

„OPK vor Ort 2016“ zum Thema Reformen in der stationären und ambulanten Psychotherapie erreichte ein Viertel der OPK-Mitgliedschaft



„OPK vor Ort“ in Dresden (links) besuchten fast 350 Kollegen, „OPK vor Ort“ in Potsdam hatte BPTK-Referenten Timo Harfst im Gepäck.

Wie jedes Jahr im Herbst begrüßte der Vorstand interessierte OPK-Mitglieder in allen fünf Ländern, um sich mit ihnen auszutauschen, über aktuelle Themen zu informieren und diese kritisch gemeinsam zu diskutieren. Die jährlichen Veranstaltungen sollen die Mitgliedschaft über aktuelle Themen und Schwerpunkte der Vorstandsarbeit informieren und Gelegenheit zur kritischen Auseinandersetzung geben. Insgesamt kamen 1.000 Mitglieder nach Rostock, Potsdam, Weimar, Dresden und Magdeburg. Die Veranstaltungen im Jahr 2016 standen unter dem Schwerpunktthema „Reformen in der stationären und ambulanten Psychotherapie“. Der Vorstand berichtete zum einen über die Änderungen, die sich durch die Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung in Psychiatrie und Psychosomatik ergeben. Die OPK wird sich in den nächsten Jahren verstärkt der Frage widmen, wie man die Psychotherapie und die Psychotherapeuten besser in den Einrichtungen der stationären Versorgung verankern kann.

Besonders engagiert wurden außerdem die Veränderungen diskutiert, die sich aus den Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie ergeben. Die Präsidentin der OPK, Andrea Mrazek, stellte die wichtigsten Neuerungen vor und ordnete sie in den Kontext der gesundheits- und berufspolitischen Aktivitäten ein. Vorträge von Timo Harfst (BPTK), Jürgen Matzat (Patientenvertretung) und Dr. Thomas Uhlemann (GKV-SV) ergänzten diesen Teil. Die anwesenden Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten diskutierten kritisch und konstruktiv, was die neuen Leistungen, wie die psychotherapeutische Sprechstunde, für die psychotherapeutische Versorgung bedeuten und welche Hemmnisse und Schwierigkeiten sich aus der Ausgestaltung ergeben könnten. Es wurde klar, dass die Umsetzung auch von Detailregelungen abhängen wird. Viele wiesen nachdrücklich darauf hin, dass Mehraufwand durch bürokratische Vorgaben stets zulasten der Patienten gehen wird. Klar ist außerdem, dass die Bedeutung des Aufbaus

von Netzwerken vor Ort steigen wird, und dass es insofern auch je nach regionaler Verortung der einzelnen Praxen zu unterschiedlichen Schwierigkeiten in der Umsetzung einer Neuausrichtung kommen kann. Die Ausgestaltung der Psychotherapie-Vereinbarung und die Verhandlungen über die Bewertung der einzelnen Leistungen laufen gerade aktuell. Die OPK wird sich im Sinne der von ihr vertretenen Mitgliedschaft dafür einsetzen, Vorschläge zu einer sinnvollen Ausgestaltung der Psychotherapie-Vereinbarung vorzulegen. Zentral mit der Thematik verknüpft bleibt es außerdem, dass die Umsetzung der Ausgestaltung der Befugnisse für Psychotherapeuten auch der angestrebten Rolle als Primärversorger psychischer Krankheiten entspricht. Außerdem muss dringlich gefordert werden, dass eine fachlich fundierte Evaluation der Sprechstunde angestrebt wird. Alles in allem sind die Mitglieder der OPK gewillt, bei aller Kritik an einzelnen Punkten, ihrer Rolle im Versorgungssystem auch in Zukunft gerecht zu werden.

Im Plenum des 3. Ostdeutschen Psychotherapeutentages: Professor Dr. Dr. Gerhard Roth: „Man muss endlich die Strategie aufgeben, den anderen psychotherapeutischen Richtungen die Kompetenz abzusprechend und die eigenen Erfolge deutlich zu überhöhen.“

Gerhard Roth, 1942 in Marburg geboren, ist einer der führenden deutschen Neurobiologen und leitete viele Jahre das Institut für Hirnforschung an der Universität Bremen. Auf dem 3. Ostdeutschen Psychotherapeutentag am 17. und 18. März 2017 in Leipzig wird er den Plenumsvortrag mit dem Titel „Grundzüge einer allgemeinen Psychotherapie aus neurobiologischer Sicht“ halten. Wir baten Professor Dr. Dr. Gerhard Roth vorab zum Gespräch.

