

(veröffentlicht in: psycho-logik 1/2006; Freiburg/München: Verlag Karl Alber)

Wissen und Können in der Psychotherapie

Michael Huppertz

Zusammenfassung

In der psychotherapeutischen Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen ist neben der Arbeit an dem Wissen des Patienten über sich selbst und seine Umwelt, sowie neuen Erfahrungen im Kontext der Therapie auch die Verbesserung der alltäglichen praktischen Lebensbewältigung des Patienten von Bedeutung. Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen epistemischem Wissen, Alltagswissen und Können sowie das Zusammenwirken dieser verschiedenen Formen des Zugangs zur Wirklichkeit werden analysiert. Insbesondere die Kontextualität des alltäglichen Könnens stellt jede Psychotherapie, die sich um eine Verbesserung der Alltagsbewältigung der Patienten bemüht, vor grundsätzliche Probleme, die vorgestellt und veranschaulicht werden. Konsequenzen für das Selbstverständnis und die Praxis der Psychotherapie werden aufgezeigt.

Schlüsselwörter: explizites Wissen - alltägliches Können - Transferproblem - Fertigkeiten - Lebenseinstellung

Abstract

Treating patients suffering from severe mental disorders psychotherapists should not only focus on the patients' explicit knowledge about themselves, their environment and the common construction of new experiences within the therapeutic situation but on the improvement of mastering daily life as well. Explicit knowledge, knowing-in-action and interaction between both forms of knowledge are analyzed. The contextual character of everyday skills is important for every therapeutical proceeding in this field. Consequences for conception and practice of psychotherapy are pointed out.

Key words: explicit knowledge - knowing-in-action - transfer - skills - concept of life

1. Einleitung

Stellen wir uns einige alltägliche Situationen vor: Wir liegen auf einem Sofa und haben Rückenschmerzen. Wir suchen und finden eine einigermaßen erträgliche Position. Wir wollen etwas sagen, finden schließlich die richtigen Worte. Wir schauen beim Ultraschall zu und sehen nur Schneegestöber in der Nacht. Der Gynäkologe zeigt uns unser Kind. All dies sind Beispiele des Könnens: angenehm liegen, Worte finden, komplexe Muster erfassen, natürlich auch lesen, Autofahren, warten. Wir bewältigen unser Leben zu einem großen Teil nicht durch Wissen, sondern durch eine Vielzahl von Fertigkeiten. Dennoch können wir über unser „Wissen“ wesentlich mehr sagen als über unser „Können“. In jüngerer Zeit ist aber das Interesse an dem Rätsel des Könnens erheblich gestiegen. Ich möchte mit diesem Vortrag zeigen, warum dieses Rätsel für die Psychotherapie von Bedeutung ist, insbesondere, wenn sie sich mit schweren und dauerhaften psychischen Störungen wie Persönlichkeitsstörungen, rezidivierenden oder chronischen Depressionen oder Folgezuständen einer schizophrenen Erkrankung beschäftigt.

2. Epistemisches Wissen, Alltagswissen und Können

(Tab. 1, aus technischen Gründen nur in der Druckfassung)

Können wird in der Regel im Zusammenhang mit Wissen thematisiert. Wissen und Können sind eng miteinander verbunden. Nun gibt es viele Formen des Wissens. Ich möchte mich hier mit zwei Formen genauer beschäftigen: epistemischem oder wissenschaftlichem Wissen und Alltagswissen. Wir neigen in unserer Kultur dazu, in den Wissenschaften den Königsweg des Wissens zu sehen. Daneben führt das Alltagswissen, obwohl oder gerade weil es uns viel näher steht, das Dasein eines Aschenputtels. Epistemisches Wissen strebt stets nach Höherem - nach Zeitlosigkeit, Objektivität und bestmöglicher Begründung. Die wissenschaftliche Einstellung ist grundsätzlich skeptisch. Wissenschaftliche Erkenntnisse müssen so formuliert werden, dass sie von prinzipiell jedem überprüft werden können und idealtypisch zeitlos gültig sind. Perspektivität und Subjektivität sollen ausgeschlossen werden. Epistemisches Wissen ist basal über Propositionen der Form „dass X P ist“ („dass Bielefeld eine Großstadt ist“) organisiert, in denen also Entitäten Eigenschaften zugeschrieben werden. Epistemisches Wissen schafft idealerweise über Definitionen Identitäten, also Einheiten, deren Eigenschaften so klar bestimmt sind, dass über die Zugehörigkeit oder Nichtzugehörigkeit eines neuen Objektes eindeutig entschieden werden kann. Beispiel: Bei einem Krankheitsbild handelt es sich idealerweise um einen Fall von Borderline - Störung oder nicht. Epistemisches Wissen strebt darüber hinaus nach möglichst

hoher Systematisierung, Propositionen werden zueinander in Beziehung gesetzt und sollen widerspruchsfrei miteinander vereinbar sein. Epistemisches Wissen muss explizierbar, also darstellbar und mitteilbar sein. Es wird nach bestimmten Regeln, Techniken und Ritualen erworben, diskutiert und explizit weitergegeben.

