
Literatur – auf die wir uns im aktuellen Seminar beziehen – kurz vorgestellt:

- **How Therapists Develop**” Forschungsprogramm von **Michael H. Rønnestad und Thomas M. Skovholt 2013**
 - ***How Therapists Change: Personal and Professional Reflections.*** Washington, Goldfried, M. R. (Hrsg.). (2001). DC: American Psychological Association
-

1. **“How Therapists Develop”** Forschungsprogramm von **Michael H. Rønnestad und Thomas M. Skovholt 2013** zur lebenslangen professionellen Entwicklung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die ausführlichste Buchfassung heißt: **The Developing Practitioner: Growth and Stagnation of Therapists and Counselors**

Grundlage sind qualitative Längsschnitt- und Querschnittsuntersuchungen zur Entwicklung von etwa 100 Beratern und Psychotherapeuten. Die Autoren beschreiben Entwicklung nicht als bloßen Erwerb von Techniken, sondern als allmähliche Umgestaltung der gesamten professionellen Person.

Die sechs Entwicklungsphasen

1. Der Laienhelfer

Vor der Ausbildung beruhen Hilfeversuche vor allem auf persönlicher Erfahrung, Intuition, Empathie und lebensweltlichen Vorstellungen. Man möchte verstehen, trösten, erklären oder Ratschläge geben.

Die zentrale Haltung lautet ungefähr:

„Ich helfe so, wie ich selbst gern Hilfe erhalten würde.“

Diese Fähigkeit ist keineswegs wertlos. Sie bildet einen wichtigen Ausgangspunkt. Problematisch wird sie erst, wenn die eigene Erfahrung unbemerkt zum Maßstab für den Patienten wird.

2. Der beginnende Ausbildungskandidat

Mit Beginn der Ausbildung zerfällt die frühere Selbstverständlichkeit. Der Kandidat entdeckt, wie komplex therapeutisches Handeln ist. Theorien, Regeln und Techniken werden zunächst relativ wörtlich übernommen.

Typisch sind:

- starke Orientierung an Lehrern und Supervisoren,
- Angst, etwas falsch zu machen,
- Bedürfnis nach klaren Regeln,
- hohe Selbstbeobachtung,
- Konzentration auf das eigene Verhalten,
- Unsicherheit gegenüber Schweigen, Affekten und Unvorhersehbarkeit.

Der Therapeut fragt sich häufig weniger: „Was geschieht zwischen uns?“, sondern eher: „Was muss ich jetzt richtig machen?“

3. Der fortgeschrittene Ausbildungskandidat

Erste klinische Erfahrungen relativieren die Schulmodelle. Der Kandidat erkennt, dass kein theoretisches Konzept die konkrete Begegnung vollständig erfasst.

Nun beginnt eine wichtige Differenzierung:

- Theorie wird als Orientierung statt als Vorschrift verstanden.
- Die eigene Reaktion auf Patienten wird deutlicher wahrgenommen.
- Unterschiede zwischen Patienten werden wichtiger.
- Die therapeutische Beziehung rückt in den Mittelpunkt.
- Verschiedene theoretische Perspektiven können nebeneinander bestehen.

In dieser Phase entsteht langsam eine persönliche therapeutische Stimme.

4. Der junge Berufstätige

Nach Abschluss der Ausbildung fällt der schützende Rahmen teilweise fort. Die Verantwortung wird unmittelbarer. Gerade diese Phase kann besonders belastend sein.

Typisch sind:

- ein Gefühl, nun allein verantwortlich zu sein,
- Zweifel an der eigenen Wirksamkeit,
- Enttäuschung über langsame oder ausbleibende Veränderungen,
- Konfrontation mit eigenen Grenzen,
- Gefahr von Überengagement oder Rückzug,

-
- erneute Suche nach Supervision und kollegialem Austausch.

Die größte Belastung entsteht nach Rønnestad und Skovholt aus der **Mehrdeutigkeit therapeutischer Arbeit**: Es ist oft nicht sicher feststellbar, was gerade geschieht, was wirkt und welche Intervention richtig wäre.

5. Der erfahrene Therapeut

Mit zunehmender Erfahrung werden Theorie, klinisches Wissen und persönliche Erfahrung stärker integriert. Der Therapeut muss nicht mehr ständig bewusst über Regeln nachdenken.

