen, dass sie keine hinreichende Bedingung für Änderungen darstellt. Zu einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Psychotherapeuten und Patienten gehört für mich der respektvolle Umgang mit Persönlichkeit, Kognitionen, Emotionen und Verhalten des Patienten; Erwartung von Kontinuität, Verschwiegenheit und Zuverlässigkeit; menschliche Sympathie, Reife und Lebenserfahrung des Psychotherapeuten; Erwartung und Erfahrung, dass er oder sie bei den persönlichen Problemlagen und Lernprozessen mit fachlicher Kompetenz begleitend zur Verfügung steht und weiterhin stehen wird.

Natürlich gibt es auch Gegenbeispiele. Zumindest in der Rückschau wird mancher sehr strenge Lehrer idealisiert und glorifiziert (»Bei dem haben wir jedenfalls etwas gelernt!«). Manchem strengen, cholerischen Klinikleiter gegenüber entwickeln sich in der Rückschau Anerkennungs- und Dankbarkeitsgefühle der Assistenten. Aber solche Ausnahmen *bestätigen* die Regel und *sind nicht* die Regel. Für die Psychotherapie dürften sie keine besondere Bedeutung haben. Ich nehme also an, dass über eine solche Basisbeziehung von Vertrauen, Sympathie und Kompetenzvermutung hinaus, weitere

Qualitäten erfüllt sein müssen, um eine einzelne Intervention zu einer guten Intervention werden zu lassen. Nun zu den vier Dimensionen.

4. Dimension I: Positive Provokation/Neugier/Vigilanz

Es ist von Vorteil, wenn die Intervention auf Antrieb Aufmerksamkeit weckt, also das Gefühl vermittelt: Es lohnt sich hinzuhören. Es ist dienlich, wenn zwischen dem, was der Patient schon weiß, und dem, was in der Intervention sichtbar wird, eine Kluft besteht, die er oder sie – leicht oder gerade noch – überbrücken kann. In der Pädagogischen Psychologie spricht man bei Lehr-Lern-Prozessen von der »Schaffung dosierter Diskrepanzerlebnisse« und meint etwas Ähnliches. Im systemischen Ansatz spricht man von »Angemessener Verstörung«.

Positive Provokation/Neugier/Vigilanz habe ich diese Dimension genannt, weil die Kluft zwischen Geläufigem und Neuem überbrückbar sein soll. Ich nehme also an, dass der Grad der Provokation in unseren Interventionen quantitativ abstufbar ist. Ist die Provokation sehr gering, indem der Therapeut z.B. zu fast allem, was der Patient sagt, antwortet: »Ja, das sehe ich auch so!«, so wird sich dieser bald langweilen. Schüler sagen dann im Unterricht ärgerlich: »Immer das Gleiche!« oder erkennen die Routine in der Behandlung des Steckenpferdes, das der Lehrer pflegt und kultiviert. Fällt die Provokation andererseits in Bezug auf das Erlebens- und Verhaltenssystem des Patienten allzu krass aus, so wird dieser den Kontakt vielleicht abbrechen, weil er nicht versteht, was der Psychotherapeut meint, und sich nicht mit Respekt behandelt fühlt. Studenten reagieren manchmal mit Entmutigung und Vermeidung, wenn im Stoff der Vorlesung zu schnell vorangegangen wird.

In der Psychotherapie kennen wir Verfahren, die eher zum einen Pol tendieren, z.B. die frühere Nicht-Direktivität des damals noch als »klient-zentriert« bezeichneten Ansatzes, und andererseits Gestalttherapie, Psychodrama und Provokative Therapie (Farrelly & Brandsma, 1986), die eher mit hohen Provokations-Dosen operieren.

5. Dimension II: Leichtigkeit/Varianz/Eleganz

Diese Dimension bezeichnet eine gewisse Mühelosigkeit, Souveränität, Unangestrengtheit, gleichsam das selbstverständliche Können, die Beherrschung des Metiers, die nicht mit Routine verwechselt werden soll. Der Begriff Eleganz gefällt mir dabei noch nicht ganz. Er verbindet sich für mich etwas zu sehr mit Mode, Accessoires und Outfit. Wenn er aber ausdrückt, dass sich jemand als Psychotherapeut gelassen und sicher, fast traumwandlerisch sicher bewegt und äußert, so deckt er den Inhaltsraum recht gut ab, den ich im Sinn habe. Ich möchte die von Freud beschriebene gleichschwebende Aufmerksamkeit als Qualität in Betracht ziehen, die hier zum Tragen kommt: Es handelt sich um eine Aufmerksamkeit für alles, was geschieht,

ohne an irgendeiner Stelle länger zu haften oder auf bestimmte Inhalte perseverierend zu fokussieren. Die Deutung ergibt sich, wenn die Hinweise sich verdichten, fast von selbst – im richtigen Augenblick. Dies wird im Begriff des »Szenischen Verstehens« von Loch 1999 bestätigt: Die Deutung wird nicht *gedacht*; vielmehr findet sich Material zusammen, bis sich beim Psychotherapeuten eine Prägnanz gleichsam von selbst einstellt und zur Deutung drängt.