In den meisten der gerade dargestellten Dimensionen unterscheidet sich das Alltagswissen von epistemischen Wissen. So ist die Einstellung des Alltagswissens nicht skeptisch. Wir übernehmen es in der Regel, ohne es kritisch zu hinterfragen, setzen seine Gültigkeit voraus, sofern wir nicht auf seine Schwächen gestoßen werden. Alltagswissen beruht nicht auf Identitäten, sondern auf Typisierungen. Typisierungen fassen Elemente nach Familienähnlichkeiten, nicht nach gleichen Eigenschaften zusammen. Einfache Beispiele: Was ist ein Wohnzimmer, was ist ein alter Mensch, was ist noch ein Mädchen, schon eine Frau, was ist überhaupt weiblich oder männlich? Was ist Sommer oder Herbst? Komplizierte Beispiele: Was ist Demokratie, Freundschaft, Liebe oder Reichtum? Typisierungen funktionieren nicht nach dem Prinzip „entweder - oder“ sondern nach dem Prinzip „mehr oder weniger“ oder „typisch - ähnlich“. Auch Alltagswissen arbeitet mit Propositionen als elementarer Form, bezieht sich aber nicht nur auf Tatsachenwissen, sondern auch auf Ziele und Werte, damit auch auf Relevanzhierarchien, Pläne, Rituale und narrative Elemente. Es strebt nicht nach Systematisierung. Alltagswissen ist an Systematisierung nicht interessiert, weil es perspektivisch und kontextuell organisiert ist. Der Unterschied von Mädchen und Frau, Reichtum oder Armut lässt sich nur aus einer bestimmter kulturellen Perspektive bestimmen. Kleiden wir Aschenputtel an: Alltagswissen ist konkret, praxisnah, kann Perspektiven einfangen und ist vor allem sehr flexibel. Es kann schnell neue Elemente auf grund von Ähnlichkeit integrieren und muss dafür nicht erst Kriterien überprüfen, Begriffe oder Zusammenhänge in Frage stellen. Es kann die Bedeutung eines Begriffes erweitern oder verändern, aber natürlich auch neue Begriffe schöpfen, ohne methodischen Zwängen zu unterliegen. Solche Veränderungen geschehen meist implizit und müssen sich nur in der kommunikativen Praxis bewähren. Wir werden in Alltagswissen hineinsozialisiert, es wird uns implizit und explizit vermittelt.

Können ist nicht nur durch Alltagswissen geprägt, es hat auch viel mit ihm gemeinsam. Es ist ebenso unkritisch, sofern keine Optimierung angestrebt wird und Optimierung ist im Alltag eher die Ausnahme. Auch Systematisierung wird im Alltag nicht angestrebt, Anschlussmöglichkeiten ergeben sich in der Regel von selbst oder auch nicht. Es stellt sich an dieser Stelle aber auch die Frage, was eigentlich grundsätzlich Wissen und Können miteinander auf eine Weise verbindet,

die einen Vergleich sinnvoll macht. Beides sind Formen der „Welterschließung“, Formen, wie wir unsere Umwelt (und uns selbst) strukturieren. Beide Formen haben unterschiedliche - symbolische und nicht-symbolische - Mittel und unterschiedliche Erfolgskriterien, sind aber aufeinander angewiesen.

Können bezieht sich primär nicht auf Tatsachen, sondern auf Ziele. Mit den Zielen des Könnens hat es aber eine schwerwiegende Besonderheit. Manchmal stehen sie uns einigermaßen klar vor Augen, z. B. wenn wir etwas reparieren wollen, einen Berg ersteigen, ein Geschäft abschließen oder ein Spiel gewinnen. Schon bei diesen Beispielen bleiben die Details der Ziele unbestimmt. In vielen Fällen bleibt das Ziel aber noch vager. Vielleicht ist Ihnen bei meinen Eingangsbeispielen aufgefallen, dass ich Beispiele gewählt habe, bei denen das Ziel der Handlungen besonders unklar war. Wenn wir einen Satz sprechen, so beweisen wir damit eine komplexe Fertigkeit, aber wir verfolgen keinen Plan und formulieren das Ziel - im wahrsten Sinne des Wortes - erst mit dem Satz. Genauso gehen wir vor, wenn wir eine gute Lage für unseren schmerzenden Rücken suchen, jemanden als Freund gewinnen wollen, kochen oder tanzen. Die Bestimmung der Ziele erfolgt in all diesen Fällen über ihre Realisierung. Interessanterweise ist es dazu aber nicht notwendig, die einzelnen Schritte auf dem Weg selbst zu betrachten. Wir brauchen keinen Plan, um etwas zu können. Im Gegenteil, die Zuwendung zu den einzelnen Schritten könnte schädlich sein - wenn der bekannte „Tausendfüßlereffekt“ einsetzt. Wir geraten ins Stottern, wenn wir uns jedes einzelne Wort vor Augen führen. Wenn der Boxer gewinnen will, sollte er sich nicht auf die eigenen Bewegungen konzentrieren, sondern auf den Gegner. Der Pianist sollte die Musik im Auge behalten, und nicht seine Hände, der Autor den Text und nicht die Tastatur. Unser Blick bleibt nach vorne gerichtet und quasi en passant nehmen wir wahr, was wir tun. Michael Polanyi sprach deshalb von distalen und proximalen Elementen des Könnens. Die distalen Elemente liegen z. B. als Ziele im Zentrum unserer Aufmerksamkeit, die proximalen organisieren sich auf diese Elemente hin, ohne dass wir dies wiederum gezielt betreiben. Nur wenn wir nicht weiterkommen, wenden wir uns kritisch und analytisch den einzelnen Schritten unseres Handelns, den proximalen Elementen, zu. Die distalen Elemente bleiben verschwommen, solange wir nicht den ganzen Prozess abgeschlossen haben. Distale und proximale Elemente formieren sich wechselseitig.

Können ist sehr stark von Wahrnehmungen abhängig und umgekehrt. Der Könnner nimmt eine Situation oder ein Objekt anders wahr als der Anfänger und seine Könnerschaft zeigt sich oft gerade in dieser Fähigkeit zu Wahrnehmung, die ohne zeitraubende Analyse und Synthese der

Einzelheiten auskommt. Denken wir an die Ultraschallbilder oder die Wahrnehmung von Musik.

Die Vermittlung des Könnens geschieht wie die des Alltagswissens sowohl explizit als auch implizit. Die explizite Vermittlung ist uns vertraut. Wir können prozedurales Wissen - also Wissen „wie man etwas macht“ - erwerben und anwenden. Diese Form des Lernens ist aber begrenzt. Das liegt daran, dass die Reichweite von vermittelbaren Regeln selbst begrenzt ist. Zum einen kann uns nämlich niemand nach Regeln erklären, wie wir Regeln anzuwenden haben. Denn dann würden wir jemanden brauchen, der uns erklärt wie wir diese neuen Regeln anwenden sollen. Zum andern müssen wir regelhaftes Wissen an die jeweils neue Situation adaptieren und wie wir das zu tun haben, können wir nicht vorausschauend wissen. Sogar dann, wenn wir etwas nach Regeln gelernt haben, ist nicht gesagt, dass wir bei fortgeschrittenem Können noch diese Regeln befolgen, auch wenn es von außen so aussieht. Hubert Dreyfus hat das mit folgendem Beispiel verdeutlicht: Wenn wir mit Stützrädern Fahrradfahren gelernt haben und nun ohne Stützräder vorwärts kommen, ist es nicht unbedingt sinnvoll, zu sagen, dass wir implizit noch Stützräder benutzen. Wenn wir unsere Muttersprache benutzen, so verwenden wir - aus der 3. Person- Perspektive betrachtet - sehr komplizierte Regeln. Tatsächlich haben wir diese Regeln nie kennen gelernt und können sie nicht angeben. Eher als durch explizite Vermittlung von prozeduralem Wissen erweitern wir unser Können durch Versuch und Irrtum oder durch Lernen am Modell. So lernen wir gehen, essen, sprechen, Auto fahren.