Kennzeichnend sind:

- größere Ruhe bei Unsicherheit,
- flexibler Umgang mit Methoden,
- feinere Wahrnehmung von Beziehungsmustern,
- realistischere Erwartungen,
- größere Toleranz gegenüber langsamen Prozessen,
- bewusster Einsatz der eigenen Person,
- Anerkennung der Grenzen therapeutischer Einflussnahme.

Die Aufmerksamkeit verschiebt sich vom eigenen richtigen Handeln auf den gemeinsamen Prozess.

6. Der Senior Professional

Der erfahrene ältere Therapeut verfügt über einen großen Speicher persönlicher, klinischer und theoretischer Erfahrungen. Wissen ist nun weniger regelhaft als verdichtet und intuitiv verfügbar.

Günstigenfalls entstehen:

- Bescheidenheit,
- Unabhängigkeit von Schulen,
- Vertrauen in Prozess und Beziehung,
- größere Freiheit im Denken,
- Akzeptanz des Nichtwissens,
- Freude an der Weitergabe von Erfahrung,
- Bewusstsein für Endlichkeit und Begrenztheit.

Alter führt jedoch nicht automatisch zu Reife. Auch Erstarrung, Routine, Zynismus und Rückzug sind möglich.

Die wesentlichen Entwicklungsprinzipien

Entwicklung dauert das gesamte Berufsleben

Mit dem Ausbildungsabschluss ist man nicht „fertig“. Ausbildung schafft vielmehr die Voraussetzungen dafür, dass professionelle Entwicklung überhaupt weitergehen kann.

Der Patient ist der wichtigste Lehrer

Patienten korrigieren die Theorien des Therapeuten. Besonders bedeutsam sind schwierige Behandlungen, therapeutische Sackgassen, Abbrüche und Misserfolge. Sie zwingen dazu, vertraute Erklärungen infrage zu stellen.

Erfahrung allein genügt nicht

Erfahrung führt nur dann zu Entwicklung, wenn sie reflektiert wird. Andernfalls kann sie bloß Routine, Selbstbestätigung oder Wiederholung erzeugen.

Die eigentliche Entwicklungsschleife lautet:

Erfahrung → Irritation → Reflexion → neue Bedeutungsbildung → verändertes Handeln

Die professionelle und die persönliche Entwicklung sind untrennbar

Therapeuten arbeiten nicht nur mit Wissen und Technik, sondern mit der eigenen Wahrnehmung, Affektivität, Geschichte, Abwehr, Körperlichkeit und Beziehungsgestaltung.

Die therapeutische Person wird daher nicht dadurch professionell, dass sie ihre Subjektivität abschafft, sondern dadurch, dass sie diese zunehmend wahrnimmt, reflektiert und verantwortlich verwendet.

Unsicherheit muss nicht beseitigt, sondern getragen werden

Anfänger suchen verständlicherweise Sicherheit durch Regeln. Erfahrene Therapeuten verfügen nicht unbedingt über mehr Gewissheit. Sie können vielmehr länger offenbleiben, ohne vorschnell zu erklären oder zu intervenieren.

- Exkurs:

Hier besteht eine deutliche Verbindung zu:

- Bions „without memory and desire“,
- Keats' Negative Capability,
- der psychoanalytischen freischwebenden Aufmerksamkeit,
- der Not-knowing stance,
- den Vorstellungen der inneren Werkstatt.
- not knowing is nearest
- „Not knowing is nearest“ ist eine Variante eines berühmten Zen-Satzes. Häufiger wird er übersetzt als: „Not knowing is most intimate.“

Er stammt aus einem klassischen Zen-Kōan, heute meist als Fall 20 des *Book of Serenity* (*Shōyōroku*) überliefert. Der Dialog lautet sinngemäß: Der Zen-Meister Dizang fragt Fayen, wohin er gehe. Fayen antwortet: auf Pilgerschaft. Auf die Frage, was der Zweck dieser Pilgerschaft sei, sagt Fayen: „Ich weiß es nicht.“ Dizang antwortet: „Nichtwissen ist das Nächste / das Vertrauteste / das Intimste.“