Carl Rogers (1981) hat einmal beschrieben, dass er, wenn er über mehrere Tage hinweg Encounter-Gruppen leitet, Erlebnisse eines Einswerdens mit dem Geschehen hat, so dass er auch noch die feinsten Nuancen der Kommunikationssignale aus dem Plenum wahrnehmen und würdigen kann – mühelos. In Gruppendynamik, Supervision und Erwachsenenbildung erleben einige von uns nach einigen Stunden oder Tagen etwas damit Vergleichbares: Eine sensitive Dünnhäutigkeit, in der die Dinge in einer nahezu beängstigenden Klarheit intuitiv erfasst, oft sogar körperlich gespürt und mühelos in Interventionen verwandelt werden können.

Zur Charakterisierung des Merkmals Leichtigkeit/Varianz/Eleganz fallen mir immer wieder Beispiele aus Bewegung und Sport ein: Ein eleganter Tänzer muss über ein beträchtliches Quantum an Talent und Erfahrung verfügen. Seine Art, sich über das Parkett zu bewegen, wirkt am Ende leicht, fast mühelos. Er vermag zu improvisieren und den Ablauf zu variieren. Er scheint über das Parkett zu »schweben«. Es drängt sich der Eindruck auf, wir müssten es auch so können, wenn es doch so leicht sei. Erst beim eigenen Erproben wird uns klar, dass es jahre- oder jahrzehntelange Arbeit ist, deren Resultat wir sehen.

6. Dimension III: Evidenz/Meta-Evidenz

Eine Intervention lebt von ihrer Evidenz: Sie leuchtet unmittelbar ein; sie führt zu einem ruckhaften Aha-Erlebnis und erzeugt im besten Fall ein Gefühl von Freude und Erleichterung, das man in die Worte kleiden könnte: »Ja, stimmt! Genauso ist es!« Wenn eine Intervention hohe Evidenz besitzt, so erklärt sie sich in sich selbst, ist bildhaft, prägnant, schlüssig oder scheint in diesem Moment als bestmögliche Annäherung an Veränderungsmöglichkeit und -realität des Patienten. Gegenbilder zu Evidenz sind Verstiegtheit und Verschrobenheit, Notwendigkeit zur Erläuterung und Erklärung, langatmige Ausführungen, Verteidigung der Intervention gegen Kritik des Patienten und Rechthaberei.

Ich habe zwischen Evidenz und Meta-Evidenz unterschieden und will damit verdeutlichen, dass es zwei Qualitäten der Evidenz gibt. Entweder nimmt die Intervention direkt und plausibel Bezug zu der aktuellen Situation: Der Patient spricht also z.B. sehr leise und der Gruppentherapeut sagt: »Ich kann Sie nicht verstehen. Können Sie bitte etwas lauter sprechen.« Diese Intervention ist plausibel; die Evidenz ergibt sich un-

Anzeige Pabst

JÖRG FENGLER,
geboren 1944;
1969 Dipl.-Psych.;
1972 Dr. phil.;
1975 Prof. für
Psychologie und
Psychotherapie in der
Heilpädagogik;
Trainer für Gruppen-
dynamik (DAGG);
Supervisor
(BDP, DGSv);
Lehrsupervisor
(DGVt, DVT, GwG);
1999 Approbation
zum Psychologischen
Psychotherapeuten.

Anschrift

JÖRG FENGLER,
Universität zu Köln
Frangenheimstr. 4
50931 Köln

mittelbar. Aber sie ist auf die Dauer auch ein wenig langweilig und altbacken. Sie mag im Wiederholungsfall rigide, uninspiriert oder autoritär wirken.

Nun zur Meta-Evidenz: Etwas mehr Ruck und Pfiff, Einladung, Anregung und förderliche Aufregung erlebt der Patient vielleicht, wenn der Gruppentherapeut in der gleichen Situation des Leisesprechens sagt:

■ »Können Sie bitte noch etwas leiser sprechen?«

■ »Gewiss sagen Sie etwas sehr Wichtiges, aber es dringt nicht zu mir vor.«

■ »Die Strapazierung Ihrer Stimmbänder hält sich heute wieder echt in Grenzen.«

■ »Flüstern ist Silber, reden ist Gold!«

■ »Wie ich sehe, führen Sie wieder einmal Selbstgespräche.«

■ (noch leiser als der Patient) »Ich kann Sie nur sehr schwer verstehen.« usw.