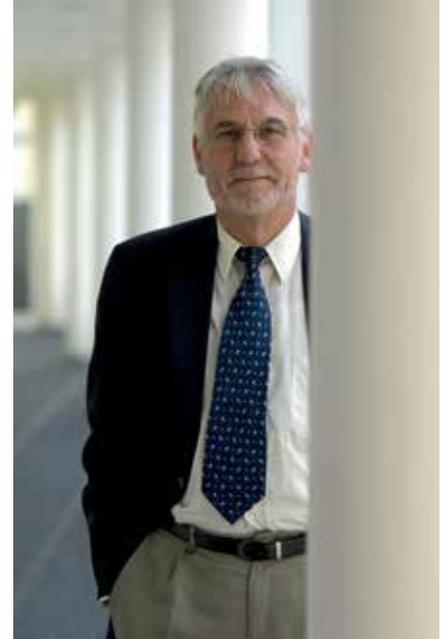
Sie haben in jüngster Zeit als einer der renommiertesten Hirnforscher Deutschlands wesentliche Ergebnisse der Neurobiologie in den Aufmerksamkeitsfokus der Psychotherapeuten gelenkt. Welches sind die hierfür relevanten Projekte?

Professor Gerhard Roth: Ich beschäftige mich seit Längerem mit der Psychotherapie-Wirkungsforschung, vor allem unter dem Gesichtspunkt der Neurowissenschaften und der Hirnforschung. Wir konnten eine wichtige Hypothese bestätigen, die schon länger kursiert, nämlich, dass einer der wichtigsten Wirkfaktoren bei allen Psychotherapieformen die „therapeutische Allianz“ ist. Das heißt: Ein ganz unspezifischer Wirkfaktor, nämlich der des Vertrauens zwischen Patient und Therapeut, hat einen Einfluss von 30 bis 70 Prozent auf jegliche Psychotherapie. Manchmal bestimmt er sogar 100 Prozent der Wirkung – unabhängig von der Methode, die angewandt wird. Bestimmte Methoden können also aus naturwissenschaftlicher Sicht völlig unsinnig sein, und allein das Vertrauensverhältnis von Therapeut und Patient und auch das Vertrauen in die Methode würden ausreichen, eine deutliche Besserung der Befindlichkeit zu erreichen. Die Neurobiologie kann inzwischen erklären, wie es hierzu kommt. Wenn ein Vertrauensverhältnis existiert, wird in den Gehirnen von Therapeut und Patient der Stoff Oxytocin ausgeschüttet,

der eine enge Bindung herstellt. Oxytocin hat aber auch die positive Wirkung, dass es das Stresshormon Cortisol reduziert. Es führt zudem zu einer Beruhigung durch die Steigerung von Serotonin und über die Ausschüttung „hirneigener Drogen“ zum Wohlbefinden. Wir können also das, was wir schon immer vermutet haben – unspezifische positive Effekte bei jeglicher Behandlung, unabhängig von deren Inhalt – aus neurobiologischer, naturwissenschaftlicher Sicht voll bestätigen. Manchmal ist dies sogar ein zu 100 Prozent erklärender Faktor.