„Nearest“ ist dabei etwas weniger glücklich als „most intimate“. Gemeint ist nicht: Je unwissender man ist, desto besser. Es geht vielmehr um ein Nichtwissen, das entsteht, wenn man die vorschnelle begriffliche Festlegung aufgibt. In dem Augenblick, in dem ich bereits „weiß“, was etwas ist, tritt zwischen mich und die Erfahrung eine Vorstellung, eine Kategorie, eine Theorie. Das Nichtwissen lässt mich dem unmittelbar Erscheinenden näher sein. Deshalb können Übersetzungen wie „Nichtwissen ist das Vertrauteste“, „Nichtwissen ist die größte Nähe“ oder vielleicht noch treffender **„Im Nichtwissen sind wir der Erfahrung am nächsten“** sinnvoll sein. Auch Zen-Lehrer verwenden ausdrücklich beide Übersetzungen – „most intimate“ und „nearest“.

- Für unsere bisherige Diskussion über die „innere Werkstatt“ des Analytikers ist das bemerkenswert anschlussfähig. Es liegt sehr nahe bei Bions „without memory and desire“, aber es ist nicht dasselbe. Bion fordert eine analytische Haltung, in der Erinnerung, Erwartung und vorgefasstes Verstehen nicht die gegenwärtige Erfahrung beherrschen. Das Zen-Kōan geht noch etwas radikaler: Nichtwissen ist nicht bloß eine methodische Vorstufe zum späteren Wissen. Gerade im Nichtwissen kann die größte Nähe zur Erfahrung entstehen.
- Man könnte die Differenz so fassen:
- **Wissen:** „Ich weiß, was hier geschieht.“
- **Unsicherheit:** „Ich weiß noch nicht, was hier geschieht.“
- **Negative Capability:** „Ich kann das Nichtwissen aushalten.“
- **Bions without memory and desire:** „Ich versuche, dem Kommenden nicht mit bereits festgelegtem Wissen entgegenzutreten.“
- **Not knowing is most intimate:** „Gerade dort, wo ich nicht vorschnell weiß, kann ich dem, was geschieht, am nächsten sein.“
- Und damit bekommt der Satz für die psychoanalytische Situation eine besondere Pointe: Der Analytiker ist dem Patienten möglicherweise nicht dann am nächsten, wenn er ihn am besten „verstanden“ hat, sondern in jenen Augenblicken, in denen er seine bisherigen Verständnisse genügend lockern kann, damit etwas bislang Unformuliertes zwischen beiden überhaupt erscheinen kann.
- Das führt unmittelbar zu Ogden und Donnel Stern: **Das Nichtwissen wäre dann nicht eine Leerstelle vor der Erkenntnis, sondern ein produktiver intersubjektiver Zustand, aus dem etwas bislang noch nicht Gedachtes entstehen kann**

Reife zeigt sich somit weniger im schnellen Wissen als in einer **tragfähigen Form des Nichtwissens**.

Die theoretische Orientierung verändert sich

Anfangs wird Theorie häufig identifikatorisch benutzt:

„Ich bin Analytiker, Tiefenpsychologe, Verhaltenstherapeut oder Systemiker.“

Später wird Theorie eher zu einem beweglichen Instrumentarium:

„Welche Perspektive hilft mir, diesen Patienten und diesen Augenblick besser wahrzunehmen?“

Das bedeutet nicht Beliebigkeit. Eine fundierte Grundorientierung bleibt notwendig. Sie wird jedoch weniger dogmatisch und stärker klinisch vermittelt.

Was fördert therapeutische Entwicklung?

Besonders bedeutsam sind:

Supervision: Sie hilft, aus unmittelbarer Verwicklung wieder Beobachtungs- und Denkfähigkeit zu gewinnen.

Selbsterfahrung: Sie erweitert die Wahrnehmung eigener Affekte, Konflikte, Beziehungserwartungen und Abwehrweisen.

Kollegialer Austausch: Er schützt vor Isolation und selbstreferenziellen Gewissheiten.

Theorie: Sie stellt Begriffe und Landkarten bereit, darf aber die Wahrnehmung nicht ersetzen.

Schwierige klinische Erfahrungen: Sie erschüttern übermäßige Sicherheit und können Entwicklung anstoßen.

Persönliches Leben: Beziehungen, Verluste, Elternschaft, Krankheit, Altern und biografische Übergänge verändern auch die therapeutische Wahrnehmungsfähigkeit.