Zur Meta-Evidenz gibt es eine Entsprechung im Hamburger Verständlichkeitskonzept (Langer, Schulz von Thun & Tausch, 1999), das dort »Zusätzliche Stimulanz« genannt wird: Eine psychotherapeutische Intervention weist über die Evidenz hinaus eine Meta-Evidenz dann auf, wenn ihr eine zusätzliche Stimulanz beigemischt wird: eine Prise Witz, Paradoxie, Drastifizierung usw.; es gibt hier viele Möglichkeiten. In allen diesen Fällen tut der Therapeut ein wenig mehr als unbedingt erforderlich. Ich nehme an, dass es vorteilhaft ist, wenn es ihm gelingt, in seinen Interventionen Evidenz und Meta-Evidenz zu verwirklichen.

Das Gegenteil von Evidenz und Meta-Evidenz heißt: sich auf Nebenkriegsschauplätzen bewegen; an dem vorbeiziehen, was die Patienten bewegt; um Kleinigkeiten streiten; mit sich selbst und den eigenen inneren Bildern beschäftigt sein. Dies können gewiss nicht wünschbare Qualitäten von Interventionen sein.

7. Dimension IV: Wirkung/Konsequenz/Effizienz

Die vierte Qualität der Intervention nenne ich Wirkung/Konsequenz/Effizienz. Gemeint sind damit Effekt, Bedeutsamkeit und Nachhaltigkeit der Äußerung für den Patienten. Jede Intervention ist nur dadurch gerechtfertigt, dass sie eine angestrebte Wirkung erreicht. Dabei kann man zwischen Breite, Tiefe und Dauer der Wirkung unterscheiden. Breite bezieht sich auf den Generalisierungsgrad, der von der Intervention auf verschiedene Lebenskontexte ausgeht. Tiefe meint Erlebnisintensität wie auch das Vordringen in unbewusste Bereiche; Dauer misst die Wirkung auf der Zeitachse. Ich nehme an, dass alle drei wie auch noch weitere Wirkungen einzeln und unabhängig voneinander wie auch gemeinsam eintreten können. Woran kann man die Wirkung einer Intervention bemessen?

■ Nachlassen des Leidensdrucks

■ Milderung der Symptomatik

■ Zufriedenheit bei der Behandlung

■ Erreichung bisher unerreichbarer Ziele

■ Zuwachs an Einsicht

■ Differenzierung des Urteilvermögens

■ Zuwachs an Handlungskompetenz usw.

Bei der Beurteilung einer erst soeben ausgesprochenen Intervention stehen in der Regel solche Außenparameter noch nicht zur Verfügung. Dennoch ist von dem Therapeuten, der die Intervention macht, zu fordern, dass er sich über ihre förderliche Wirkung Gedanken macht, sie entsprechend konzipiert und sich bemüht, Eindrücke über die eingetretene Wirkung zu gewinnen.

8. Quantitative Ausprägung der Dimensionen

Ich nehme also an, dass die Verwirklichung der vier genannten Dimensionen der Qualität von psychotherapeutischen Interventionen zugute kommt. Belanglosigkeit, Schwerfälligkeit, mangelnde Plausibilität und Wirkungslosigkeit sind gewiss keine anstrengenswerten Qualitäten von Psychotherapeuten-Äußerungen. Allerdings gilt dies mit einigen Einschränkungen.

Grundsätzlich besteht ja nie die ganze Sitzung aus punktgenauen Interventionen. Vielmehr ist ein nennenswerter Teil der Zeit Begrüßung, Einleitung, Aufrechterhaltung des Gesprächsflusses, Erkundigung, Nachfrage, Organisation, Auskunft, Erklärung, Terminvereinbarung, Verabschiedung usw. Mit diesem Hinweis möchte ich einer vielleicht aufkommenden Sorge grundsätzlich entgegenreten, das hier vorgestellte Interventionsmodell sei eine Aufforderung, im psychotherapeutischen Handeln ständig nach diesen Dimensionen zu starren und etwa noch die Qualität der eigenen Arbeit ausschließlich daran zu messen oder dadurch beurteilen zu lassen. Alfred Adler hat einmal geäußert, ein gutes Therapiegespräch erkenne man daran, dass der Patient gar nicht merke, dass es sich um eine Therapie handle. Das ist gewiss zu beherzigen.