Dies trifft aber nur in einer ersten Therapiephase zu. Diese Phase kann Wochen, ja sogar Monate gehen, in der es dem Patienten deutlich besser geht. In dieser Zeit ist die Gefahr eines Therapieabbruchs sehr groß. Bei schwereren psychischen Erkrankungen sind damit allerdings die eigentlichen Ursachen nicht beseitigt. Und genau diese Patienten haben Rückfälle und stehen nach einem Jahr wieder vor der Tür. Gerade bei Depressionen liegt die Rückfallquote um die 80 Prozent. Dann kommt ein weiterer Faktor für die längerfristige Therapie ins Spiel, nämlich die Umstrukturierung tiefliegender dysfunktionaler Gewohnheiten, die mit psychischen Erkrankungen verbunden sind. Die Neurobiologie kann zeigen, dass dies mit einer bloßen Einsicht in die Ursachen der Erkrankung, zum Beispiel durch die klassische kognitive Verhaltenstherapie, aber auch durch eine rein aufdeckende Psychoanalyse überhaupt nicht zu bewältigen ist. Stattdessen müssen die dysfunktionalen Gewohnheiten tief im Inneren des Gehirns, die in den sogenannten Basalganglien lokalisiert sind, durch prozedurale Weise geändert werden, d. h. durch Überschreiben. Das bedeutet Einüben, Einüben, Einüben.

Das sind die beiden Kernergebnisse. Das dritte ist schon sehr heikel: dass



Prof. Dr. Dr. Gerhard Roth

man nachweisen kann, dass alle die Wirkmodelle, die die gängigen Therapierichtungen vorweisen, nur bedingt wissenschaftlich begründet sind, und dass die Therapieerfolge in der Regel geringer sind als offiziell angegeben.

Ihre wissenschaftlichen Ergebnisse dürften damit für reichlich Zündstoff gesorgt haben.

Oh ja, das haben sie. Ich habe diese Ergebnisse inzwischen auf vielen Tagungen und Kongressen von Psychotherapeuten vorgestellt und es wird mittlerweile sehr gefasst und sehr interessiert aufgenommen. Gerade weil im Rahmen der Forderung einer evidenzbasierten Medizin auch Psychotherapie naturwissenschaftlich belegt werden muss, wie das wirken soll, was man da tut. Deshalb sind sowohl Vertreter der klassischen Verhaltenstherapie, der kognitiven Verhaltenstherapie, der Psychoanalyse und psychodynamischer Verfahren an dem, was wir publiziert und untersucht haben, sehr interessiert. Mich überrascht selbst, dass das Interesse die Ablehnung so stark überwiegt.

Welches methodische Design liegt diesen Forschungsprojekten zugrunde?

Wir haben eine große Studie über zwei Jahre gemacht, in der wir 20 Patienten in Bremen, die unter schwerer Depression litten und eine psychodynamische Therapie bekamen, zu Beginn, in der Mitte und am Ende mit neurobiologischen Methoden, mit Elektroenzephalografie und mit Kernspintomografie ins Gehirn geschaut haben. Gemeinsam mit Psychiatern, Psychotherapeuten und Neurobiologen haben wir die Patienten auch interviewt. Die Ergebnisse haben wir mit Kontrollpersonen verglichen. Das waren Studierende der Universität Bremen. Wir haben zu Beginn zeigen können, dass sich die schwere Depression auch deutlich im Gehirn zeigt, nämlich in den Zentren des limbischen Systems. Wir konnten damit bestätigen, dass man im Gehirn Vorgänge erkennen kann, die mit depressiven Erkrankungen einhergehen. Und es gelang uns, den Therapieerfolg, der dann nach ein bis zwei Jahren eintrat, mit bestimmten Veränderungen im Gehirn hin zu einem Normalzustand zu korrelieren. Das hat großes Aufsehen erregt und hat auch sehr viel Geld gekostet. Das war die erste Studie überhaupt zur Effektivität psychodynamischer Therapien. Daraus haben wir viele Erkenntnisse abgeleitet.

Sollte die Psychotherapie verstärkt mit der Neurobiologie zusammenarbeiten?

Ja, unbedingt. Es geht dabei auch nicht nur um die Neurobiologie, sondern um die enge Zusammenarbeit zwischen Neurobiologen, Psychologen, Psychiatern und Psychotherapeuten insgesamt. Dabei geht es um die Frage: Was ist an den Wirkmodellen dran, z. B. der Verhaltenstherapie, der kognitiven Verhaltenstherapie, der Psychoanalyse, der psychodynamischen Theorie? Was ist neurobiologisch und psychologisch fundiert und was wirkt nicht? Einige Maßnahmen stimmen und andere Maßnahmen können aus Sicht der Hirnforschung überhaupt nicht funktionieren. Das stellen wir den Vertretern der verschiedenen Therapieschulen vor. Ein ganz wichtiger Umstand ist,