Kontinuierliche Reflexion: Die Autoren betrachten eine dauerhaft reflektierende Haltung als einen der wichtigsten Schutzfaktoren gegen Stagnation.

Was führt zur Stagnation?

Stagnation bedeutet nicht einfach, dass ein Therapeut nichts Neues lernt. Sie entsteht, wenn Erfahrung nicht mehr zu wirklicher Selbstkorrektur führt.

Warnzeichen sind:

- starre Anwendung einer Methode,
- Verlust von Neugier,
- vorschnelle diagnostische Festlegung,
- chronische Überlastung,
- emotionale Abstumpfung,
- Rückzug aus Supervision und kollegialem Austausch,
- Idealisierung der eigenen Erfahrung,
- Abwertung schwieriger Patienten,
- Verwechslung von Routine mit Meisterschaft,

-
- Unfähigkeit, Misserfolge anzuerkennen.

Ein Therapeut kann jahrzehntelang tätig sein und dennoch dieselbe begrenzte Erfahrung immer wiederholen. Berufsdauer und Entwicklung sind deshalb nicht identisch.

Die reife therapeutische Haltung

Aus dem Gesamtmodell lassen sich einige zentrale Merkmale ableiten:

Ein reifer Therapeut ist fachlich fundiert, aber nicht theoriehörig. Er ist emotional beteiligt, ohne seine Affekte unmittelbar auszuhandeln. Er ist responsiv, ohne bloß reaktiv zu werden. Er kann entscheiden, ohne sich vollständig sicher zu fühlen. Er nimmt seine Gegenübertragung ernst, ohne sie vorschnell für Wahrheit zu halten. Er toleriert Abhängigkeit, Aggression, Idealisierung und Enttäuschung, ohne sofort zurückzuschlagen oder sich zurückzuziehen.

Vor allem bleibt er entwicklungsfähig.

Verbindung zur „inneren Werkstatt“

In meiner vorgeschlagenen Begrifflichkeit könnte man Rønnestad und Skovholt so zusammenfassen:

Am Anfang ist die innere Werkstatt stark mit Regeln, Vorbildern und bewusster Selbstkontrolle beschäftigt. Später werden Wahrnehmung, Theorie, Körperempfinden, Gegenübertragung, Erinnerungen und klinische Erfahrung zunehmend miteinander verschaltet.

Beim erfahrenen Therapeuten wird die Werkstatt nicht stiller, weil weniger geschieht, sondern weil die Vorgänge weniger ausdrücklich gesteuert werden müssen. Vieles wird implizit verarbeitet. Die entscheidende Leistung besteht dann darin, diese Resonanzen wahrzunehmen, ohne sie vorschnell in Interventionen zu übersetzen.

Die höchste Entwicklungsstufe wäre daher nicht der Therapeut, der immer weiß, was geschieht, sondern derjenige, der aus einem reichen Erfahrungshintergrund heraus **offen, responsiv und korrigierbar** bleibt.

Die kürzeste Formel des Modells könnte lauten:

Therapeuten entwickeln sich, indem sie Erfahrung nicht nur sammeln, sondern sich durch Erfahrung verändern lassen.

2. *How Therapists Change* -

Gemeint ist der von **Marvin R. Goldfried** herausgegebene Band: **Goldfried, M. R. (Hrsg.). (2001). *How Therapists Change: Personal and Professional Reflections*. Washington, DC: American Psychological Association.**

Der Titel ließe sich am besten übersetzen als: „**Wie Therapeuten sich verändern – persönliche und berufliche Reflexionen**“ Es handelt sich nicht um eine systematische empirische Entwicklungsstudie wie bei **Rønnestad und Skovholt**, sondern um eine Sammlung autobiografischer Rückblicke renommierter Psychotherapeuten verschiedener Schulen. Psychodynamische, verhaltenstherapeutische, humanistische und integrative Therapeuten beschreiben, wie sich ihre theoretischen Überzeugungen, ihre therapeutische Haltung und ihre konkrete Arbeitsweise im Laufe ihres Berufslebens verändert haben.

