

04 Von der Psychotherapie-Wissenschaft zur Kunst der Psychotherapie

Serge Sulz

Worum es geht

Ausgehend von der gegenwärtigen Diskussion zum Berufsbild der Psychologischen PsychotherapeutInnen (Sachse, Fasbender & Hammelstein, 2014; Amrhein, 2014; Fliegel, 2014; Strauß & Nodop, 2014; Sulz, 2014a–d) wird der Unterschied zwischen Psychotherapie und Wissenschaft herausgearbeitet. Dabei wird eine Wissenschaftsdiskussion unvermeidlich, in der der dominierende Stellenwert der RCT-Forschung hinterfragt wird (Henry, 1998; Kriz, 1996, 2000, 2007, 2010, 2014; Revenstorf, 2005, 2014; Sulz, 2014d). Die Notwendigkeit der Öffnung für andere Forschungsparadigmen und Forschungsmethoden wird aufgezeigt (wie Feldstudien, qualitative Forschung, Hermeneutik). Das führt dazu, dass der bestmögliche Ort der Psychotherapie-Ausbildung nicht in der Universitätspsychologie zu finden ist, sondern dort, wo Psychotherapie gemacht wird und es LehrerInnen (DozentInnen und SupervisorInnen) gibt, die erfahrene PsychotherapeutInnen sind (Sulz, 2014c; Sulz & Richter-Benedikt, 2014; Sulz & Backmund-Abedinpour, 2014; Sulz & Hoenes, 2014). Einem mit 18 Jahren beginnenden Universitätsstudium werden keine Chancen eingeräumt, den notwendigen Rahmen für die Entwicklung einer ausreichend gereiften Therapeutenpersönlichkeit mit den erforderlichen Kompetenzen zu bieten (Sulz & Sichort-Hebing, 2014). Dabei kommt Selbsterfahrung und Supervision ein sehr großer Stellenwert zu (Hill, 2013).

Teil 1 Psychotherapie-Wissenschaft

Seit zwanzig Jahren gibt es in den USA heftige Debatten über die Medikalisierung der Psychotherapie. Schließlich haben auch so prominente Therapieforscher wie Seligman (1997) und Woolfolk (1998) Position gegen eine einseitig auf

Evidenzbasierung fokussierte Psychotherapieentwicklung bezogen. Bei der Evidenzbasierung von Psychotherapieverfahren und -methoden geht es um „Empirically Supported Treatments EST“, die im Idealfall durch Randomized Clinical Trials (RCT)-Studien geprüft wurden (Chambless, 1998, 2002). Am liebsten würden die Protagonisten Doppelblindstudien durchführen wie die Pharmakologen, d. h. die Medikalisierung ihrer Forschung bis zur Perfektion bringen, aber man kann nicht dafür sorgen, dass der/die PatientIn nicht erfährt, welche Psychotherapie er/sie erhält. Den GegnerInnen ist auch die RCT-Psychotherapieforschung zu weit entfernt von dem, was in der realen Patientenversorgung geschieht. Vor lauter Vereinfachung der Rahmenbedingungen und Reduktion von Komplexität und Flexibilität, werde die Einzigartigkeit jedes Menschen nicht mehr gewürdigt (Blais & Hilsenroth, 2013). Entsprechend sei es auch um die externe Validität der Studienergebnisse, also die Übertragbarkeit auf die alltäglichen Krankenbehandlungen sehr schlecht bestellt. Da taucht dann in der Diskussion das Dodo Verdikt auf, das im übertragenen Sinne meint, dass alle Therapien letztlich gleich gut sind, da sie alle das gemeinsam haben, was ihre Wirkung ausmacht (Weinberger & Rasco, 2013). Die EST-RCT-ForscherInnen hingegen kämpfen für störungsspezifische Therapien, bei denen störungsspezifische Interventionen und Techniken die Wirksamkeit ausmachen (APA Task Force on Evidence Based Practice, 2006). Auf der Suche nach den allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie wurde vor allem die therapeutische Beziehung als einer der wichtigsten „Common Factors“ zum Gegenstand der Therapieforschung. Entsprechend wurde den EST die ESR (Empirically Supported Relationships) gegenübergestellt. Diese Polarisierung fand innerhalb der APA (American Psychological Association) statt, in der sich die beiden Task Forces 12 (vergl. APA, 2006) und 29 (vergl. auch Norcross, 2002) gebildet hatten.

Dies ist die Auseinandersetzung zwischen zwei gegensätzlichen wissenschaftlichen Grundhaltungen und Forschungsparadigmen. Die einen wollen nur noch gelten lassen, was durch RCT-Studien als Evidenz basiert gelten kann, die anderen wollen die Psychotherapie vor dieser

„Medikalisierung“ schützen. Die einen haben ein einfaches Verständnis von Psychotherapie: Sie wird eingesetzt wie ein Pharmakon. Die einzige Begründung und Rechtfertigung für ihren Einsatz ist ihre Wirksamkeit. Die Störungsspezifität wird ebenfalls vom medizinischen oder genauer pharmakologischen Modell abgeleitet. Gegen jede Krankheit braucht man ein krankheitsspezifisches Medikament. Um ein Medikament einzusetzen, braucht es nicht zwingend eine ätiologische Theorie bzw. diese wird aus der Wirksamkeit eines spezifischen Medikaments abgeleitet.

Die anderen definieren sich nicht so eindeutig naturwissenschaftlich, dass das pharmakologische Modell angemessen und ausreichend erscheinen kann. Für sie ist Psychotherapie eine zwischenmenschliche Begegnung und Beziehungsgestaltung, zu deren Verständnis z. B. die Neurobiologie nicht ausreicht. Sie berufen sich auf anspruchsvolle und komplexe Theorien der menschlichen Psyche, die dazu führen, dass nicht eine Standardmethode für alle PatientInnen mit einer Störung angewandt, sondern auf jede/n PatientIn ganz individuell eingegangen wird. Sie bemängeln auch das monokausale Denken, das mit dem pharmakologischen Modell oft assoziiert ist. Nicht die Störung muss behandelt werden, sondern der Mensch. Und es geht nicht um das therapierende Subjekt und das therapierte Objekt, sondern darum, dass der/die TherapeutIn sich in die Beziehung einbringt (vergl. Ruiz-Cordell & Safran, 2013; Arkowitz & Engle, 2013). Pfammatter et al. (2012) haben einen Vorschlag zur Auflösung der Wirksamkeits-Kontroverse gemacht.

Orlinsky (2013, S. 224 – vergl. auch Orlinsky et al., 2004) schreibt: „Das Modell der Psychotherapie als ein technisches Verfahren entspricht einer medizinischen oder pharmakologischen Perspektive. Es stimmt gut überein mit den Annahmen von Behörden und Ministerien, welche das Forschungs- und Gesundheitswesen unterstützen und entsprechende Dienstleistungen finanzieren. Im weiteren Sinne passt es auch zu den individualistischen, objektivistischen und mechanistischen Annahmen der „modernen Kultur“, von der ich glaube, dass sie dafür verantwortlich ist, dass trotz wissenschaftlicher Evidenz immer noch am technokratischen Modell festgehalten wird. Die implizite Plausibilität des medizinischen

Modells innerhalb dieses kulturellen Kontextes erklärt die Beharrlichkeit, mit welcher trotz widersprüchlicher wissenschaftlicher Befunde daran festgehalten wird.“

Es ist allerdings nicht klar, ob ESR-VertreterInnen, die ja auch Psychotherapie-ForscherInnen sind, sagen würden, dass Psychotherapie mehr ist als Wissenschaft. Mehr als Biomedizin ja, aber auch mehr als Wissenschaft? Hier kommt eine andere Gruppierung ins Spiel, nämlich diejenigen, die sagen, Psychotherapie ist Wissenschaft plus Praxis. Der/die PsychotherapeutIn ist Scientist-Practitioner (Kaner, 1990, 2014), also WissenschaftlerIn und PraktikerIn oder in der Sprache Strickers (2007) ein Local Clinical Scientist LCS. Clinical meint, dass die LCS KlinikerIn bzw. PraktikerIn ist, also BehandlerIn, die versucht, dem/der PatientIn zu helfen. Local meint, dass ein/e einzelne/r PatientIn unmittelbar hier und jetzt als einzigartiger unverwechselbarer Mensch vor einem steht bzw. gegenüber sitzt, nicht eine Krankheitskategorie wie die Phobie oder die Bulimie. Scientist meint, dass das in der wissenschaftlichen Ausbildung erworbene Wissen mitgebracht wird und dass aus jeder Begegnung mit dem/der PatientIn wieder neues Wissen mitgenommen wird. Stricker entwickelte dieses Konzept mit dem Ziel, PraktikerInnen mehr in Verbindung zur Wissenschaft zu halten.