Darüber hinaus beruht Können oft auf Wissen, das wir nie explizit gelernt haben und von dem wir nicht wissen, dass wir es wissen. Beispielsweise weiß ich, ohne dass ich oder jemand anderes es mir gesagt hat, dass die meisten Menschen zwei Hände haben und dass die meisten Häuser auf der Erde stehen. Mit einem Kinderwitz: Jemand sagt zu einer Verkäuferin: „Wenn Sie selber zugeben dass Sie noch nie einen 70-Euro-Schein gesehen haben, wie können Sie dann behaupten, er sei falsch?“ Kurzum wenn wir etwas können, so segeln wir auf einem Meer von implizitem Wissen und Fertigkeiten, aber es macht keinen Sinn, zu sagen, dass es in uns vorhanden ist oder dass wir es mitgeteilt bekommen haben.

Wenn wir etwas wahrnehmen oder können, so zaubern wir weder die distalen noch die proximalen Elemente aus dem Hut, sondern wir vermitteln unsere individuellen Dispositionen mit den materiellen und sozialen Elementen der Situationen, in denen wir uns befinden. Diese Elemente haben sowohl einen limitierenden als auch einen Anmutungs- oder Aufforderungscharakter. Sie können mehr oder weniger prägnant und herausfordernd sein und sie können einen mehr oder weniger großen Spielraum eröffnen. Dabei haben wir unsere Umgebung

im Laufe unserer Kulturgeschichte materiell und symbolisch so gestaltet, dass sie uns eine Unzahl von Leistungen nahe legt oder abnimmt. Unser Können ist in noch höherem Masse kontextuell und perspektivisch als unser Alltagswissen. Zu der Situiertheit des Könnens gehört seine Körperlichkeit. Wenn wir etwas können, so ist meist unser ganzer Körper beteiligt, nicht nur unser Gehirn, sondern auch z. B. unsere Stimmbänder, Finger, Ohren. Unsere Dispositionen sind auf eine bestimmte Umwelt abgestellt, stellen Bereitschaften dar, Leistungen in Interaktion mit der Umwelt hervorzubringen - so wie ein gut gedüngter Boden dazu beiträgt, eine gute Ernte hervorzubringen. So wie aber ein Boden gut sein kann, ohne etwas von Weizen oder gar von einer Ernte zu wissen, liegen möglicherweise auch die Dispositionen, die uns zu einem bestimmten Können befähigen, nicht in Form von Schemata oder Repräsentationen in uns vor, die irgendwie das Interaktionsprodukt vorwegnehmen, - auch wenn es von außen so aussehen mag.

Ich möchte mich nun einem naheliegenden Einwand zuwenden. Alltagswissen und Können haben eine gemeinsame Schwachstelle: sie sind mit keiner Garantie für Wahrheit, Angemessenheit oder Gelingen versehen. Wir können routiniert und unbewusst immer die gleichen Fehler begehen und dabei dennoch das Gefühl haben, auf dem richtigen Weg zu sein. Wir spüren, „dass es läuft“, „dass es glatt geht“, einfach, flüssig, rasch und dass wir uns mit den proximalen Elementen nicht zu beschäftigen brauchen. Dieses Spüren reicht von dem Gefühl der Routine bis zu einem „Flow-Erlebnis“ [3]. Da wir im Alltag selten eine kritische Einstellung gegenüber unserem Wissen, unseren Handlungen und Gefühlen pflegen, verwenden wir dieses Spüren nicht als Kriterium, sondern wir vertrauen ihm.

Diese Gefühl des Gelingens gibt eine gewisse Sicherheit, aber zu einer ausreichenden Beurteilung des Könnens brauchen wir häufig darüber hinaus externe Kriterien: Erreichen wir unsere Ziele? Sind sie realistisch, moralisch vertretbar? Passen unsere Teilhandlungen widerspruchsfrei zusammen oder stehen sie sich im Weg? Ist unser Handeln einfach und ökonomisch? Ist es flexibel an die aktuelle Situation angepasst? Ist es anschlussfähig an andere Handlungen? Und: ist das verwendete implizite und explizite Wissen tragfähig bzw. und kompatibel mit unserem erprobten Wissen?

Im Alltag ist optimales Können weder sinnvoll noch gewünscht, weil Alltag in der Regel bedeutet, dass wir verschiedene Aufgaben in begrenzter Zeit zu erfüllen haben. Daher ist Kompatibilität gefragt, nicht Maximierung. Maximierung des Könnens ist oft auch deshalb nicht gewünscht, weil es Situationen gibt, in denen es auf Authentizität und Spontaneität, nicht auf

optimales Können ankommt, anders gesagt, in denen wir riskieren müssen, spontan und evtl. schwach zu sein. Niemand will eine optimierte Liebeserklärung hören [23].