Goldfried interessiert weniger: Welche Methode beherrscht ein Therapeut? Seine eigentliche Frage lautet: **Was geschieht mit einer theoretischen Methode, wenn sie durch viele Jahre klinischer Erfahrung hindurchgeht?**

Das Buch zeigt, dass erfahrene Therapeuten ihre ursprüngliche Schule gewöhnlich nicht einfach verlassen. Sie beginnen vielmehr, sie freier, relativierter und persönlicher zu gebrauchen.

Die Entwicklung verläuft häufig von: **Schulentreue → klinischer Ernüchterung → theoretischer Erweiterung → persönlicher Integration**

Der junge Therapeut arbeitet eher **aus der Theorie heraus**. Der erfahrene Therapeut arbeitet zunehmend **aus der Begegnung heraus**, ohne deshalb theorieelos zu werden.

Die wesentlichen Entwicklungslinien

1. Von Gewissheit zu reflektiertem Nichtwissen

Zu Beginn der Ausbildung vermittelt die Theorie Orientierung und Sicherheit. Sie sagt dem Therapeuten, worauf er achten, wie er verstehen und wann er intervenieren soll.

Mit zunehmender Erfahrung wird jedoch deutlich, dass kein Modell den einzelnen Patienten vollständig erfasst. Reife bedeutet deshalb nicht, immer

mehr Gewissheit zu erwerben, sondern Gewissheit angemessen begrenzen zu können.

Eine Kapitelüberschrift des Buches bringt dies besonders gut zum Ausdruck:

**George Stricker: „How I Learned to Abandon Certainty and Embrace Change“ –
„Wie ich lernte, Gewissheit aufzugeben und Veränderung anzunehmen.“**

Das entspricht der psychoanalytischen Bewegung von einer vorschnellen Deutung hin zu:

- freischwebender Aufmerksamkeit,
- Reverie,
- negativer Fähigkeit,
- einer Haltung des Nichtwissens,
- einer gemeinsam entstehenden Bedeutung.

Nichtwissen ist hier nicht Unkenntnis, sondern **disziplinierte Offenheit**.

2. Von der reinen Lehre zum konkreten Patienten

Anfänger fragen häufig:

Was sieht meine Schule in diesem Fall?

Erfahrene Therapeuten fragen eher:

Was benötigt dieser Patient in dieser Situation von mir?

Damit verschiebt sich die Orientierung:

- von der richtigen Anwendung einer Methode
- zur Passung zwischen Patient, Beziehung, Situation und Intervention.

Die Theorie bleibt wichtig, verliert jedoch ihren Status als fertige Schablone. Sie wird zu einem Wahrnehmungsinstrument unter mehreren.

Für die psychoanalytische Arbeit hieße das: Ein Schweigen kann Widerstand, Rückzug, Selbstschutz, Scham, vorsprachliche Leere, eine Beziehungserprobung oder schlicht einen produktiven inneren Raum bedeuten. Erfahrung zeigt sich darin, diese Möglichkeiten offenhalten zu können.

3. Von konfessioneller Zugehörigkeit zu theoretischem Pluralismus

Goldfried war selbst einer der maßgeblichen Vertreter der **Psychotherapieintegration**. Sein Grundgedanke lautet, dass sich Therapieschulen auf der Ebene ihrer abstrakten Erklärungen stark unterscheiden, während erfahrene Praktiker auf der Ebene klinischer Veränderungsprinzipien häufig Ähnliches tun.

Er unterscheidet drei Ebenen:

1. **Theorien der Veränderung**
Warum wirkt Therapie nach Auffassung einer Schule?
2. **klinische Veränderungsprinzipien**
Was muss im therapeutischen Prozess geschehen?
3. **konkrete Techniken**
Wie wird dies jeweils praktisch umgesetzt?

Die größte Übereinstimmung zwischen den Schulen findet sich auf der mittleren Ebene der Veränderungsprinzipien.

So können sehr unterschiedliche Interventionen funktional etwas Ähnliches bewirken:

Psychodynamisch	Verhaltenstherapeutisch	Gemeinsames Prinzip
Übertragung durcharbeiten	Verhaltensexperiment	neue Beziehungserfahrung
Deutung unbewusster Erwartungen	kognitive Neubewertung	veränderte Bedeutungsbildung
affektives Durcharbeiten	Exposition	vermiedene Erfahrung zulassen
Holding und Containing	emotionale Stabilisierung	tragfähiger Regulationsrahmen
Einsicht in Beziehungsmuster	funktionale Analyse	Mustererkennung
Probehandeln im Übertragungsraum	Rollenspiel	neue Handlungsmöglichkeiten

Der reifere Therapeut integriert jedoch nicht wahllos Methoden. Er entwickelt einen **kohärenten klinischen Pluralismus**.