dass Therapeuten, die für eines der Richtlinienverfahren zugelassen sind, oft in Wirklichkeit in ihren Praxen etwas anderes machen, als „offiziell“ angegeben, und mit dem sie dann erfolgreich sind. Es tritt dann etwa ein Therapeut auf und sagt, ich bin kognitiver Verhaltenstherapeut. Das, was ich in meiner Praxis tue, hat Erfolg. Das verbucht die kognitive Verhaltenstherapie dann ungerechtfertigter Weise als ihren Erfolg. Wenn man aber nachvollzieht, was diese Therapeuten in ihren Praxen wirklich praktiziert haben, hat das mit kognitiver Verhaltenstherapie häufig nichts zu tun. Entsprechendes gilt natürlich auch für die anderen Richtlinienverfahren. Das ist nichts anderes als Etikettenschwindel. Deshalb ist es Zeit zu überlegen, ob man das Herausposaunen von großartigen Wirkungen der verschiedenen Therapieverfahren nicht einfach unterlassen sollte. Wir wissen inzwischen ganz gut, was in der Psychotherapie wirkt. Wir sollten eine Toolbox, einen Werkzeugkasten mit verschiedenen Methoden anlegen, den wir bei verschiedenen Erkrankungen verschiedener Patienten mit unterschiedlichen Persönlichkeiten anwenden. Das, was der bedeutende Psychotherapeut Klaus Grawe vor Jahren schon gefordert hat: nämlich eine allgemeine oder integrierte Psychotherapie.

Wie werden sich dann aus Ihrer Sicht die Richtlinienverfahren entwickeln?

Das ist eine ganz schwierige Frage. Ich kenne die Verhältnisse ganz gut. Ein sehr guter Freund von mir war der Co-Vorsitzende des wissenschaftlichen Beirates für die Richtlinienverfahren und weiß, wie dort machtpolitisch vorgegangen wird. Und wenn man die ganzen Fallstricke der Schulenburg durchschaut hat, wobei es um sehr viel Geld geht, dann muss sich dramatisch etwas ändern und es wird sich auch ändern. Die Krankenkassen wollen jetzt schon wissen, was Psychotherapeuten tatsächlich machen und wie und warum es funktioniert. Das ist in der sonstigen Medizin zunehmend der Fall, aber in der Psychotherapie überhaupt noch nicht. Es kann nicht sein, dass die verschiedenen Richtlinienverfahren sich die Kompetenz absprechen, aber gleichzeitig

einen Kuhhandel hinsichtlich der Zulassung betreiben. Stattdessen müsste die Frage lauten: Was sind unsere großen, positiven Wirkfaktoren und wann und wie kann ich diese zum Wohle des Patienten am besten zum Einsatz bringen?

Bemessen Sie diesem Ansatz eine große Chance zu?

Was Menschen wie Institutionen letztlich zur Änderung zwingt, ist der Leistungsdruck. Die Forderung von Klaus Grawe ist in der Welt. Alle Maßnahmen, die zur Veränderung der Persönlichkeit, Befindlichkeit von Menschen angewandt werden, unterliegen immer stärker der Forderung nach dem Nachweis der Effizienz. Das wird sich schon aus Kostengründen verstärken. Ich sehe anhand meiner Einladungen zu Tagungen und Kongressen die Psychotherapeuten zunehmend beunruhigt. Man möchte den Patienten keine Behandlung unter einem falschen Etikett vorschwindeln.

Wahrscheinlich müssen demnächst die meisten therapeutischen Konzepte unter dem Aspekt der Dominanz der „therapeutischen Allianz“ überprüft bzw. verändert werden. Welche Konsequenzen sehen Sie als Neurobiologen für die Lernprogramme der zukünftigen Direktstudenten der Psychotherapie bzw. der Fort- und Weiterbildungsinstitute?