Die drei skizzierten Wissensformen sind zu enger Kooperation in der Lage. Es ist mir wichtig von Kooperation zu sprechen, weil es keinen Sinn macht, die eine Wissensform gegen die andere auszuspielen. Das epistemische Wissen braucht die Vorgaben des Alltagswissens und beide Wissensformen setzen ein Können voraus. Wissen ist „situated“ and „embodied“, „situert“ oder „verkörpert“ besser vielleicht „körperlich“. Nehmen wir aus der Borderline-Diagnostik Begriffe wie „instabile Beziehung“, „Gewalt“ oder „sexueller Missbrauch“. Sie sind Elemente der Alltagssprache, die nach dem Muster der Familienähnlichkeit funktionieren. Wir können rasch einen typischen Fall von sexuellem Missbrauch als solchen erkennen, aber es gibt viele Abschattungen, eine Definition ist schwierig. Umgekehrt ist eine epistemisch konstruierte Diagnose auf Können angewiesen. Den Begriff einer Borderline-Störung können wir zwar epistemisch formulieren, die Diagnose selbst und damit die Überprüfung der Tauglichkeit des Begriffs aber ist wieder eine Frage des Könnens. Die Diagnostik kann selbst nicht wieder durch explizites Wissen geregelt werden. Sie ist auf die Fähigkeit des Diagnostikers angewiesen, etwas als „einen Fall von“ zu erkennen, was sich nicht wieder durch explizites Wissen regeln lässt. In der Praxis lösen wir dieses Problem nicht durch vermehrtes Wissen, sondern durch Training des Erkennens von Ähnlichkeiten an Beispielen.

Gehen wir den Weg umgekehrt, also „top down“: Wissenschaftliche Erkenntnisse beeinflussen unser Alltagsdenken und unsere alltäglichen Fertigkeiten. Das geschieht allerdings eher indirekt. Für unsere alltägliche Lebensbewältigung ist vor allem unser Alltagswissen von Bedeutung. Wir brauchen es für die Formulierung von Zielvorgaben, für die Kontrolle, ob diese Ziele erreicht wurden, für die Explikation und kritische Überprüfung von Handlungsschritten, für den bewussten und rationellen Einsatz technischer Mittel, für die Formulierung und Entwicklung prozeduralen Wissens, für moralische Urteile. Auch unsere Wahrnehmungen sind durch unser Alltagswissen geprägt. Bekanntlich differiert unsere Farbwahrnehmung von Kultur zu Kultur und wir essen keine Hunde, weil wir sie als Haustiere wahrnehmen. Epistemisches Wissen und Alltagswissen zu explizieren und zu diskutieren, ist eine Voraussetzung für Aufklärung und Kritik und für Fortschritte in der alltäglichen Lebensbewältigung. Wenn ich in diesem Text parteilich zugunsten des Könnens erscheine, so liegt es nicht an einer Geringschätzung expliziten Wissens, sondern weil ich einen therapeutisch relevanten Aspekt des Alltags herausstellen möchte, der oft übersehen wird.

3. Wissen und Können in der Psychotherapie

Psychotherapie ist ein besonders gutes Beispiel für die wechselseitige Durchdringung von epistemischem Wissen, Alltagswissen und Können. Psychotherapeuten vollbringen in ihrer Arbeit ständig eine Übersetzungsleistung zwischen den verschiedenen Wissensformen, Epistemisches Wissen ist als Backgroundwissen interessant, es beeinflusst die Konzeptualisierung. In der Regel muss es in Alltagsdenken übersetzt werden oder ist mit Alltagswissen vermischt. Der Übersichtlichkeit halber möchte ich mich im Folgenden auf die Gegenüberstellung dieses Mischwissens, gefasst unter „explizites Wissen“ einerseits und Können andererseits konzentrieren. Psychotherapeuten müssen viel können: sich einfühlen, ermutigen, Nähe und Distanz regulieren, provozieren, Differenzen herausarbeiten, prägnant sein, humorvoll sein, beruhigen, aktivieren, eine gemeinsame Sprache und verschiedene Szenen entwickeln. Welche Wissensform steht in welcher Psychotherapieform im Zentrum der Aufmerksamkeit? Wie wichtig sind Können und Wissen in verschiedenen therapeutischen Konzeptionen? Die folgende Abbildung ist ein Versuch.

(Tab. 2, aus technischen Gründen nur in der Druckfassung)

Die Vermittlung expliziten Wissens hat einen festen Platz in jeder Psychotherapie. Als Aufklärung über selbstverschuldetes Nichtwissen hat sie sich geschichtlich als „wissenschaftliche Psychotherapie“ (Freud) etabliert [11]. Durch die Aufwertung der innertherapeutischen Erfahrung, die Entwicklung der Verhaltenstherapie und die Einbeziehung sinnlicher Erfahrungen sind vielfältige Formen des Könnens in die Psychotherapie aufgenommen worden: die therapeutische Beziehung, szenische Ausgestaltungen, neue emotionale Erfahrungen und Lösungen, körperlicher Ausdruck und körperbezogene Techniken, Simulationen realer Probleme usw. „Semikontextuell“ heißt in diesem Zusammenhang, dass hier Können erworben wird, aber kontextuell zunächst auf die therapeutische Situation bezogen bleibt. Es stellt sich für diese Wissensform also das Problem des Transfers oder der Generalisierbarkeit. Meine Aufgliederung beinhaltet keine Wertung. In vielen Psychotherapien ist die Arbeit mit explizitem Wissen vorrangig und die Arbeit mit semikontextuellem oder kontextuellem Können ist eher beiläufig. Andererseits ist es wohl doch so, dass psychoanalytische ebenso wie humanistische oder kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken durch einen Graben von kontextuellem Können getrennt sind und deshalb ihre Wirkung bei psychischen Erkrankungen, die in einer Beeinträchtigung alltäglichen Könnens bestehen, begrenzt ist. Anders gesagt, aus

erkenntnistheoretischen Gründen ist das Transfer-Problem nicht lösbar, wenn es sich erst einmal stellt. Dieses Problem stellt sich nicht, wenn sich die Therapie methodisch auf das unmittelbare Lernen und Üben im Alltag der Patienten ausrichtet.

4. Gefühle erkennen oder Fühlen können ?

Ich möchte die bisherigen Überlegungen nun konkretisieren: durch die Frage nach dem Umgang mit Gefühlen und durch ein Fallbeispiel.