Nun im Detail zu der wünschbaren Ausprägung der vier Dimensionen.

8.1. Positive Provokation/Neugier/Vigilanz

Nicht jede Intervention muss besondere Vigilanz erzeugen. Gerade zuverlässig wiederkehrende Anfangsinterventionen wie z.B. der Satz: »Worüber wollen Sie heute sprechen?« sind bei vielen Patienten beliebt. Sie knüpfen an die letzte Sitzung an, strahlen Zuverlässigkeit aus und geben gerade in ihrer Unbestimmtheit und Zieloffenheit dem Patienten Gelegenheit, Vigilanz für *seine aktuelle* Stimmungs- und Interessenslage zu entwickeln und den Freiraum mit *eigenen*, von Sitzung zu Sitzung *wechselnden* Inhalten zu füllen. Das Gleiche gilt oft für das zuverlässige Anfangsschweigen des Gruppenleiters in der Gruppenpsychotherapie.

8.2. Leichtigkeit/Varianz/Eleganz

Auch Leichtigkeit/Varianz/Eleganz bewegt sich zwischen zwei Polen. Auf der einen Seite stehen der Eleganz die Holprigkeit, die ungeschickte Wortwahl, die Kompliziertheit, Unverständlichkeit, Vagheit, die unnütze Konstruktion und Spekulation gegenüber. Auf

der anderen Seite steht die manierierte stilistische Verfeinerung, die aperçuhafte Verkürzung und Vereinfachung, das Fortteilen von Bonmot zu Bonmot. Leichtigkeit/Varianz/Eleganz bewegt sich zwischen beiden, vielleicht ein wenig mehr hin zu Verfeinerung als zur Vergröberung.

Eine lebendige literarische Darstellung von Leichtigkeit/Varianz/Eleganz findet sich in Goethes »Reineke Fuchs«, das 1794 erschien. Der Rotrock versteht es immer wieder, noch in aussichtslos erscheinenden Lebenslagen, den Kopf aus der Schlinge zu ziehen. Er verwandelt Schwäche und drohende Niederlage in Überlegenheit und Sieg. Das Lesevergnügen wird allenfalls durch das völlige Fehlen von Moral getrübt, so dass wir ihm, bei aller Bewunderung, den Erfolg doch nicht ganz gönnen. Mit dieser Kehrseite und Schatten-seite hat Leichtigkeit/Varianz/Eleganz immer zu tun. Fällt das Intervenieren allzu leicht und allzu elegant aus, so wirkt es unverbindlich und bedenkenlos und fast wie Raffinesse.

Ob wir uns auf einen solchen Menschen in echter Not würden verlassen können, erscheint uns plötzlich ungewiss. Vielmehr drängt sich der Verdacht auf, einer ernsthaften Inanspruchnahme werde sich der Helfer leicht und elegant entziehen. Allein dies ist Grund genug, nicht maximale Leichtigkeit/Varianz/Eleganz in Interventionen anzustreben, sondern ein nur relatives Überwiegen derselben.

8.3. Evidenz/Meta-Evidenz

Mehrere Gesichtspunkte veranlassen mich, auch der Evidenz/Meta-Evidenz gegenüber, die ich einerseits empfehle, zugleich eine etwas zurückhaltende Position einzunehmen. Ein Ehrgeiz auf diesem Gebiet könnte sich entweder in der Zitierung von Redensarten, Sprichwörtern und Allerweltsweisheiten erschöpfen: hochevident und sehr belanglos für den Einzelfall. Oder der Therapeut könnte versuchen, ein Feuerwerk geistreicher Aphorismen zu produzieren, mit denen er sich und den Patienten eher anstrengt als beglückt.

Mangelnde Evidenz/Meta-Evidenz ist manchmal kein Nachteil. Der Gesprächspartner merkt u.U., dass sein Helfer krass oder haarscharf an dem vorbeiredet, was ihn, den Patienten beschäftigt, und kann über ein »Nicht so, sondern...« sein eigenes Anliegen, evtl. sogar im Kontrast zu der Therapeuten-Intervention, deutlicher verstehen und ausformulieren. Entscheidend ist dann nur, dass er dafür Raum findet und dass das Danebengreifen des Helfers nicht zu oft auftritt. Oder der Patient bemerkt, dass sein Helfer in diesem Moment wirklich mehr mit sich selbst als mit ihm, dem Patienten, beschäftigt ist.