Dass Bindung und Vertrauen bei Psychotherapie eine große Rolle spielen, wird bereits allgemein akzeptiert. Inzwischen sind auch die Verhaltenstherapeuten achtsamkeits- und bindungsorientiert. Also auf Bindung sind jetzt alle aus. Das allein nutzt aber nichts, wenn man nicht auch erklärt, warum es wirkt und nicht fauler Zauber ist. Das Zweite ist genauso wichtig: Zu erkennen, dass schwerere Belastungen psychischer Art nur überschrieben, aber zumindest unter Normalbedingungen nicht gelöscht werden können. Dazu muss man wissen, wie Psyche im Gehirn entsteht und wie psychische Erkrankungen im Gehirn ablaufen. All dieses Wissen ist unbedingt notwendig für einen Psychotherapeuten, damit er versteht, was er tun soll und warum das eine Erfolg hat und das andere nicht. Es kommt schon

auf eine allgemeine Psychotherapieausbildung heraus – im Sinne von Klaus Grawe, bei der diese Aspekte des Verständnisses der neurobiologischen Art eine viel größere Rolle spielen müssen. Das wird kommen, die Forderungen dazu sind da.

Mit welchen Gedanken sehen Sie dem 3. Ostdeutschen Psychotherapeutentag im März kommenden Jahres in Leipzig entgegen, auf dem Sie einen Plenumsvortrag mit dem

Titel „Grundzüge einer „allgemeinen Psychotherapie“ aus neurobiologischer Sicht“ halten werden? Mit welcher Resonanz rechnen Sie?

Viele Therapeuten sind verunsichert, weil sie die Diskrepanz der Schule, der sie angehören und angehören müssen – aus kassenärztlichen Gründen – und dem, was sie machen, unbefriedigt lässt. Ich rechne mit einer sehr offenen Zuhörerschaft. Dann gilt es auch darüber zu sprechen, Konzepte zu ver-

ändern. Ich bin sehr optimistisch und freue mich auf Leipzig. Man muss endlich die Strategie aufgeben, den anderen psychotherapeutischen Richtungen die Kompetenz abzuspochen und die eigenen Erfolge deutlich zu überhöhen, und die Therapeuten müssen viel ehrlicher werden in Hinblick auf das, was sie tatsächlich machen, und dabei ideologische Grenzen bewusst überschreiten. Die Patienten werden es den Therapeuten danken.

Professor Dr. Jürgen Körner: „Meine Matrix ist eine Anregung, die verschiedenen Kompetenzen der unterschiedlichen Verfahren gewissermaßen übereinander zu legen und zu vergleichen.“

Jürgen Körner, 1943 in Erfurt geboren, ist Diplom-Psychologe, Psychoanalytiker und emeritierter Professor für Sozialpädagogik an der Freien Universität Berlin. Zum 3. Ostdeutschen Psychotherapeutentag kommt er mit dem Plenumsvortrag „Die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenzen“ nach Leipzig.

Werden Sie in Ihrem Plenumsvortrag Bezug zu den kompetenzbasierten Ausbildungszielen eines Psychotherapiestudiums, wie es die BPTK, der Länderrat entwickelt hat, nehmen?

Prof. Jürgen Körner: Ja, das werde ich tun. Ich kenne diese Zusammenstellungen und halte sie in mehrfacher Hinsicht für ergänzungsbedürftig. Insbesondere glaube ich, dass das, was mit Kompetenzen gemeint ist, zu allgemein gefasst ist, nicht präzise genug. Und insbesondere bei der Frage der Haltung, die mir sehr am Herzen liegt, bleiben die Autoren dieser Papiere etwas im Ungefähren. Denn es handelt sich um einen Kompromissentwurf, an dem maßgeblich auch die Verhaltenstherapeuten mitgewirkt haben. Denen liegt es nicht nahe, wenn die Haltung als eigene Kompetenz aufgeführt wird. Daher taucht der Begriff der psychotherapeutischen Haltung in dem Entwurf der BPTK nur noch am Rande auf. Das hängt mit den unterschiedlichen Auffassungen der therapeutischen Beziehung zusammen. Für Psychoanalytiker ist die therapeutische Beziehung das

Wesentliche, das die Veränderung ermöglicht. Für Verhaltenstherapeuten ist das nicht so. Verhaltenstherapeuten befinden sich aber auf dem Wege zu dieser Sichtweise. Mit wenigen Worten: Der Begriff der Haltung ist in diesen Papieren noch nicht ausreichend klar definiert.