Seit 1999 gibt es per Gesetz die Psychologische Psychotherapie. Nach mehr als zwanzigjährigem Ringen sowohl in eigenen Reihen als auch mit dem Gesundheitssystem war es gelungen, diesen Beruf auf eine legale und anerkannte Position zu bringen (Waldherr, 2014). So wie früher die Verhaltenstherapie Eingang in die kassenärztliche Versorgung mit dem Argument erreichte, mit wesentlich kürzeren Therapien als die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie die Gesundung eines/einer PatientIn zu erreichen, so wurde auch jetzt die reine Wissenschaftlichkeit psychologischer Psychotherapie der Türöffner für dieses Gesetz. Diese so genannte Legaldefinition ist nun Segen und Fluch zugleich geworden. Denn sie verpflichtet psychologische PsychotherapeutInnen ausschließlich wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren in der Behandlung von PatientInnen mit psychischen und psychosomatischen Störungen einzusetzen. Damit war eine nur schwer überwindbare Barriere in

Bezug auf die Entwicklung neuer Methoden und Verfahren aufgebaut worden. Wer diese Barriere beseitigen möchte, muss Psychotherapie neu definieren (vergl. Sulz, 2014a), z. B. als ein

Interaktionsprozess zwischen einer ausgebildeten PsychotherapeutIn und einem psychisch oder psychosomatisch erkrankten Menschen, der dazu dient, nach einer Analyse der Entstehungsbedingungen und der die Krankheit aufrecht erhaltenden Faktoren zu einer dauerhaften möglichst weitgehenden Reduktion der Symptomatik und des durch sie hervorgerufenen Leidens zu führen, soweit dies mit den zum Zeitpunkt der Psychotherapie verfügbaren Interventionen möglich ist. Dazu gehören Maßnahmen der Rückfallprophylaxe, der Rehabilitation und der Prävention. Der grundlegenden Bedeutung der Beziehung wird dabei Rechnung getragen.

Wenn man die Veröffentlichungen Grawes nimmt (Grawe et al., 1994; Grawe, 1998), so kann man daraus lesen, dass Psychotherapie zwar in der Psychologie aufgeht – er will sie umbenennen in „Psychologische Therapie“, aber nicht in der Wissenschaft, denn er konstruiert in seinem Buch einen Disput zwischen Wissenschaftler, Psychologe und Psychotherapeut (Grawe, 1998). Er extrahierte aus Metaanalysen folgende Wirkfaktoren bzw. Änderungsprinzipien der Psychotherapie:

1. Klärung (widerstrebende Motive und Widerstand)
2. Problemaktualisierung (z. B. durch tiefe emotionale Erfahrung in der Sitzung)
3. Ressourcenaktivierung (vorhandene Fähigkeiten und Umweltressourcen nutzen)
4. Problembewältigung (Lösungen für zentralen Probleme finden und erproben)

Nathan (2013) weist darauf hin, dass Psychotherapieforscher bis heute darüber streiten, wie man am besten den Wert einer Psychotherapie-Strategie erfassen kann und dass es deshalb nicht verwunderlich ist, dass KlinikerInnen und PraktikerInnen ihren Forschungsergebnissen gegenüber sehr

zurückhaltend bleiben (vergl. auch Elliott, 2001). Am deutlichsten wird die Kontroverse beim Vergleich von Efficacy- versus Effectiveness-Forschungsparadigmen.

Das Efficacy-Forschungsdesign ist Kern der Studien, die unter den Vorzeichen Evidence Based Practice (EBP, abgeleitet von EBM = Evidenz-Basierte Medizin) und Empirically Supported Therapies (EST) stehen.

Efficacy kann unter folgenden methodischen Bedingungen geprüft werden:

- Viele Wiederholungen, um Fehlervarianz zu minimieren
- Eine angemessene Kontrollgruppe zum Vergleich
- Zufällige Zuweisung von PatientInnen zu Experimental- und Kontrollgruppe, um systematische Zuweisungseffekte auszuschalten
- Wenn es möglich wäre, würde man am liebsten von der pharmakologischen Forschung das Doppelblind-Prinzip übernehmen, d. h. dass weder PatientIn noch TherapeutIn wissen, was Experimental- und was Kontrollgruppe ist
- Sorgfältige Beschreibung der Komponenten der Therapie, damit die Studie exakt repliziert werden kann
- Verwendung von Therapiemanualen, um zu erleichtern, dass alle TherapeutInnen die gleichen Interventionen anwenden
- Es werden nur PatientInnen aufgenommen, die dieselbe Diagnose haben, um homogene Gruppen zu erhalten und die Fehlervarianz innerhalb der Gruppe zu minimieren
- Die Symptome werden mit reliablen und validen Messinstrumenten erfasst, damit die untersuchte Diagnosegruppe eindeutig identifiziert wird

D. h. dass das Forschungsdesign vollständig aus der Experimentalpsychologie übernommen wurde, d. h. aus einem Forschungsbereich, der im Labor stattfindet, um die Einflüsse der natürlichen Umwelt auszuschalten bzw. konstant zu halten, so dass nur noch eine unabhängige Variable übrig bleibt.

Dieses Forschungsdesign ist unter dem Begriff des Randomized Clinical Treatments (RCT) bekannt geworden und gilt bis heute als Goldner Standard der Psychotherapieforschung. Dadurch lässt sich die Wirksamkeit einer unabhängigen Variablen bzw. Therapie unter streng kontrollierten

Laborbedingungen feststellen (interne Validität), aber es ist nur eine geringe Übertragbarkeit auf die natürliche Umwelt und die Routine-Versorgung von PatientInnen gegeben (externe Validität).

Effectiveness-Studien interessieren sich für genau diese Fragestellung: Wie wirksam ist eine Therapie oder Therapiemethode außerhalb künstlicher Laborbedingungen in der klinischen Praxis? Deshalb werden die TherapeutInnen nicht trainiert, um bei jedem/jeder PatientIn die exakt gleiche Therapiemethode anzuwenden. Nicht das Forschungsdesign sondern klinische Überlegungen bestimmen, welche Methode zu welchem Zeitpunkt mit welcher Intensität, wie lange und wie oft angewandt wird. Outcome-Maße konzentrieren sich entsprechend auch nicht auf ein oder ganz wenige abhängige Variable wie den Symptom-Schweregrad, sondern erfassen ein breiteres Spektrum von Änderungen wie Lebensqualität. McCullough (2001) fügt die zwingende Notwendigkeit von Einzelfallstudien hinzu (vergl. Schön, 1991).

Obwohl es naheliegend wäre, eine Efficacy-Studie nur dann zu veröffentlichen, wenn eine nachfolgende Effectiveness-Studie die Übertragbarkeit des Ergebnisses auf reale Patientenversorgung gezeigt hat, gilt erstere bis heute exklusiv als notwendige und hinreichende Bedingung des empirischen Wirksamkeitsnachweises, ohne dass gefordert würde, dass sie zuerst ihre klinische Nützlichkeit nachweisen müsste. Nathan (2013) weist darauf hin, dass es einige Hybrid-Ansätze zur Lösung des Problems gibt, wie das „Onken Stage/Hybrid Model“.

Pachankis und Goldfried (2013) schlagen als Alternative zu bisherigen EST-Ansätzen einen Prinzipien basierten Psychotherapie-Ansatz vor. Deren Mangel sehen sie unter anderem darin, dass EST-Forscher Therapiemanuale herstellen, die aus der Sicht der PraktikerInnen den Erfordernissen der therapeutischen Aufgaben und Probleme nicht gerecht werden. Die Forschung erzeugte mehr als hundert von solchen meist störungsspezifischen Manualen (nach Angaben von Clinton et al. (2013) sind es 150 und werden laufend mehr). Es bestehe wie in der Marktwirtschaft die größte Nachfrage nach den ganz neuen „Markenartikel-Therapien“.