Mir ging es in der eigenen Therapie einmal so: Ich hatte dem Therapeuten nach meiner Rückkehr von einer Trekkingtour in Nepal von einem nächtlichen Gespräch in einem abgelegenen Dorf, hoch in den Bergen des Himalaja, erzählen wollen und setzte dazu an. Er griff das Gesprächsstichwort gleich enthusiastisch auf; denn er war einige Jahre zuvor ebenfalls in Nepal gewesen,

*Anzeige
Huber*

und auf der gleichen Route wie ich gewandert. Nun sagte er erregt: »Ja! Sie sitzen mit den Einheimischen in der Hütte, die Flammen zucken im Herd, der Joint kreist, unsicheres Licht huscht über die Gesichter, im Stall stampfen unruhig die Pferde und zerren an den klirrenden Ketten, eine Situation dämonischer Unruhe und Erwartung!« – Aber das hatte *er* vielleicht erlebt oder in einem Abenteuerbuch gelesen. *Mein* Erlebnis war es jedenfalls nicht. Ich konnte dies gelassen erkennen, ihm für seinen plötzlichen inneren Bilderansturm Raum geben und nach einiger Zeit zu meinem eigenen Erlebnis zurücklenken.

8.4. Wirksamkeit/Konsequenz/Effizienz

Schließlich die Wirksamkeit. Eine unmittelbare Wirkung des eigenen Intervenierens ist oft nicht erkennbar. Brenner (2000) hat darauf hingewiesen, dass manche Deutung, die der Therapeut richtig erkannt hat, mit einer gewissen Unermüdlichkeit immer wieder ausgesprochen werden muss, auch wenn der Klient sie immer wieder zurückweist. Manche Therapeutenäußerung versteht der Patient erst *nach* der Sitzung, manches erst nach Wochen oder Monaten oder auch erst Jahre nach dem Ende der Behandlung. Insofern ist Wirksamkeit/Konsequenz/Effizienz nicht allzu kurzschrittig zu verstehen. Wir ernten oft später oder gar nicht, was wir säen.

9. Resümee

Die vier Dimensionen, die ich beschrieben habe, sind nicht in erster Linie normativ, sondern deskriptiv konzipiert. Die Grenzen zwischen den Therapieschulen sind fließend und durchlässig geworden – darauf haben zuletzt Davison, Neale und Hautzinger (2002) hingewiesen. Das Modell liefert Kriterien, um die eigene Art des Intervenierens genauer zu untersuchen, planmäßig zu akzentuieren und bei Bedarf zu modifizieren. Es kann für die Ausbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten herangezogen werden sowie in Supervision und Selbstsupervision als Hilfestellung dienen. Die Operationalisierung und empirische Validierung der Dimensionen befinden sich in Vorbereitung.

ZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Arbeit wird therapieschulenübergreifend ein Modell der psychotherapeutischen Intervention entwickelt, das vier Dimensionen umfasst: die Therapeut-Patient-Interaktion als zentrale Qualität von Psychotherapie generell sowie die vier Dimensionen Positive Provokation/Neugier/Vigilanz, Leichtigkeit/Varianz/Eleganz, Evidenz/Meta-Evidenz sowie Wirkung/Konsequenz/Effizienz. Es wird die Annahme begründet, dass eine moderate Ausprägung dieser Qualitäten in psychotherapeutischen Interventionen einen wichtigen Beitrag zu deren Güte zu leisten vermag. Die Berücksichtigung der Dimensionen in Psychotherapieausbildung und klinischer Supervision wird herausgestellt.

LITERATUR

- BRENNER, CH. (2000). *Grundzüge der Psychoanalyse*. Frankfurt/Main: Fischer.
 DAVISON, G.C. & NEALE, J.M. (2002). *Klinische Psychologie*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
 FARELLY, F. & BRANDSMA, J.M. (1986). *Provokative Therapie*. Berlin: Springer.
 GRAWE, K., DONATI, R. & BERNAUER, F. (1995). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
 GRAWE, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
 KRAMPEN, G. (2002a). Schulendenken in der Psychologie – überwunden? Schulendenken in der Psychotherapie noch aktuell, aber... *Report Psychologie* 27, 32-34.
 KRAMPEN, G. (2002b). Drei-Phasen-Modell... zur Geschichte der Psychotherapie im 20. Jahrhundert. *Report Psychologie* 27, 330-346.
 LANGER, I., SCHULZ VON THUN, F. & TAUSCH, R. (1999). *Sich verständlich ausdrücken* (6. Auflage). München: Reinhardt.
 LOCH, W. (1999). *Die Krankheitslehre der Psychoanalyse* (6. Auflage). Stuttgart: Hirtzel.
 ROGERS, C.R. (1981). *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Psychoholic