4. Von der Technik zur therapeutischen Beziehung

Mit wachsender Erfahrung wird die Beziehung nicht bloß als Voraussetzung für die eigentliche Technik betrachtet. Sie wird selbst zum wesentlichen Veränderungsmedium.

Goldfried nennt als schulübergreifende Veränderungsprinzipien unter anderem:

- Hoffnung und Veränderungsmotivation fördern,
- eine tragfähige therapeutische Allianz herstellen,
- problematische Muster bewusster machen,
- korrigierende Erfahrungen ermöglichen,
- neue Verhaltens- und Beziehungsmöglichkeiten erproben.

Aus psychodynamischer Sicht ließe sich ergänzen: Der Therapeut stellt nicht nur Deutungen bereit, sondern seine psychische Funktionsfähigkeit:

- Aufmerksamkeit,
- Affekttoleranz,
- Holding,
- Containing,
- Resonanz,
- Differenzierungsfähigkeit,
- zeitweilige Stellvertretung für noch nicht verfügbare Symbolisierung,
- die Möglichkeit, eine Beziehung anders zu erleben als erwartet.

5. Von der neutralen Fachperson zur gebrauchten Person

Im Verlauf der Entwicklung wird der Therapeut meist persönlicher, ohne beliebig privat zu werden.

Er beginnt zu erkennen, dass seine Person nicht aus der Therapie herausgehalten werden kann. Seine Affekte, Erwartungen, Verletzlichkeiten, Abwehrformen und Beziehungsmuster nehmen am Prozess teil.

Die Entwicklung besteht deshalb nicht darin, die eigene Subjektivität zu beseitigen, sondern sie:

- wahrzunehmen,
- zu reflektieren,
- klinisch zu übersetzen,
- von persönlichen Bedürfnissen zu unterscheiden,
- und gegebenenfalls therapeutisch nutzbar zu machen.

Der Therapeut wird von einem scheinbar außenstehenden Beobachter zu einem **beteiligten Beobachter**. Für die Vorstellung der „inneren Werkstatt“ ist das entscheidend: Diese Werkstatt befindet sich nicht ausschließlich im Inneren des Therapeuten. Sie wird durch den Patienten aktiviert und entsteht als vorübergehende Organisation im intersubjektiven Feld.

6. Patienten verändern ihre Therapeuten

Ein besonders wichtiger Grundgedanke des Buches ist, dass professionelle Entwicklung nicht nur durch Ausbildung, Lehranalyse, Literatur und Supervision geschieht.

Therapeuten verändern sich vor allem durch Patienten:

- durch Behandlungen, die gelingen,
- durch Therapien, die scheitern,
- durch Patienten, die sich nicht an die Theorie halten,
- durch unerwartete Wendungen,
- durch Gegenübertragungsreaktionen,
- durch Abschiede und Verluste,
- durch Situationen, in denen eine vertraute Technik nicht mehr trägt.

Der Patient ist damit nicht nur Empfänger therapeutischer Kompetenz. Er ist auch **Mitautor der professionellen Entwicklung des Therapeuten**.

Jede ernsthafte Behandlung hinterlässt etwas im Therapeuten: eine veränderte Wahrnehmung, eine größere Affekttoleranz, eine neue Vorsicht oder eine Erweiterung dessen, was psychisch vorstellbar geworden ist.

7. Von der Imitation zur eigenen therapeutischen Stimme

Am Anfang übernimmt man häufig:

- die Sprache der Lehrer,
- typische Deutungsformen,
- technische Regeln,
- bestimmte Vorstellungen von Abstinenz, Aktivität oder Neutralität.

Später entsteht ein persönlicher Stil. Dieser ist nicht bloß Temperament, sondern die Verdichtung von:

-
- Theorie,
 - klinischer Erfahrung,
 - persönlicher Geschichte,
 - Supervision,
 - eigener Therapie oder Analyse,
 - Erfolgen,
 - Irrtümern,
 - institutioneller Kultur,
 - ethischer Haltung.