Die Autoren weisen darauf hin, dass von Seiten der Gesundheitspolitik ein Druck auf die Forschung entstand, dem durch Übernahme des Pharmakotherapie-Forschungs-Designs begegnet wurde. Die Politik hat also einen großen Anteil daran, dass Forscher sich in den letzten Jahrzehnten fast ausschließlich auf Evidenz-basierte EST-Therapien konzentrierte, ungeachtet dessen, dass die Ergebnisse nur in geringem Umfang auf die klinische Praxis übertragen werden konnte. Diese Manuale hatten zunächst nur deskriptiven Charakter, um das Vorgehen nachvollziehen und wiederholen zu können. Unter dem Einfluss der politischen Entscheidungsträger, die bestimmen, welche Therapien von den Krankenversicherungen bezahlt werden dürfen, wurden sie präskriptiv. Aus einem „kann“ wurde ein „muss“. Wenn ein Therapiemanual als Forschungsinstrument zur Maximierung der internen Validität entwickelt wurde, ist nicht davon auszugehen, dass es sich auch als Manual für die klinische Praxis eignet, also externe Validität aufweist. Forschungstherapien haben völlig andere Ziele und Prioritäten als Routine-Therapien: Bei ersteren geht es um maximale experimentelle Kontrolle möglicher Einflussfaktoren im Forschungsdesign, bei letzteren geht es darum, dass die Behandlung bestmöglich auf den PatientInnen und seinen Kontext zugeschnitten wird, um ihm bestmöglich helfen zu können. In Efficacy-Studien werden meist junge, wenig erfahrene TherapeutInnen dahingehend trainiert, das Vorgehen laut Therapiemanual möglichst exakt bei allen PatientInnen einzubehalten – im Dienste des experimentellen Forschungsdesigns.

In der Alltagspraxis müssen dagegen Komorbiditäten im Therapieplan und im Therapieprozess berücksichtigt werden, so dass daraus resultierende Störungen der therapeutischen Interaktion behoben werden können. Um die klinische Nützlichkeit einer Therapie zu erforschen, sei es wichtig, dass TherapeutInnen beforscht werden, die im naturalistischen Setting von Praxis und Klinik optimale Ergebnisse erzielen.

Pachankis und Goldfried (2013) betonen, dass PraktikerInnen und KlinikerInnen, die über Jahre hinweg ihre interpersonellen Fähigkeiten durch Training und Erfahrung weiter entwickelt haben, davon ausgehen, dass Psychotherapie eine Kunst ist, der simplifizierende Manuale und das

EBP/EST-Forschungsdesign nicht gerecht werden können. Die Autoren sehen in der Erforschung des Therapieprozesses ein wichtiges Gegengewicht. Sie verweisen auf Safran und Muran (2000), Benjamin (2001) und Greenbergs Forschungsgruppe (Elliott et al., 2008; vergl. auch Znoj, 2013). Sie sehen die Arbeit von Castonguay und Beutler (2006) als wegweisend für die Analyse differenzierterer Aspekte der Variablen, die nicht vorab nach dem Zufallsprinzip kontrolliert werden können: welche therapeutische Beziehung im Einzelfall entsteht, welche Probleme in der therapeutischen Interaktion auftreten, welche persönlichen Besonderheiten bei dem/der einzelnen PatientIn anzutreffen sind und in welchem Lebenskontext der/die PatientIn steht. Psychotherapeuten berufen sich meist auf die Metatheorie ihres Therapieansatzes z. B. verhaltenstherapeutisch oder tiefenpsychologisch und leiten daraus das Krankheitsverständnis und die therapeutischen Interventionen ab. Pachankis und Goldfried (2013) sehen in den allgemeinen oder allen Therapieansätzen gemeinsamen Änderungsprinzipien eine Zwischenstufe des Abstraktheitsgrads, der zu einer gemeinsamen Sprache verhilft. Sie nennen:

1. Bei dem/der PatientIn den Glauben an die Wirksamkeit der Therapie fördern,
2. Eine optimale therapeutische Beziehung herstellen,
3. Die Aufmerksamkeit des/der PatientIn auf Faktoren richten, die seine/ihre Probleme aufrecht erhalten,
4. Den/die PatientIn zu korrigierenden Erfahrungen ermutigen,
5. Laufende Realitätsprüfung im Leben des/der PatientIn etablieren.

Statt die spezifische Störung und Symptomatik als Ordnungsprinzip therapeutischer Interventionen und Interaktionen zu setzen, spannen diese allgemeinen Änderungsprinzipien einen Raum auf mit Dimensionen, die bisher unspezifisch genannt wurden wie die therapeutische Beziehung, die Interventionen und die Patientencharakteristika und kommen so zu einer differenzierteren Betrachtung des therapeutischen Geschehens und zu für die Praxis besser anwendbaren Vorgehensweisen (z. B. Hayes et al., 2005).

Weinberger und Rasco (2013) begründen die Notwendigkeit der Erforschung empirisch unterstützter allgemeiner Faktoren als Wirkfaktoren, die in jeder Therapie, bei jedem Therapieverfahren und der Behandlung jeder psychischen Störung Einfluss auf den therapeutischen Änderungsprozess und das Therapieergebnis haben. Sie nennen

1. Die therapeutische Beziehung,
2. Erwartungen bezüglich der Wirksamkeit der Therapie,
3. Konfrontation mit dem Problem (Exposition),
4. Meistern von Problemen und Erfahrung eigener Wirksamkeit im Umgang mit diesen,
5. Dauerhafte interne Attribution des Therapieerfolgs (als von dem/der PatientIn selbst herbeigeführt).

Die Autoren, selbst tiefenpsychologisch orientiert, verweisen darauf, dass tiefenpsychologische und humanistische TherapeutInnen zu wenig die Erfahrung des Meisterns einbeziehen und dass kein Therapieverfahren darauf achtet, dass der/die PatientIn auch noch lange nach der Therapie seinen Erfolg als selbst herbeigeführt attribuiert, was die Rückfallquote senken würde.

Clinton et al. (2013) betonen, dass man eine Therapie, die noch nicht den EST-Status hat, als unwirksam bezeichnen kann. Wenn Psychotherapie Wissenschaft und Kunst ist, so könne trotzdem das, was die Kunst ausmacht wissenschaftlich erforscht werden wie z. B. die therapeutische Beziehung und Patientencharakteristika (ohne dass es dann keine Kunst mehr wäre). Der Kunst der Psychotherapie stehen bis heute mehr als 150 störungsspezifische Therapiemanuale gegenüber, die rigide und übergeneralisierend sind, so dass sie dem/der einzelnen PatientIn nicht gerecht werden. Zudem seien die Unterschiede zwischen ihnen vernachlässigenswert gering. Schließlich erklären sie nur bis zu zehn Prozent des Behandlungsergebnisses. Ein allgemeiner Faktor wie die therapeutische Beziehung, erklärt dagegen doppelt so viel Varianz des Therapie-Outcomes (20 %). Die größte Vorhersagekraft haben Patientencharakteristika (wie Intensität der Hilfesuche, Diagnose, Schweregrad der Symptomatik, Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Erwartungen, Motivation, Einsicht, Bindung und andere interpersonelle Faktoren)

mit 25 bis 30 %. Hinzu kommt noch der Einfluss der Therapeutenvariable, für die es noch keine Zahlen gibt. Sie berichten über eine Studie von Beutler et al., 2003), in der die Therapien von depressiven PatientInnen mit Suchtproblematik hinsichtlich des Einflusses folgender Variablen untersucht wurde:

1. Prognostische PatientInnen-Faktoren
2. Interventionen des spezifischen Behandlungskonzepts
3. Die Qualität der therapeutischen Beziehung
4. Passungsgüte von PatientIn und Intervention

Am Ende der Therapie konnten alle vier Variablen zur Vorhersage des Outcomes beitragen. Nach dem Follow-up war nur noch entscheidend, wie gut PatientIn und Intervention zusammenpassten.

Daraus schließen die Autoren, dass nicht die allgemeinen Faktoren und nicht die störungsspezifische EST-Intervention allein den bestmöglichen Weg der Therapie vorgeben, sondern dass die Kunst der Psychotherapie darin besteht, auf der Basis wissenschaftlich gewonnener Änderungsprinzipien den Beitrag aller genannten Faktoren im Auge zu haben und so die für den individuellen Behandlungsfall stimmigste Passung zu finden.