Der Umgang mit Gefühlen steht im Zentrum fast aller Psychotherapien. Was meinen wir eigentlich, wenn wir sagen, dass Patienten zu impulsiv sind oder zu emotionsarm, ihre Gefühle nicht wahrnehmen, sie abspalten oder emotional inadäquat reagieren. Handelt es sich dabei um einen Mangel an explizitem Wissen, der einen kompetenten Umgang verhindert? In diesem Falle müssten wir uns unseren Gefühlen wie einer Art inneren Objekten zuwenden und sie mehr oder weniger gut erkennen können. Kompetenter und adäquater Umgang mit Gefühlen hieße dann so etwas wie Emotionen adäquat dechiffrieren, ausdrücken und in Handeln umsetzen.

Wenn wir nun die Rolle des Könnens in unserem Alltag stärker würdigen, bekommt „kompetenter Umgang mit Gefühlen“ eine andere Bedeutung: Gefühle müssen situativ entwickelt werden, indem wir an Situationen ausreichend emotional teilnehmen. Anders gesagt: Gefühle sind Emergenzphänomene, sie entstehen aus dem Zusammenwirken zahlreicher Fähigkeiten. Wir müssen unsere Umgebung und andere Menschen differenziert wahrnehmen, eine Situation synästhetisch, atmosphärisch wahrnehmen, averbal kommunizieren, Gefühle ausdrücken, sie körperlich spüren, Phantasien und Erinnerungen entwickeln. Wir müssen nicht alles immer realisieren, aber in der Regel doch einiges davon. Dabei dominieren die leiblich - situativen Fertigkeiten, nicht die im engeren Sinne kognitiven Fähigkeiten. Gefühle sind daher in hohem Maße perspektivisch und kontextuell [25, 26, 4, 9, 10].

Machen wir uns den Unterschied der Auffassungen ganz deutlich: In diesem letzten Ansatz ist es nicht so, dass die Patientinnen schon Gefühle haben, nur nicht richtig dechiffrieren bzw. in Folge falscher Kognitionen sozusagen falsch anwenden, sondern dass die Patientinnen eine Situation nicht genügend gefühlsmäßig strukturieren. Wir haben nicht zuerst ein Gefühl und lesen es dann in uns ab, sondern wir beziehen uns gefühlvoll auf unsere Umgebung und andere Menschen und dabei auch, aber nicht primär auf uns selbst. Mal fokussieren wir diesen, mal jenen Aspekt. „Fühlen können“ ist in diese Sinne eine sinnvolle Formulierung, wenn wir damit

meinen „auf eine bestimmte Weise mit der Umwelt interagieren können“. Gefühle entwickeln bedeutet, sich auf die inneren und äußeren Dispositionen so einlassen, dass sie miteinander in Kontakt kommen. Dadurch entfalten sie sich und es entsteht wie in einer chemischen Reaktion etwas Neues. Bei dieser Lebenskunst ist nicht Optimierung gefragt, sondern Authentizität und Verträglichkeit. Es gibt stets viele Möglichkeiten, mit der Umwelt gefühlvoll zu interagieren, aber nicht beliebig viele. Manche sind inadäquat, weil sie zu stark die inneren und äußeren Gegebenheiten der Situation verletzen, eben nicht ausreichend kontextuell sind. Nehmen wir als Beispiel einer typischen Störung im Umgang mit Gefühlen die Borderline-

Persönlichkeitsstörung: Borderline-Patientinnen sind nicht in der Lage, an bestimmten Kontexten emotional teilzunehmen. Sie riskieren nicht mehr, an Situationen, die zu Enttäuschung, Kränkung, Versagen und somit Verlassenheit, Hilflosigkeit und Wut führen könnten, so teilzunehmen, dass sie diese Gefühle ausdifferenzieren und damit sowohl authentische als auch adäquate Emotionen empfinden können. Sie sind in der Lage eines Zahnarztes, der mit Hammer und Meißel versucht, einen Zahn zu ziehen, dabei das vage Gefühl hat, dass es irgendwie schief geht und dass sein Patient mit der Behandlung nicht ganz einverstanden ist. Es ist naheliegend, der aufkommenden undifferenzierten Spannung so bald wie möglich zu entfliehen, ohne weitere Bemühung um eine halbwegs konstruktive Lösung.

Es ist aber auch richtig, dass wir nicht unsere Gefühle sind. Wir können sie dadurch beeinflussen, dass wir uns von ihnen durch Reflexion distanzieren oder dadurch, dass wir uns gefühlsmäßig weniger auf Situationen einlassen, also unsere Atmung, unsere Körperhaltung, unsere Mitteilungen, Phantasien usw. steuern. Unsere kognitive Steuerung unserer Gefühle besteht im übrigen oft darin, dass wir den Kontext der Gefühle erweitern, also neue Aspekte hinzufügen, einen anderen Horizont aufbauen.

5. Fallbeispiel

Eine ca. 30jährige Patientin mit der Diagnose eine BPS, normal intelligent und gebildet, allerdings mit wenig Lebenserfahrung, ist der Auffassung, dass alle Männer Frauen nur als Sexualobjekte betrachten. Zuneigung, Fürsorge, Empathie gegenüber Frauen liegt Männern fern. Dieses Konzept ist Teil eines teilweise bizarren Welt- und Selbstbildes und einer bunten Symptomatik. Die Patientin hasst unter anderem alles an sich, was weiblich ist. Wir sind uns vermutlich einig, dass es sich bei ihrem Männerbild nicht um eine Form epistemischen Wissens handelt, sondern um eine sehr persönliche Alltagstypisierung. Wie kann man damit umgehen?

1. Der einfachste Weg wäre diskursiv. Wir versuchen, die Behauptung mit Gegenbeispielen zu widerlegen, versuchen es mit Ignaz Semmelweis' heldenhaftem Einsatz für die Frauen, Rilkes Lob der unerfüllten Liebe oder dem Nachbarn der Patientin, der seine Frau nach Schilderung der Patientin selbst „auf Händen trägt“. Das letzte Argument habe ich tatsächlich versucht. Es geschah, was zu erwarten war. Die Patientin lachte und meinte, das sei nun wirklich kein richtiger Mann. Die Antwort war sozusagen korrekt, denn Typisierungen leben ja von Ähnlichkeiten, Abschattungen, einem Mehr oder Weniger und Gegenbeispiele können sie nicht widerlegen. Deswegen würde auch der naheliegende Einwand nicht funktionieren, wieso sie denn bei einem männlichen Therapeuten eine Therapie macht. Ein männlicher Therapeut ist in den Augen der Patientin eben in erster Linie Therapeut, zur Empathie verpflichtet und ausgebildet, gezwungen, seine Männlichkeit abzuschalten oder wenigstens zu verbergen. Die Typisierung bleibe wie sie ist.