Gibt es dazu Erweiterungen, Abgrenzungen?

Ich glaube, dass der Begriff der Handlungskompetenz zu sehr als Anwendung von Techniken verstanden wird. In Wahrheit ist es aber so, dass die Handlungskompetenz ohne die Berücksichtigung der dahinter stehenden Haltungen gar nicht richtig erklärt und nicht erlernt werden kann.

Sie erstellen eine Kompetenzmatrix für alle wissenschaftlich anerkannten Verfahren. Heißt das, dass es trotz der Unterschiede und Pluralität einen „common ground“ gibt, der alle Psychotherapeuten verbindet?

Es gibt ihn immer mehr. Die großen Unterschiede zwischen Verhaltenstherapie und psychodynamischen Verfahren haben sich in den letzten Jahrzehnten zunehmend verringert. Die Verhaltenstherapie ist, das muss ich mit Freude feststellen, auf dem Wege, nicht nur das dynamisch wirksame Unbewusste anzuerkennen, sondern auch zu verstehen, dass die therapeutische Beziehung so wesentlich ist für den therapeutischen Erfolg. Da sind wir einander



Prof. Dr. Jürgen Körner

schon sehr nahe. Meine Matrix ist eine Anregung und soll ermöglichen, die verschiedenen Kompetenzen der unterschiedlichen Verfahren gewissermaßen übereinanderzulegen, um sich zu vergewissern, wie viele Übereinstimmungen es gibt und wie viele Unterschiede geblieben sind. Es gibt in meinen Augen mehr Verbindendes, vor allem im Wissen. Bezüglich der Haltung ist das Verbindende noch nicht gut zu erkennen.

Welchen Stellenwert räumen Sie dabei der Allegiance mit dem eingesetzten Psychotherapieverfahren als wichtige Kompetenz eines approbierten Psychotherapeuten ein?

Die spielt aus meiner Sicht eine geringere Rolle, als man früher annahm. Je länger man mit seinem Verfahren arbeitet, desto elastischer wird man in der

Anwendung. Ich zum Beispiel habe vor etwa 40 Jahren angefangen psychoanalytisch zu arbeiten. Ich war damals in der Auslegung der Regeln sehr streng und sehr genau. Das hat sich inzwischen in einen sehr viel flexibleren und einen viel mehr auf den Patienten bezogenen Umgang verwandelt.

An Therapieerfolgen/-misserfolgen wurden in der Vergangenheit häufig der Anteil der Persönlichkeit des Psychotherapeuten selbst und der des gewählten Psychotherapieverfahrens als groß angenommen. Sehen Sie diesen Anteil nach wie vor als so hoch an?

Ja, allerdings. Der Beitrag der Beziehung wird aus meiner Sicht sogar noch unterschätzt. Allerdings muss man dahingehend relativieren, dass der persönliche Anteil des Therapeuten und das von ihm angewandte Therapieverfahren in einer Art Wechselbeziehung zueinander stehen. Ich hoffe, dass ich ein guter Psychodynamiker bin, aber ich bin mir nicht sicher, ob ich auch ein guter Verhaltenstherapeut wäre. Und ich kenne Verhaltenstherapeuten, denen ich nicht raten würde, psychoanalytisch zu arbeiten. Jeder sollte das Verfahren wählen, das am besten zu ihm passt. Deshalb sind auch therapeutische Wirksamkeitsstudien, bei denen aus Gründen der Untersuchungsmethodik verlangt wird, dass die beteiligten Therapeuten verschiedene Verfahren mit verschiedenen Patienten anwenden sollen, problematisch. Ich könnte, selbst wenn ich es gelernt hätte, wohl nicht so gut Verhaltenstherapie anwenden.

Lässt sich die Qualität der psychotherapeutischen Kompetenzen von Psychotherapeuten überhaupt messen bzw. einheitlich beurteilen und wenn ja, wie?