Stricker (2013) schreibt über sein Konzept des Local Clinical Scientist als ein Scientist-Practitioner-Ansatz (vergl. Kanfer, 1990, 2014), der bereits 1954 von Sullivan erläutert wurde. Der LCS ist gekennzeichnet als Psychotherapeut, der

1. eine fragende Haltung einnimmt und nach bestätigenden und nach nicht bestätigenden Informationen sucht,
2. die sofort verfügbaren wissenschaftlichen Ergebnisse auf den konkreten Behandlungsfall anwendet,
3. jeden individuellen Kontakt mit dem/der PatientIn dokumentiert und
4. Forschung generiert, traditionell oder kollaborativ.

Er ist sich gewiss, dass jede/r PraktikerIn evidenzbasiert vorgeht. Entscheidend ist, welche Evidenz ihm verfügbar ist und wie er diese gewichtet. Der Standort des Local Clinical Scientist liegt zwischen dem Efficacy- und dem Effectiveness-Forscher. Er schreibt über diese: „To speak in the vernacular,

clinicians who rely exclusively on internal validity know more and more about less and less. Clinicians who rely exclusively on external validity know less and less about more and more. (a. a. O. S. 97)

Westen (2013) sieht drei ungünstige Einflüsse, die die Kluft zwischen PraktikerInnen und ForscherInnen vergrößert haben:

1. Die Ungleichbehandlung und Diskriminierung psychischer erkrankter Menschen im Vergleich z. B. zu herzkranken Menschen (wie viel Geld wird für beide ausgegeben?).

2. Die „Kapitalisierung der Forschung“, die Hochschulen zwingt, das zu beforschen, wofür bezahlt wird. Und dieses für wichtiger zu erachten als andere Forschungsthemen mit der Folge der Verarmung von Forschungsthemen und Forschungsparadigmen.

3. Die Übernahme der pharmakologischen evidenzbasierten Medizin in die Psychotherapieforschung.

Dies führte dazu, dass viele ForscherInnen nicht nur PraktikerInnen und klinische Praxis abwerten, sondern auch, dass sie verschreiben und vorschreiben wie PraktikerInnen behandeln sollen, während sie selbst kaum psychotherapeutisch arbeiten. Er würde es für angemessener halten, erfahrene PraktikerInnen zu beforschen, um zu sehen, wie ForscherInnen von ihnen lernen können. Der beste Weg ist seines Erachtens, wenn ForscherInnen und PraktikerInnen zusammenarbeiten, indem die PraktikerInnen tun, was sie am besten können: therapieren. Und indem WissenschaftlerInnen tun, was sie am besten können: Hypothesen empirisch testen – nicht nur die Hypothesen mit denen sie zu den PraktikerInnen gehen, sondern auch diejenigen Hypothesen, die von PraktikerInnen aufgebracht werden. Neue Therapien sollten nicht aus der Forschung kommen und nicht von therapeutisch unerfahrenen ForscherInnen entwickelt werden, sondern aus und in der Zusammenarbeit von ForscherInnen und erfahrenen PsychotherapeutInnen.

Fiedler (2012), der weniger die beiden Pole Wissenschaft versus Praxis sieht, sondern die Konkurrenz der Therapieschulen, schreibt (a. a. O. S. 160f):

„Auch wenn therapeutische Techniken wissenschaftlich begründeten Prinzipien folgen, in ihrer Anwendung stoßen sie häufig auf Grenzen.“

„Selbst den Richtlinien evaluierter Therapietechniken sollte man nur mit kritischem Blick vertrauen.

Ein solches Urteilsvermögen setzt gute Modelle in Ausbildung und Supervision sowie – im fortlaufenden Praxisalltag – selbst erworbene Erfahrungen voraus.“

Seine Begriffe sind wissenschaftlich begründete Techniken und Prinzipien, Urteilsvermögen, gute Modelle, Ausbildung, Supervision, psychotherapeutische Kunst, Erfahrung und damit vereint er die beiden Forschungsschwerpunkte Efficacy versus Effectiveness ebenso wie Störungsspezifität versus Common Factors, empirische Evaluation versus Kunst, Ausbildung/Training versus Erfahrung. Er empfiehlt eine phänomenologisch orientierte Indikation (z. B. bei einem/einer PatientIn in Richtung Verhaltenstherapie, bei einem anderen in Richtung tiefenpsychologische Psychotherapie) und eine phänomen- und störungsspezifische Psychotherapie statt des Integrationsbemühens derjenigen ForscherInnen, die gemeinsame Änderungsprinzipien der Psychotherapieverfahren herausarbeiten wie Pachankis und Goldfried (2013).

In einer ganz besonderen Situation befindet sich die Psychoanalyse, wie Leuzinger-Bohleber (1998, S. 7) schreibt: Wissenschaftstheoretisch befindet sich die Psychoanalyse – als „Wissenschaft des Unbewussten“ – im Spannungsfeld zahlreicher Gegensätze. Ist sie eine Kunst oder eine Wissenschaft? Fühlt sie sich in ihrer methodischen Zugangsweise einem hermeneutischen oder einem nomothetischen Wissenschaftsverständnis verpflichtet? Welche Kriterien „wissenschaftlicher Wahrheit“ verwendet sie? Soll sie sich den Forderungen nach intersubjektiver Überprüfung ihrer Beobachtungen, Deutungen, Konzepte und Modelle beugen oder sich ihnen verweigern mit dem Hinweis, dass solche Überprüfungen ihrem Wissenschaftsverständnis und ihrer klinischen Praxis widersprechen? Diese Fragen werden auch von Lebiger-Vogel (2011) diskutiert. Holm-Hadulla berichtet über die Hermeneutik als Basis therapeutischen Handelns (vergleiche auch Fiedler 2012).

Teil 2 Die Kunst der Psychotherapie

Ist das Gehirn der PsychotherapeutIn vor dem EST-Manual-Training eine tabula rasa? Von impliziten Theorien, Intuition und Erfahrungswissen

Besteht das Denken und Handeln des EST/EBP-TherapeutIn wirklich nur aus dem, was im empirisch evaluierten Therapiemanual steht? Selbst eine TherapeutIn, die zum Zwecke einer RCT-Studie dahin gehend trainiert wurde, dass ihr therapeutisches Vorgehen ausschließlich darin besteht, was das Manual vorgibt, war vor der Schulung keine psychotherapeutische tabula rasa, ohne jegliches Vorwissen, ohne jegliche therapeutische Grundhaltung und ohne jeglichen allgemeinen Basisfertigkeiten. Während es genaue und differenzierte Ein- und Ausschlusskriterien für PatientInnen gibt, wird nicht definiert und nicht festgelegt, welche Merkmale ein/e TherapeutIn hat und welche er/sie nicht haben sollte. Die Therapiemanual-Schulung soll einfach dafür sorgen, dass diese Variable so wenig wie möglich als Fehlervarianz in das Ergebnis der Studie eingeht. Das mag gelingen, aber dennoch bleiben mitgebrachte Grundfertigkeiten, auf denen das TherapeutInnenverhalten vor und nach Schulung aufbaut. Vielfältiges psychologisches und psychodiagnostisches Wissen, Rollenverständnis und Rollenzuweisung, Gesprächsführung, rationale Informationsverarbeitung, logische Schlussfolgerungen, Hypothesenbildung, aber auch Warmherzigkeit und Empathiefähigkeit.

Die neu erworbene störungsspezifische Kompetenz baut immer auf all dem Wissen und Können auf, das eine PsychotherapeutIn von einem Laien unterscheidet. So zeigen Haisch und Vogel (2010), in welchem großem Umfang die sozialpsychologische Forschung Relevanz für übergreifendes psychotherapeutisches Wissen und Können haben. Studienergebnis ist also nicht einfach, dass eine evidenzbasierte störungsspezifische Therapie EST wirksam ist, sondern, dass eine evidenzbasierte störungsspezifische Therapie EST von einer Person durchgeführt wurde, die professionelles Wissen und Kompetenz durch eine Ausbildung zur PsychotherapeutIn erworben hat und besitzt.

Zur Wirksamkeit hat demnach nicht nur die Manualtherapie der EST beigetragen, sondern evidenzbasierte störungsspezifische Therapie EST plus allgemeine professionelle Psychotherapie-Kompetenz.