2. Nun liegt es nahe, mit semikontextuellem Können zu arbeiten. Der Therapeut interagiert mit der Patientin so, dass sie praktisch lernt, dass ein Mann empathisch und fürsorglich sein kann. Dazu wäre es wichtig, dass der Therapeut genau diese Eigenschaften zeigt und gleichzeitig männlich genug auftritt, um die verschiedenen Szenarien, sagen wir das empathische und das erotische miteinander mischen zu können. Hierbei geht es um averbale Kommunikation, selektive Offenheit und ähnliches. Der Weg ist erfolgversprechend und ließe sich vorsichtig mit einer Diskussion expliziten Wissens verknüpfen. Mit einem gewissen Recht würde aber die Patientin explizit oder implizit darauf beharren, dass es sich hier um eine therapiegebundene Erfahrung handelt, der man außerhalb des therapeutischen Kontextes nicht trauen darf.

3. Wie kommt die Patientin zu einem kompetenten Umgang mit Männern außerhalb der Therapie, also kontextuellem Können, das auch zu entsprechendem explizitem Wissen führen könnte? Naheliegenderweise könnte der Therapeut sie beraten, wie sie zu solchen Erfahrungen kommt. Z. B. könnte er ihr raten, zunächst eine Freundin zu suchen oder zu aktivieren, in deren Begleitung sie sich vielleicht auf öffentliche Veranstaltungen traut. Er könnte mit ihr über Internet-Kontakte, Tanzkurse sprechen, sie am Ende auf einen Singletreff begleiten etc. In den Therapiestunden würden ihre Erfahrungen vorbereitet und ausgewertet. Tatsächlich glaube ich, dass an dieser Art der Arbeit kein Weg vorbei führt.

Nun aber wird es schwierig. Unsere Patientin kann nun ebenfalls ihre Ziele (wie sehen für mich glückliche Beziehungen zu Männern aus?) nur sehr ungefähr angeben. Sie kann sie nämlich erst entwickeln, indem sie Kompetenzen im Umgang mit Männern erwirbt. Zunächst

mal hat sie nur vage oder sogar gar keine Vorstellungen, wie das aussehen könnte. Ebenso wenig weiß sie, welche Gefühle sie gegenüber Männern entwickeln kann, wird und will. Sie wird das erst dann herausfinden, wenn sich vielleicht anders zurecht macht, ihr Verhalten und ihren Körper anders erlebt, wenn sie mit Männern in Kontakt tritt, neue Bedürfnisse verspürt, neue Rückmeldungen erhält etc. Erst dieses kontextuelle Können wird ihre Gefühlswelt und ihre alltagsweltlichen Konzepte verändern. Der Therapeut wird in diesem Falle wie so oft bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ebenfalls kein klares Ziel vor Augen haben und vor allem keinen klaren Auftrag erhalten, im schlimmeren Falle überhaupt keinen. Ebenso wenig verfügen wir vorab über explizites prozedurales Wissen für den jeweiligen Einzelfall. Erinnern wir uns, dass Können eine stetige Anpassung an neue Situationen erfordert. Anders als explizites Wissen steht es nie still, liegt nicht vor, ist nicht in der Zeit stabilisiert. Seine Entwicklung kann nur durch Improvisation erfolgen, nicht durch Regeln, nicht durch explizites Wissen und nicht durch Selbsterkenntnis. Das klingt bedrohlich und ist es auch für unsere Patientinnen und manchmal auch für uns als Therapeuten.

6. Basisfertigkeiten und Lebenseinstellung

Was bleibt zu tun, wenn aus prinzipiellen Gründen ein Transfer alltagspraktischen Könnens von der Therapiesituation in die Lebenswelt des Patienten nicht möglich ist?

1. Zunächst einmal ist das Wissen um diese Problematik hilfreich. Es schützt vor der Selbstüberschätzung, der wir häufig bei Psychotherapeuten - ziemlich unabhängig von ihrer Ausrichtung - begegnen. Die Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit ist umso größer, je mehr Schwierigkeiten der Patient im Alltag hat und je stärker der Therapeut glaubt, eben diese Schwierigkeiten auf Probleme der Selbsterkenntnis reduzieren oder sie in therapiekontextuellen Erfahrungen verdichten zu können. Positiv gesagt, kann das Wissen um die beschränkte Relevanz solcher Strategien dazu führen, dass der Therapeut die ständige Rückkopplung zum Alltag des Patienten sucht und sich auf möglichst realitätsnahe Interventionen konzentriert und die klärenden und aufdeckenden Interventionen diesem Ziel unterordnet.

2. Hier schlägt die Stunde solcher Formen des Könnens, die man Basisfertigkeiten nennen könnte. Es gibt kontextübergreifende Fertigkeiten, d. h. Fertigkeiten, die in jedem beliebigen Kontext gebraucht werden und daher in nahezu jedem Kontext auch geübt werden können. Mit diesen Basisfertigkeiten kann die Patientin neue Erfahrungen, andere kontextgebundene Fertigkeiten und eine neue Lebenseinstellung erwerben. Solche Fertigkeiten werden in

Psychotherapien in der Regel implizit, manchmal auch explizit vermittelt. Es handelt sich um Fertigkeiten der Wahrnehmung, des Fühlens, der Verbalisierung und der (verbalen und averbalen) Kommunikation. Diese Fähigkeiten sind nicht kontextfrei, sondern kontextübergreifend. Die Wahrnehmung der Umwelt oder der Gefühlsbewegungen anderer Menschen ist außerhalb konkreter Kontexte nicht möglich, aber sie hat nur wenige Voraussetzungen und ist nicht an bestimmte Kontexte gebunden. Unabhängig von den speziellen Inhalten - und diese reichen von der Selbstwahrnehmung bis zur Wahrnehmung der Umwelt und anderer Menschen - findet sich dieses implizite Training in allen psychotherapeutischen Verfahren. Dabei sind die Schwerpunkte natürlich unterschiedlich und dürften in der Praxis mehr von den Interessen und Kompetenzen des Therapeuten als von dem Label des Verfahrens abhängen. In modernen skills-orientierten Verfahren für schwerere psychische Störungen wie DBT (für Borderline-Persönlichkeitsstörungen) [18] oder MBCT (zur Prophylaxe bei major depression) [28] werden solche Fertigkeiten explizit vorgestellt und geübt.