Das ist eine schwierige Frage, vor allem bei den psychodynamischen Verfahren zielen wir ja nicht allein auf Symptomheilung oder Besserung des psychischen Zustandes ab, sondern es geht um eine Umstrukturierung der Persönlichkeit. Diese ist nicht leicht zu erfassen,

obgleich es dafür inzwischen auch Instrumente gibt, z. B. die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Da liegt noch viel Forschungsarbeit vor uns. Ich habe vor ein paar Jahren die Arbeitsgemeinschaft der Psychodynamischen Professorinnen und Professoren gegründet. Wir beschäftigen uns gegenwärtig mit diesen Fragen. Auf einem jüngst veranstalteten Symposium ging es um Beziehungskonzepte in der Verhaltenstherapie und in der psychodynamischen Psychotherapie. Dabei wurde deutlich, wie ähnlich sich die Konzepte inzwischen sind. Für das kommende Jahr planen wir eine Tagung darüber, wie man wesentliche Veränderungen im therapeutischen Prozess erfassen kann. Wir glauben, dass es signifikante Wendepunkte gibt, „*turning points*“, in denen sich etwas Wesentliches ereignet. Wir werden versuchen, diese Wendepunkte im therapeutischen Prozess und in den Dialogen zu erfassen. Wir werden versuchen, mithilfe von Tonbandmitschnitten oder gar Videoaufzeichnungen solche Wendepunkte zu analysieren. Der Frage, was in einer erfolgreichen Therapie geschieht, kommen wir dadurch vielleicht näher.

Gibt es eine Reihenfolge oder Prioritäten der Vermittlung bei den drei Segmenten Wissen, Handlungskompetenz und Haltung?

Die Reihenfolge ist so, dass man mit Wissen anfangen sollte. Die Handlungskompetenz und die Haltung kann man gar nicht getrennt vermitteln. Es gibt kein Handeln, dem nicht eine Haltung zugrunde liegt. Und schon gar nicht kann man eine gute psychotherapeutische Haltung jenseits konkreten therapeutischen Handelns vermitteln. Man muss beides gleichzeitig machen. Und da schwebt mir vor, dass die wesentlichen Kompetenzen des Psychotherapeuten dadurch gelehrt werden, dass erfahrene Therapeuten sich in ihrem Handeln zeigen und darstellen, wie sie es machen. Die wesentlichen Konzepte der Übertragung, des Widerstandes und der Einsicht lassen sich nämlich nicht theoretisch erklären, sondern die

Lernenden müssen sehen, wie sie im praktischen Handeln angewendet werden. Da rein abstrakte Vermittlung von Theorien wenig hilfreich ist, sollen die jungen Kollegen möglichst frühzeitig mit klinischen Fällen konfrontiert werden. Und in der Auseinandersetzung mit diesen Patienten sollen sie lernen, wie man die Konzepte der Psychotherapie als Werkzeuge und Möglichkeiten anwendet, um mit dem Patienten hilfreich umzugehen.

Sich verändernde gesellschaftliche Verhältnisse, als auch sozial-berufsrechtliche Verhältnisse, führen auch zu veränderten Anforderungen in den Kompetenzen. Trägt das Modell der Kompetenzmatrix dem Rechnung?

Ich hoffe, dass diese Matrix als eine gleichsam nach vorne offene Matrix verstanden wird. Sie spielen vielleicht darauf an, dass sich die Anforderungen an die Psychotherapeuten ausweiten werden. Ich zum Beispiel war als Hochschullehrer an der FU mit jugendlicher Delinquenz befasst, habe darüber viel geforscht. Und ich habe eine Methode in der präventiven Arbeit mit jugendlichen Delinquenten („Denkzeit“) entwickelt, die psychoanalytisch fundiert ist. Die psychoanalytische Pädagogik ist eine Anwendungsform der Psychoanalyse. Die Praxisfelder der Psychoanalyse werden sich in der Zukunft weiter verbreitern. Wir werden viel mehr Prävention betreiben müssen, viel mehr mit älteren Menschen, mit Migranten arbeiten. Die Kompetenzmatrix sollte offengehalten werden für die Anforderungen, die aus den neuen Praxisfeldern an uns herangetragen werden.

Geschäftsstelle

Kickerlingsberg 16
04105 Leipzig
Tel.: 0341-462432-0
Fax: 0341-462432-19
www.opk-info.de
info@opk-info.de