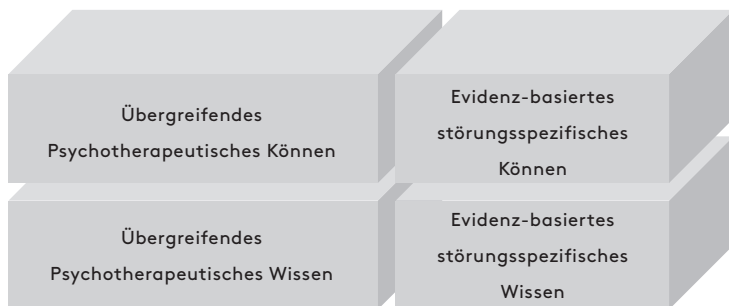


Abbildung 1: Komponenten psychotherapeutischer Kompetenz

Nur wenn man Laien als TherapeutInnenen in der Studie eingesetzt hätte, wäre der Erfolg allein der evidenzbasierte störungsspezifische Therapie EST zuzuschreiben.

Entsprechend kann ein störungsspezifisches Manual das Vorgehen einer TherapeutIn gar nicht so umfassend vorschreiben, dass nichts anderes mehr an Therapeutenverhalten übrig bleibt. Der/die TherapeutIn ist kein Roboter, sondern ein Mensch, der gar nicht anders kann, als über den Tellerrand des Manuals hinauszuschauen.

Trotzdem verkünden EBP/EST-Forscher, dass die Ära der Psychotherapie-Verfahren zu Ende sei und keine Therapieschulen mehr benötigt werden (persönliche Mitteilung). Dabei wird den Schulen implizit der Charakter einer Religionsschule zugesprochen, in der etwas gelehrt und Glauben gemacht wird, was jenseits einer objektiv überprüfbaren Realität liegt. Da ist es auch nicht verwunderlich, dass der Ruf nach Abschaffung der Selbsterfahrung in der Psychotherapie-Ausbildung ertönt (persönliche Mitteilung). EBP-EST-ForscherInnen wünschen sich seit langem die Abschaffung der Psychotherapie-Verfahren, deren empirisch nicht bestätigte bzw. nicht bestätigbaren Theoriesysteme den Fortschritt der Psychotherapie nach ihrer Auffassung verhindern. In dieser Intention einiger TherapieforscherInnen steckt erneut die unwissenschaftliche, fast schon dogmatische Sichtweise,

dass nur das, was sie (bisher) empirisch geprüft haben, in der Psychotherapie gedacht werden darf.

Wir kommen nicht umhin, die evidenzbasierte störungsspezifische Manualtherapie als mehr oder weniger anzueignende Adjuvant zum Therapierepertoire eines/einer PsychotherapeutIn zu sehen. Die Manualtherapie wird bei Vorliegen der betreffenden Störung dem allgemeinen psychotherapeutischen Verhaltensrepertoire, d. h. der Professionalität hinzugefügt, das in der mehrjährigen Psychotherapie-Ausbildung und durch spätere jahrelange Erfahrung erworben wurde.

Idealerweise stimmt diese Professionalität weitgehend mit ihrem Wissen und ihrer Kompetenz mit den empirisch bestätigten allgemeinen Änderungsprinzipien bzw. Wirkfaktoren überein. Dann wäre die professionelle PsychotherapeutIn ein Scientist-Practitioner bzw. Local Clinical Scientist. Allerdings weckt gerade die Diskrepanz zwischen dem, was wir uns wissenschaftlich erklären können und dem, was die Wissenschaft noch nicht als Untersuchungsgegenstand aufgegriffen hat und dem wir trotzdem bei dem/der PatientIn begegnen, unsere Neugier, die im günstigen Fall eines Tages auch TherapieforscherInnen erfasst, so dass sie unsere vorwissenschaftlichen Erklärungen bestätigen oder nicht bestätigen können. Leider holen sich TherapieforscherInnen ihre Hypothesen nur zu einem kleinen Teil aus den Beobachtungen der PraktikerInnen und KlinikerInnen, sondern aus dem, was gerade andere TherapieforscherInnen beschäftigt, es sei denn sie wollen ihrer Karriere schaden, indem sie sich von der Therapieforschungs-Community entfernen.

Erfahrungswissen

Erfahrungswissen wird vorschnell vom Wissenschaftler als unwissenschaftlich bezeichnet. Wie an anderer Stelle (Sulz, 2014d) ausgeführt, sollte dieser Begriff nur für eklatant der Wissenschaft entgegenstehende Aussagen und Schlussfolgerungen vorbehalten sein, da er heute eine diskriminierende semantische Färbung angenommen hat.

Wir wissen, dass unsere individuelle Erfahrung uns ebenso wie unsere impliziten Theorien helfen, das Nicht-Wissen der Wissenschaft zu kompensieren und die weißen

Stellen in deren Landkarte so zu füllen, dass wir uns in der Realität bewegen können. Wir wissen auch, dass unser Erfahrungswissen subjektiv und unser Erfahrungshorizont begrenzt ist (Dahlbender & Kächele, 2001). So wie Wissenschaftler gezwungen sind, einem ersten wissenschaftlichen Ergebnis zu misstrauen und die Bestätigung von Seiten anderer unabhängiger WissenschaftlerInnen abzuwarten, bevor sie allgemeine Aussagen machen und Empfehlungen für die Praxis geben, so müssen wir als Einzelpersonen unser Erfahrungswissen ständig an neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und am Erfahrungswissen anderer messen. Wir dürfen uns weder auf unser Erfahrungswissen noch auf die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse verlassen. Unsere Erfahrung lehrt uns wie fehlerbehaftet unsere Erfahrungsinhalte sind. Und wir haben gelernt, damit so umzugehen, dass unsere Fehler minimiert werden können, ohne zu warten, bis uns die Wissenschaft eines Besseren belehrt. Dazu bleibt bei vielen Themen keine Zeit, da der/die betreffende PatientIn, bei dem/der eine bestimmte Frage auftritt, jetzt behandelt werden muss und nicht in zehn Jahren, wenn die Wissenschaft eine empirisch bestätigte Antwort auf diese Frage gefunden hat. Wiederum ist die Grundhaltung des Scientist-Practitioners der EST-Grundhaltung vorzuziehen.

Sind Theorien notwendig?

Wenn wir unter Theorie nicht den Erkenntnisstand der Psychotherapie-Wissenschaft meinen, der unverzichtbar ist, sondern eine Theorie, die die Psyche des gesunden und des erkrankten Menschen erklärt und die zur Begründung von diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen dient, dann ist dies eine Frage, die gegenwärtig viel diskutiert wird.

Empirie statt Theorie

Psychotherapeutisches Handeln braucht eine rationale Begründung, selbst wenn es intuitiv ist. Die Begründung kann heißen „weil Outcome-Studien gezeigt haben, dass dieses Therapeuten-Verhalten bei PatientInnen mit der vorliegenden Störung oder ganz allgemein wirksam ist.“ Intuitives Handeln lässt sich meist erst posthoc begründen.

Da die laufend sich erweiternden und zum Teil widersprüchlichen empirischen Ergebnisse sich nicht in eine einzige Theorie einfügen lassen, kann aus ihnen keine Theorie formuliert werden, die allgemein genug wäre, um psychotherapeutisches Handeln im Prinzip zu umreißen. Die empirische Wissenschaft führt nicht dazu, dass eine solche Theorie in absehbarer Zeit verfügbar werden könnte, auch wenn der Common-Factor-Ansatz und die konsentierten und empirisch bestätigten Änderungsprinzipien einen Anfang darstellen.

Evidenzbasierung braucht bis heute ebenso wenig wie der Common-Factor- und der Änderungsprinzipien-Ansatz eine explizite Theorie, die psychische Gesundheit, Krankheit und Therapie definiert. Die TherapieforscherInnen berufen sich nicht auf Theorien, sondern auf empirische Forschungsergebnisse. Und diese lassen sich schon lange nicht mehr und noch lange nicht zu einer allgemeinen Psychotherapie-Theorie zusammenbringen.