Die explizite Orientierung auf Basisfertigkeiten hat interessante Konsequenzen für uns als Therapeuten. Aus der dargestellten Perspektive werden Lernen am Modell sowie Lernen durch Versuch und Irrtum wichtiger als die Vermittlung expliziten propositionalen oder prozeduralen Wissens. Aufwertung des Lernens am Modell würde bedeuten, dass der Therapeut mit dem Patienten nicht nur die Probleme analysiert und Lösungsstrategien entwirft, sondern dass er auch zeigt, wie es gehen kann, noch klarer: wie er selbst mit den Schwierigkeiten des Patienten umgehen würde. Aufwertung des Lernens durch Versuch und Irrtum, Experiment und Improvisation würde sich darin zeigen, dass der Therapeut stärker als üblich die Patientin zum Experimentieren ermutigt, und ihr das Risiko des Scheiterns zumutet, weil er weiß, dass er nicht mehr tun und die Patientin nicht mehr von ihm erwarten kann. Die Bereitschaft zum Risiko ist notwendig für jede Therapie, die auf Können abzielt, d. h. auch mit den Möglichkeit des Scheiterns konfrontiert. Fortschritte der Therapie zeigen sich bei schwereren psychischen Störungen gerade in der Bereitschaft, vertraute Voraussetzungen loszulassen [12], sich mehr auf sich selbst und die Wirklichkeit einzulassen, in der Gegenwart zu bleiben und Geduld zu haben. Sie zeigt sich aber auch in der Fähigkeit und Bereitschaft, vor diesem Hintergrund klare Ziele und Pläne zu formulieren, hier und jetzt wirkliche Entscheidungen zu treffen und ggf. wirkliche Fehler zu machen.

Schließlich ist eine logische Folge der Betonung des Kontextes, dass Motivation weniger in den Patienten vorliegt, sondern selbst ein kontextuelles Moment ist. Sie entsteht in der

therapeutischen Situation und den Therapeuten ist dadurch die Aufgabe gestellt, die therapeutische Situation attraktiv und prägnant zu machen. Wir sollten uns als Psychotherapeuten mehr mit Problemen der Didaktik beschäftigen. Die gerne befestigte Grenze zwischen Psychotherapie und Pädagogik müsste neu diskutiert werden.

3. Eine besondere Situation liegt in Bezug auf die Erkundung subjektiver Dispositionen vor. Psychotherapie ermöglicht, mit sich selbst im Kontakt zu bleiben und zu kommen, sich in Ruhe im Rahmen einer wohlwollenden Beziehung und in nicht oder wenig bewertender Atmosphäre auf sich selbst zu besinnen. Wir brauchen Zeit und Raum, unsere Wünsche, Visionen und Fähigkeiten kennen zu lernen. Dies beinhaltet eine ganz persönliche, inhaltliche Verarbeitung vergangener Erfahrungen und eine Erarbeitung von Zielen. Aber: Was Patienten wirklich wollen und was sie wirklich können, lässt sich in therapeutischen Situationen nicht klären, sondern allenfalls ahnen und skizzieren. Ohne Berücksichtigung der erkenntnistheoretischen Voraussetzungen droht die kunstvolle Konstruktion einer Pseudoidentität.

4. Psychotherapien vermitteln bekanntlich Werte, in der Regel implizit. Sie sind der Psychotherapie als solcher und in unterschiedlicher Weise darüber hinaus den jeweiligen Verfahren inhärent. Tiefenpsychologische Verfahren sind auf Erkenntnis und erweiterte Beziehungserfahrungen orientiert, die Verhaltenstherapie auf Realismus und instrumentalistische Erfolgskriterien, die Gestalttherapie vermittelt den Wert des sinnlichen Erlebens, die Gesprächspsychotherapie den Wert einer offenen, empathischen Kommunikation, Körpertherapien betonen die Bedeutung des Spürens, die Hypnotherapie legt eine eher pragmatisch-spielerisch-relativistische Einstellung nahe, die Dialektisch-behaviorale Therapie eine Haltung der Achtsamkeit und des Loslassens [13]. Dies jeweils alles unter anderem. Dazu kommt, dass die tatsächliche implizite Wertevermittlung auch von der Einstellung des jeweiligen Therapeuten abhängt. Ich glaube, dass wir die Bedeutung der Vermittlung einer neuen Lebenseinstellung in Psychotherapien unterschätzen. Diese Vermittlung geschieht selten explizit, sondern in der Regel als Teil der vermittelten Fertigkeiten und der gewählten Schwerpunkte. Da das Transferproblem nicht lösbar ist, Therapeuten es aber für lösbar halten, glauben sie, dass die psychologischen Erkenntnisse und Konzepte bzw. die therapiekontextuellen Erfahrungen den Wert der Therapie ausmachen und übersehen, dass dieser ebenso sehr in der Vermittlung kontextübergreifender Fertigkeiten und der daran gebundenen Veränderung der Lebenseinstellung liegt. Unsere Lebenseinstellung und unser alltägliches Können beeinflussen sich gegenseitig. Unsere Lebenseinstellung ist in alltäglichem Handeln und Emotionen

begründet, wirkt aber auch wie ein für uns selbst und meist auch für andere unsichtbares Werkzeug auf unsere Wahrnehmungen, Handlungen und Emotionen zurück [20]. In diesem Sinne ist eine Lebenseinstellung nicht dasselbe wie eine Weltanschauung. Sie muss gelebt werden und man muss sich in sie einfühlen. Ihre Explikation ist weder notwendig noch vollständig möglich. Die Veränderung von Lebenseinstellungen geschieht leider nicht mit der Schnelligkeit von Einsichten, sondern erfordert die geduldige, konsequente, oft frustrierende Kleinarbeit an alltäglichen Wahrnehmungen und Handlungen, ähnlich dem Erwerb einer neuen Sprache. Lebensfähigkeit und Lebensklugheit sind keine Eigenschaften des Wissens, sondern des Handelns und des Gefühls.