Der erfahrene Therapeut klingt deshalb weniger wie ein Vertreter seiner Schule und mehr wie er selbst – allerdings wie ein durch Ausbildung und Erfahrung diszipliniertes Selbst.

8. Krisen und Irritationen fördern Entwicklung

Professionelle Veränderung erfolgt nicht gleichmäßig. Häufig wird sie durch Störungen ausgelöst:

- eine festgefahrene Behandlung,
- eine negative therapeutische Reaktion,
- ein Therapieabbruch,
- eine unerwartet starke Gegenübertragung,
- Kritik durch Patienten oder Supervisoren,
- persönliche Lebenskrisen,
- gesellschaftliche Veränderungen,
- Begegnungen mit anderen therapeutischen Schulen.

Solche Irritationen erzeugen zunächst einen **prediction error**: Das bisherige Modell erklärt nicht mehr hinreichend, was geschieht.

Dann bestehen mehrere Möglichkeiten:

- Das alte Modell wird dogmatisch verteidigt.
- Der Patient wird für das Scheitern verantwortlich gemacht.
- Der Therapeut verliert seine Orientierung.
- Oder das Modell wird erweitert.

Professionelles Wachstum beginnt oft dort, wo ein vertrautes Verständnis nicht mehr ausreicht, die Verunsicherung aber ausgehalten werden kann.

Was zeichnet nach Goldfried den reifen Therapeuten aus?

Der reife Therapeut verfügt nicht einfach über mehr Techniken. Er kann mehrere Spannungen halten:

Theorie und Erfahrung

Er kennt seine Modelle, verwechselt sie aber nicht mit dem Patienten.

Überzeugung und Zweifel

Er kann entschieden handeln, ohne sich für unfehlbar zu halten.

Nähe und Grenze

Er lässt sich berühren, ohne den therapeutischen Rahmen aufzugeben.

Planung und Emergenz

Er verfolgt Ziele, kann aber auf das Unerwartete reagieren.

Methodentreue und Flexibilität

Er arbeitet kohärent, ohne rigide zu werden.

Aktivität und Rezeptivität

Er kann intervenieren und zugleich geschehen lassen.

Wissen und Nichtwissen

Er verfügt über Expertise, ohne Bedeutung vorschnell festzulegen.

Goldfried und Rønnestad im Vergleich

Goldfried	Rønnestad und Skovholt
autobiografische Rückblicke prominenter Therapeuten	systematische Langzeituntersuchung vieler Therapeuten
individuelle Entwicklungswege	Entwicklungsphasen und wiederkehrende Muster
Schwerpunkt auf theoretischer Öffnung und Integration	Schwerpunkt auf gesamter beruflicher Entwicklung
persönliche und professionelle Veränderung	Kompetenz, Selbstwahrnehmung, Zweifel, Erfahrung und Karriereverlauf
qualitative Selbstzeugnisse	qualitative und quantitative Forschungsgrundlage

Goldfried

Veränderung als individuelle
Geschichte

Rønnestad und Skovholt

Entwicklung als langfristiger,
phasenabhängiger Prozess

Beide gelangen jedoch zu einem ähnlichen Ergebnis:

Therapeutische Reife bedeutet nicht die endgültige Beherrschung einer Methode, sondern eine zunehmende Fähigkeit, Komplexität, Unsicherheit und persönliche Beteiligung produktiv zu verarbeiten.

Goldfrieds Buch könnte man in einem Satz zusammenfassen:

Therapeuten entwickeln sich, indem sie ihre ursprünglichen Gewissheiten im Widerstand der klinischen Wirklichkeit prüfen, ihre Theorie durch Beziehungserfahrung erweitern und allmählich eine eigene, zugleich persönlichere und pluralistischere therapeutische Haltung ausbilden.

Für die „**innere Werkstatt**“ lässt sich dies noch weiter zuspitzen:

Der Anfänger sucht in seiner inneren Werkstatt nach der richtigen Intervention. Der erfahrene Therapeut lässt zu, dass Patient und Therapeut die Werkstatt im gemeinsamen Feld erst hervorbringen. Theorie liefert dabei Werkzeuge und historische Erfahrung; was mit ihnen geschaffen werden kann, entscheidet sich jedoch erst in der konkreten Begegnung.