Theorie statt Empirie

Es wird den Therapieschulen vorgeworfen, dass sie an jeweils einer empirisch nicht bestätigten Theorie festhalten, empirische Forschungsergebnisse ignorieren und deshalb den Fortschritt und die Weiterentwicklung der Psychotherapie blockieren (Fiedler, 2012). Dem ist nicht ganz so. Während die Verhaltenstherapie noch nie eine komplexe nosologische Theorie hatte, beinhalten die Psychoanalyse und die psychodynamische Psychotherapie heute eine sehr große Zahl sehr verschiedener Theorien – die eine geltende Theorie gibt es seit mindestens fünfzig Jahren nicht mehr. Auch bei den humanistischen Therapien herrscht eine Theorienvielfalt.

Erfahrene PsychotherapeutInnen entnehmen ihr Menschenbild zwar der Therapieschule, in der sie sozialisiert wurden, korrigieren und ergänzen dieses aber durch jeweils neue empirische Forschungsergebnisse im gleichen Ausmaß wie den Erkenntnissen ihrer klinischen Erfahrung. Sie sind diesbezüglich sehr aufmerksam und lernbegierig. Insofern ist der Informationstransfer eher eine Einbahnstraße von der Wissenschaft zur Praxis. Denn Wissenschaftler dürfen ihr Wissen nur aus Impact-Zeitschriften holen, was ihr Wissen

zwar sicherer, aber auch begrenzter macht. Fiedler (2012) erwähnt zwar die Forderung, dass es vor der Wissenschaft Praxis geben müsse, verweist dann aber doch wieder auf die Forschung als die eigentliche Quelle des Wissens. Allerdings gibt er der Kasuistik und dem hermeneutischen Forschungsansatz eine Daseinsberechtigung für die zukünftige Entwicklung der Psychotherapie.

Historisch war es in allen Bereichen so, dass bevor es Naturwissenschaft und empirische Forschung gab, Erfahrungen einzelner und einzelne Erfahrungen zu einem gemeinsamen Wissen und theoretische Reflexionen Einzelner einer gemeinsamen Theorie zusammengetragen wurden. Sei es in der Medizin, der Biologie, der Geologie oder auch der Physik und Chemie. Die Menschen konnten ihr Denken über das Funktionieren der Welt nicht Jahrhunderte lang zurückhalten und warten bis in der Geschichte die empirischen Forscher auftauchen, damit sie nur noch gesichertes Wissen in ihrem Gedächtnis abspeichern. Sie mussten in der Zeit, in der sie lebten, eine bestmögliche Orientierung im Weltgeschehen finden, mit dem Wissen das ihnen zugänglich war. Auch wenn sich ihre Theorien später als falsch herausstellten, waren sie eine heuristische Hilfe und zwar die besten, die ihnen zugänglich waren. Das vorhandene Wissen wurde gesammelt und gelehrt – in Schulen. In verschiedenen Schulen kumulierte verschiedenes Wissen und Denken und so entstanden schulenspezifische Theorien. Auch an dieser Stelle muss wieder Piagets (1995) Unterscheidung von Assimilation und Akkommodation zu Hilfe genommen werden. Es ist ökonomisch, dass der Mensch so lange wie möglich neue Erfahrungen in sein vorhandenes Weltbild anpasst (assimiliert). Und erst dann, wenn die neuen Erfahrungen überhaupt nicht mehr durch die bisherige Theorie erklärt werden können, wird das Weltbild bzw. die Theorie geändert (akkommodiert). Diese Trägheit sorgt für Stabilität der Orientierung in der Welt. Es ist ökonomischer mit den Denkfehlern der alten Theorie umzugehen, als ständig alte Theoriegebäude einzureißen und neue aufzubauen. Denn kaum ist das neue fertig, ist es auch schon alt und muss wieder eingerissen werden. Diese Trägheit beobachten wir nicht nur bei Laien, sondern auch bei Wissenschaftlern – mit einer vergleichbar großen

Beharrlichkeit, wie wir schon am Beispiel der EBP-EST-Forschung feststellen konnten. Ob wir es im Bereich der Psychotherapie mit Vertretern einer Therapieschule oder einer Forschungsrichtung zu tun haben, macht keinen sehr großen Unterschied. Denn beide reagieren menschlich. Die einen halten an ihren überwiegend vorwissenschaftlichen Theorien fest, die anderen an ihren überholten Forschungsparadigmen. Wer mehr zur Stagnation der psychotherapeutischen Weiterentwicklung beiträgt, sei dahingestellt. Und es gibt Unterschiede: PraktikerInnen, die an den Theorien dogmatisch festhalten und es schaffen, jahrzehntelang ihr professionelles Denken und Handeln konstant zu halten, und PraktikerInnen, die laufend neue Impulse aufnehmen und soweit es ihnen möglich ist, die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse einbeziehen. Letztere sind in der Überzahl. Ebenso gibt es ForscherInnen, die zu lange ihr Forschungsparadigma beibehalten und auch dafür Sorge tragen, dass dieses in der Vergabe von Drittmitteln bevorzugt wird und dass ihre DoktorandInnen und HabilitantInnen davon nicht abweichen (Kuhn, 1998; Bischof, 2008). Und es gibt die anderen Forscher, die ständig in Veränderung sind und vorhandenes Wissen durch neues ersetzen, für die Labor und Experiment nur vorläufiges Wissen schafft, und die immer wieder neue Forschungsparadigmen erfinden, um so die Begrenztheit und Stagnation der alten zu überwinden.

Menschliches Denken heißt Theorien bilden

Nun gehört es zur Natur des Menschen, dass er versucht, Erklärungen zu finden und diese zu einem Theoriegebäude zusammenzufügen. Das beginnt schon im Kindesalter mit der Theory of Mind und geht weiter bis zu den Theorien der Psychotherapie-Verfahren. Allerdings erwarten wir als PsychotherapeutInnen von einer Theorie, dass ihre Aussagen empirisch überprüft oder überprüfbar sind. Es gibt aber nur wenige Forschungsaktivitäten, die sich auf die Bestätigung einer Theorie konzentrieren. Drittmittelforschung soll einen Ertrag für den Geldgeber bringen und Theorien sind nur mittelbar von praktischem Nutzen.

Die PsychotherapeutIn braucht dennoch eine Orientierung und je komplexer die empirische Erkenntnislage ist,

umso weniger ist diese in der konkreten Therapiesitzung handlungsleitendes Wissen. Dann muss wieder auf Intuition zurückgegriffen werden (Caspar, 2001), auf nicht explizierbare therapeutische Entscheidungen oder auf die empirisch nicht bestätigte oder nur teilweise bestätigte Therapietheorie des Psychotherapie-Verfahrens, in dem die eigene Ausbildung stattgefunden hat (Haisch & Vogel, 2010). Sonst muss von einer Detail-Erkenntnis zur nächsten gesprungen werden. Konstrukte, die keine Verbindung zueinander haben, die nicht zu einer Theorie zusammengefügt werden können, da sie nicht zueinander passen. Das Denken wird immer wieder herausgerissen aus einer Art zu denken, aus einem inneren Bild des äußeren Geschehens. Es ist wie die Betrachtung eines Films, der aus lauter unzusammenhängenden Szenen besteht und der deshalb keine in sich geschlossene Geschichte erzählt, die nachvollzogen und nachempfunden werden kann.

Implizite Theorien

Die Ökonomie des menschlichen Denkens, Erkanntes zu einem Gesamtbild, wie zu einer Gestalt zusammenzufügen, steht der Forderung gegenüber, nur empirisch Gesichertes zu denken, wenn es um therapeutische Entscheidungen geht. Also entsteht allmählich eine implizite Theorie, die vielleicht noch längere Zeit nicht bewusst gedacht wird, aber abgefragt werden könnte. Und die, so lange sie nicht expliziert ist, Ideen intuitiv preisgibt, deren Herkunft zunächst nicht verfolgt werden können. Je nachdem wie viele Fehler sie enthält, wird sie ein guter oder schlechter Ratgeber sein. Vorteil expliziter Theorie ist, dass sie noch vor einer wissenschaftlichen Prüfung der logischen Prüfung des Individuums zugänglich ist, was bei impliziten Theorien nur schwer möglich ist.