In erfolgreichen Psychotherapien sind die Erweiterung expliziten Wissens, der Erwerb neuer therapiekontextueller Erfahrungen, die Verbesserung kontextübergreifender Fertigkeiten und die Veränderung der Lebenseinstellung unausweichlich miteinander verbunden. Schwerpunkte der Arbeit lassen sich sinnvoll nur im Hinblick auf ein Störungsbild festlegen. Dafür aber ist es hilfreich, wenn wir klarer sehen, welche Möglichkeiten und Grenzen das Setting hat, das wir „Psychotherapie“ nennen.

Fazit für die Praxis

In der psychotherapeutischen Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen, Depressionen oder Folgezuständen schizophrener Psychosen geht es unter anderem um die Verbesserung der instrumentellen, kommunikativen und emotionalen Alltagsbewältigung. Die Kontextualität alltäglichen Könnens hat zur Folge, dass sich das Transferproblem nicht mehr lösen lässt, wenn es sich erst einmal stellt. Diese Problemstellung zwingt uns, unser vertrautes therapeutisches Handeln und unsere eigene Funktion zu überdenken und neue therapeutische Wege zu gehen. Bereits bei der Konzeption der Therapie sollte die enge Verbindung von Handeln und Wissen berücksichtigt werden. Alltagsrelevante Fertigkeiten müssen auch in der Lebenswirklichkeit des Patienten geübt werden. Dabei spielen kontextübergreifende Basisfertigkeiten und eine implizite Änderung der Lebenseinstellung durch ein verändertes Wahrnehmen und Handeln eine zentrale Rolle.

Literatur

1. Anderson ML (2003) Embodied Cognition: A field guide. *Artificial Intelligence* 149: 91-130.
2. Clark A (1997) *Being There*. The MIT Press, Cambridge Mass. London
3. Csikszentmihalyi M (1999 [1975]) *Das flow-Erlebnis*. Klett, Stuttgart
4. De Sousa R (1997) *Die Rationalität des Gefühls*. Suhrkamp, Frankfurt
5. Dreyfus HL (1989 [1972]) *Was Computer nicht können*. Die Grenzen künstlicher Intelligenz. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
6. Dreyfus HL (2002) Intelligence without representation - Merleau-Ponty's critique of mental representation. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 1: 367-383
7. Gamm G (1994) *Flucht aus der Kategorie*. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
8. Grawe K (2000) *Psychologische Therapie*. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto Seattle
9. Huppertz M (2000) *Schizophrene Krisen*. Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle
10. Huppertz M (2003a) Musik und Gefühl. *Musik & Ästhetik* 26: 5-41
11. Huppertz M (2003b) Die Kunst der Wahrnehmung in der Psychotherapie. In: Hauskeller M (Hrsg) *Die Kunst der Wahrnehmung*. Die Graue Edition, Zug
12. Huppertz M (2003c) Was ist dialektisch an der Dialektisch-behavioralen Therapie?, Vortrag auf dem DBT-Netzwerktreffen in Lübeck
13. Huppertz M (2003d) Die Bedeutung des Zen-Buddhismus für die Dialektisch-behaviorale Therapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 9/10: 376-383
14. Huppertz M (2004) Schizophrenie und Wirklichkeitserfahrung. In: Bock T, Dörner K, Naber D (Hrsg) *Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie*. Psychiatrie Verlag, Bonn
15. Hutchins E (1995) *Cognition in the Wild*. The MIT Press, Cambridge Mass. London
16. Knoblauch S (2000) *The musical edge of therapeutic dialogue*. The Analytic Press, Hillsdale, NJ London
17. Law LC (1998) Bridging the gap between knowledge and action: a situated cognition review, Research Report 92 des Lehrstuhls für Empirische Pädagogik und Pädagogische Psychologie der Universität München
18. Linehan M (1996) *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. CIP-Medien, München
19. Mitchell S (1988) *Relational concepts in Psychoanalysis*. Harvard University Press, Cambridge Mass. London
20. Neuweg GH (1999) *Könnerschaft und implizites Wissen. Zur lehr-lerntheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis*. Waxmann, Münster New York München Berlin
21. Neuweg GH (Hrsg) (2000) *Wissen, Können, Reflexion*. Studien Verlag, Innsbruck Wien München
22. Polanyi M (1966) *The tacit dimension*. Garden City, New York
23. Pothast U (1998) *Lebendige Vernünftigkeit*. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
24. Ryle G (1969 [1949]) *Der Begriff des Geistes*. Reclam, Leipzig
25. Schmitz H (1969) *System der Philosophie Bd. III/2, Der Gefühlsraum*, Bouvier, Bonn 26. Schmitz H (1989) *Leib und Gefühl*, Junfermann, Paderborn 1989
27. Schütz A, Luckmann T (1979) *Strukturen der Lebenswelt*. Suhrkamp, Frankfurt a. M.

28. Segal Z, Williams M, Teasdale J (2002) Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse. Guilford, New York
29. Searle JR (1966) Die Wiederentdeckung des Geistes. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
30. Seel M (2002) Über Richtigkeit und Wahrheit. Erläuterungen zum Begriff der Welterschließung. In: Seel M Sich bestimmen lassen. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
31. Varela FJ, Thompson E, Rosch E (1995) Der Mittlere Weg der Erkenntnis. München (orig.: The embodied mind). Goldmann, München
32. Stern DN, Bruschweiler-Stern N, Harrison AM, Lyons-Ruth K, Morgan AC, Nahum JP, Sander L, Tronick EZ (1998) The process of therapeutic change involving implicit knowledge: some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health* 19: 300-308
33. Wittgenstein L 1971 [1953] Philosophische Untersuchungen. Suhrkamp, Frankfurt a. M.