Auch wenn wir uns möglichst viel auf der bewussten Ebene explizit machen, bleibt immer noch ein großer impliziter Teil in unserem Verständnis des Menschen und der zwischenmenschlichen Beziehungen (Anderson, 2001). Also kann der Umgang mit unseren impliziten Theorien nicht nur darin bestehen, sie weitestgehend in bewusste explizite Theorien zu verwandeln – worin wir größtenteils zum Scheitern verurteilt sind. Vielmehr müssen wir weitere Arten des Umgangs mit unserer „Un- oder Vor- oder Über- oder

Nach-Wissenschaftlichkeit“ (Sulz, 2014d) finden. Die Haltung des Scientist Practitioner's, wie ihn Stricker (2013) definierte, ist eine kognitive Strategie, die hier weiter helfen kann: Jede Aussage meiner Theorie zur Frage zu machen und in der Realität (im Gespräch mit dem/der PatientIn) nach Evidenzen suchen, die für oder gegen die Aussage sprechen. So lange mein Gedanke eine Hypothese ist, die ich hinterfrage und nicht schon zu einer Überzeugung geworden ist, hinter die ich ein Ausrufezeichen setze statt eines Fragezeichens, ist mein Vorgehen nicht unwissenschaftlich, wenngleich es noch nicht wissenschaftlich im engeren Sinne ist.

Wir müssen nun wieder zweierlei unterscheiden: Das eine ist ein Denkmodell über die Psyche des einzelnen mir gegenüber sitzenden PatientInnen. Und das andere ist – vermutlich eine Kumulation solcher Einzelmodelle – eine allgemeinere Theorie darüber wie Menschen sind und sein können, wie psychische Störungen entstehen und wie sie behandelt werden können.

Wenn wir angesichts der menschlichen Natur nicht verhindern können, dass samt aller Professionalität ständig implizite Theorien in der Psyche einer TherapeutIn entstehen – als Versuch, das Fehlen expliziter wissenschaftlicher Erkenntnis zu ergänzen oder deren heterogene Einzelteile zu einem Theoriegebäude zu verschmelzen – dann könnte es Abhilfe schaffen, wenn von Seiten der Profession und der Psychotherapie-Wissenschaft empirisch bestätigte Eckwerte einer solchen Theorie geliefert werden, so dass die entstehende individuelle Landkarte oder mind map im Groben deckungsgleich mit der wissenschaftlichen wird. Während die Landkarte, die von der Wissenschaft geliefert wird, viele weiße Flecken enthält, werden diese vom Individuum implizit gefüllt. Vorteil dieses Zusammenwirkens von Wissenschaft und Praxis ist, dass die grobe Deckungsgleichheit besteht, während ohne diesen wissenschaftlichen Input auch die impliziten Eckwerte ganz andere sind als die expliziten und wissenschaftlichen, so dass man nicht meinen könnte, man befinde sich am gleichen Ort oder in der gleichen Region.

Dürfen PsychotherapeutInnen nur wissenschaftlich denken?

Wir stoßen wieder auf den kritischen Punkt: Dürfen PsychotherapeutInnen dort hindenken, wo die Wissenschaft noch nichts weiß? Und darf die Wissenschaft dieses vorwissenschaftliche Denken sprachlich ungenau als unwissenschaftlich denunzieren und damit quasi verbieten?

Trotz vieler Fehler im vorwissenschaftlichen Denken ist unsere Lebensklugheit doch voll davon und kommt ohne es nicht aus, auch im psychotherapeutischen Beruf. Wir verdanken unseren impliziten Theorien und unserer Intuition, dass wir gute therapeutische Arbeit machen und PatientInnen gut helfen können. Das geht nur, wenn wir an den vielen Stellen, an denen die Wissenschaft noch nicht so weit ist, Erfahrungswissen und Intuition einsetzen. Aufbauend auf unserer wissenschaftlichen Sozialisation werden wir dadurch zu KünstlerInnen oder KunsthandwerkerInnen, die das bestmögliche therapeutische Ergebnis erzielen.

Die Frage, wie mir das gelungen ist, kann ich umso weniger beantworten, je mehr meine impliziten Theorien mich geleitet haben und umso mehr meine Intuition den Ausschlag gab.

Nicht nur der/die WissenschaftlerIn in mir prüft die Aussagen meiner impliziten Theorie und meine intuitive Idee, das gehört ebenso zum/zur KünstlerIn. Mein Denken und Handeln wird vielmehr doppelt geprüft:

Der/die WissenschaftlerIn in mir prüft, ob es entgegen der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnis ist.

Der/die KünstlerIn in mir prüft, ob es entgegen einer Intuition ist, die anderes meint und will – ob sich beim Vergegenwärtigen also eine widerstreitende Intuition einstellt, durch die die vorausgehende ungültig erscheint – nicht logisch, sondern intuitiv.

Intuition

Während einer 50-minütigen Therapiesitzung entstehen bei einem/einer TherapeutIn mindestens so viele intuitive Ideen wie explizite logische Schlussfolgerungen – letztere als analytisch-sequentielles Denken ist ohnehin nicht in der Lage das komplexe Interaktionsgeschehen abzubilden. Es wäre

auch viel zu langsam für die schnelle Abfolge emotionaler, kognitiver, somatischer und kommunikativer Prozesse und Wechselwirkungen. Intuition ist demnach nicht Ersatz für analytisch-sequentiell wissenschaftliches Denken, sondern notwendiger Gegenpart. Intuition wird nicht dadurch unwissenschaftlich, dass man die Frage nach ihrer Begründung nicht in Form einer analytisch-sequenziellen Analyse beantworten kann (Hauser, 1991). Wissen, das im Moment nicht bewusst ist, Erinnerungen an Erfahrungen, die im Moment nicht ins Bewusstsein kommen, emotionale Erlebnisse und Bewertungen, sowie Antizipationen, Erwartungen und Vorwegnahmen, eigene Ängste und Bedürfnisse von Seiten der Person des/der TherapeutIn und subliminale Wahrnehmungen und implizite emotionale und rationale Verarbeitungen der vielfältigen nonverbalen und verbalen Mini-Botschaften von Seiten des/der PatientIn werden zu einer Intuition zusammengeführt. Wie soll da die Frage nach der Begründung des intuitiven Vorgehens mit einem einzigen logischen Satz beantwortet werden können? Die Wissenschaft könnte das trotz umfangreicher Studien auch nicht.

Je nachdem, ob sich einer der genannten oder auch ein nicht genannter Faktor in den Vordergrund schiebt, wird die Intuition dem Gesamtgeschehen eventuell nicht mehr gerecht und führt zu einer falschen Entscheidung bzw. zu einem nicht wirksamen oder gar schädlichen TherapeutInnenverhalten (Gigerenzer, 2000, 2007).

Psychotherapeutische Meta-Kompetenz: Expertise und Passgenauigkeit

Rainer Sachse (2015 in diesem Band) nennt die psychotherapeutische Kompetenz Expertise (vergl. auch Sulz, 2014a). Wer zur psychotherapeutischen Behandlung geht, erwartet von seinem/seiner PsychotherapeutIn, dass er/sie ExpertIn ist – eine Person, die all das sehr gut weiß und kann, was notwendig ist, um eine passgenaue individuelle Behandlung so durchzuführen, dass es zur psychischen Gesundheit oder gar zur Gesundheit kommt. Es erscheint selbstverständlich, dass die wirksamsten Interventionen zum Einsatz kommen, sorgfältig ausgewählt, so angewendet, dass sie ihre volle Wirksamkeit entfalten können und sie so auf die

Besonderheiten und die Einzigartigkeit des/der PatientIn eingerichtet, dass bei ihm die bestmögliche Therapie resultiert.

Die Erwartung des/der PatientIn bezüglich des Expertentums des/der PsychotherapeutIn ist u. a. bei Grawe (1998) als ein schon früh – zu Beginn der Behandlung – zur Entfaltung kommender Wirkfaktor genannt. Expertentum des/der PsychotherapeutIn besteht also nicht nur in seinem/ihrem vorhandenen Wissen und Können und seiner/ihrer Kunst, sondern auch darin, diese für den/die PatientIn so wahrnehmbar zu machen, dass er/sie von seinem/ihrem Expertentum überzeugt ist.

Beim Expertentum kommt zum übergreifenden (störungsunspezifischen) psychotherapeutischen Wissen und Können und zum störungsspezifischen Wissen und Können eines/einer ausgebildeten PsychotherapeutIn auch noch eine Meta-Kompetenz hinzu, die all das im konkreten Behandlungsfall so organisiert und koordiniert, dass eine optimale Passung TherapeutIn – PatientIn – Intervention – Prozess – Verlauf – Ergebnis entsteht (Abb. 2). Das braucht analytisches und intuitives Konzipieren, Relativieren, Dosieren, Beobachten, Entdecken, Nachjustieren, Korrigieren, Hinzufügen, Weglassen, Einfühlen, Reflektieren, Abstrahieren, Theoretisieren, Meta-Kommunizieren, Rückmelden, Erfragen, Bestätigen, Schützen, Fördern, Konkretisieren, Konfrontieren, Fordern, Verhandeln, Anbieten, Abgleichen, Festhalten, Beharren, Loslassen, Preisgeben, Zurücknehmen.



Abbildung 2: Psychotherapeutische Meta-Kompetenz

Und das alles bei dem/der richtigen PatientIn, im richtigen Moment, in der richtigen Abfolge, in der richtigen Intensität und Dauer (Abb. 3).



Abbildung 3: Psychotherapeutische Diagnostik und Modell-Bildung

Wie komplex und schnell die vielfältigen und auf mehreren Ebenen synchronen Verarbeitungsprozesse des/der PsychotherapeutIn (Abb. 3) sind und ablaufen, beschreibt Sachse (2015, siehe auch Sachse, Fasbender & Hammelstein, 2014; Sachse, Hammelstein & Breil, 2014). Ständig kommen wieder neue visuellen und akustischen Wahrnehmungen, neue Informationen, die mit den vorhandenen verglichen werden müssen – geprüft und im Sinne von Piaget (1995) entweder assimiliert (in die bestehende Theorie eingefügt) werden oder die eine Akkommodation des Denkmodells erfordern. Der Vergleich mit empirisch bestätigtem Wissen mündet in eine Modellbildung ein als explizite Theorie. Zugleich kommt der große Schatz an Erfahrungswissen in den für den vorliegenden Fall relevanten Aspekten in Erinnerung, bleibt eventuell noch subliminal vorbewusst, trägt aber zur parallelen Bildung eines impliziten Denkmodells bei. Metakognitive Prozesse unterziehen die vorhandenen Informationen einer vergleichenden Prüfung und führen zur passgenauen Einstellung auf die therapeutische Arbeit mit

dem gegenüberstehenden Menschen und seinem Problem. Wir wissen, dass die resultierende therapeutische Entscheidung nicht nur das reine Ergebnis bewusster Reflexion ist, sondern dass sie schon zuvor in einer nicht bewussten Prozessphase der Handlungsmotivation erfolgte (Heckhausen, 2001).

Meta-Kompetenz enthält sowohl einen hohen Anteil expliziter bewusster reflektierter und angestrebter Strategie und Interventionstaktik (als langsamem Prozess der Informationsverarbeitung im Sinne der „willkürlichen Psyche“ nach Sulz, 1994) als auch einen hohen Anteil an Intuition (als schnellem Prozess der Informationsverarbeitung im Sinne der „autonomen Psyche“ nach Sulz, 1994), d. h. von Erleben und Handeln, das im Moment nicht unmittelbar bewusst begründet und entschieden wurde.

Sachse (2015) hat aufgezeigt, wie vielfältig die Meta-Kompetenz im psychotherapeutischen Prozess in Erscheinung tritt. Obwohl sie weitgehend die Kunst der Psychotherapie ausmacht, besteht sie aus wissenschaftlich erforschten Teilkomponenten, die in der Ausbildung eingeübt werden müssen, vielfach wiederholt, bis sie „im Schlaf“ verfügbar sind. Er geht von einem fünfjährigen Training aus und erwartet nicht, dass ein „Novize“ im ersten Jahr Expertise bzw. Meta-Kompetenz aufweist. Die von Beutler et al. (2003) berichtete Forschung zur relativen Bedeutung von allgemeinen Änderungsprinzipien, störungsspezifischen Interventionen, therapeutischer Beziehung, PatientInnencharakteristika und Passgenauigkeit der Behandlung für den/die konkrete/n PatientIn bestätigt die Bedeutung der Meta-Kompetenz und Expertise. Am Ende seiner/ihrer Ausbildung muss ein/e PsychotherapeutIn über diese Expertise verfügen, damit er/sie ohne systematische Supervision und Beaufsichtigung psychotherapeutische Heilbehandlung durchführen kann und darf. Die Erlaubnis dazu erhält er/sie durch die Approbation, die dem Schutz des/der PatientIn dient.

Psychotherapeutische Kunst

Es könnte sein, dass es nichts mehr hinzuzufügen gibt, wenn wir die Kunst der Psychotherapie beschreiben wollen, dass sie durch das definiert ist, was zur derzeitig dominierenden EST- und RCT-Therapieforschung hinzukommt. Von

der empirischen Wissenschaft her kommend sowohl die Common Factors- Forschung, die Effectiveness-Forschung, die empirische bestätigten Änderungsprinzipien als auch die der weiteren psychologischen Forschung entnommenen Erkenntnisse zu impliziten Theorien, Entscheidungsprozessen, Expertise und Intuition. Von dem vor- bzw. überwissenschaftlichen (Sulz, 2014d) nicht gesicherten Wissen her: Erfahrungswissen, Inhalte von Intuition und Vermutungen. Wenn die These gelten soll, dass Psychotherapie mehr ist als Wissenschaft (Buchholz, 1991; Hutterer-Krisch, 1996; Fischer, 2007, 2011; Jaeggi, 2001, 2002; Sulz, 2014d), dann hängt das wesentlich davon ab, wie Wissenschaft definiert ist, wo die Grenzen von Wissenschaftlichkeit sind. Und auch davon, dass Psychotherapie oder psychotherapeutische Kunst stets etwas bleiben kann, was nicht identisch mit Wissenschaft ist, auch im hypothetischen Fall, dass sie umfassend wissenschaftlich beforscht wurde und alle Prozesse der Psychotherapie wissenschaftlich bestätigt und erklärt wurden. Auch dann bleibt sie auch von wissenschaftlicher Seite aus gesehen nur ein wissenschaftlicher Gegenstand und keine Wissenschaft. Es war geradezu fatal, dass die VertreterInnen der EST-RCT-Forschung forderten, dass nur noch die von ihnen empirisch geprüften psychotherapeutischen Interventionen angewandt werden dürfen. Heute wissen wir, dass ihr Verstehenshorizont dessen, was Psychotherapie ausmacht, relativ gering war und sie auf diese Weise Psychotherapie um das beschnitten, was das Wesentlichste war. In Deutschland ist zwar der Verstehenshorizont der WissenschaftlerInnen größer geworden, aber sie haben ihre Forderungen nach ausschließlichem Einsatz von evidenzbasierten Therapien nicht geändert. Also ist ihr vergrößertes Verständnis noch nicht so weit gediehen, dass es in dieser Hinsicht handlungsleitend werden kann.

Ohne zu sehr in die Inhalte der Psychotherapie zu gehen, können wir festhalten, dass ein/e PsychotherapeutIn während einer Therapiesitzung kein/e WissenschaftlerIn ist und sein soll, sondern dass sein/ihr Denken und Handeln ganz anders ist und ganz andere Prioritäten aufweist und aufweisen muss, selbst wenn sein/ihr nicht-wissenschaftliches Handeln wissenschaftlich überprüft und als wirksam bestätigt

und somit wissenschaftlich anerkannt ist. Zugleich müssen wir festhalten, dass in 50 Minuten Therapie nur zu einem kleinen Prozentsatz Denk- und Handlungsweisen von Seiten des/der TherapeutIn erfolgen, die bisher empirisch untersucht und bestätigt wurden. Sie können und dürfen nicht weggelassen werden, sonst ist es keine Psychotherapie mehr. Eine große Zahl dieser psychotherapeutischen Handlungs-

weisen wird z. B. in zwanzig Jahren empirisch bestätigt sein. Aber, in diesen zwanzig Jahren bis dahin müssen trotzdem psychisch erkrankte Menschen psychotherapeutisch behandelt werden durch Vorgehensweisen, die überwiegend noch nicht wissenschaftlich anerkannt sind.

Es gehören zur Kunst der Psychotherapie noch der Umgang mit Ressourcen und Defiziten, die Empathie, die soziale Wahrnehmung und Kommunikation in der therapeutischen Interaktion dazu, auf die hier nur kurz eingegangen werden soll (Abb. 5). Ausgehend von einer expliziten Störungstheorie, die zu einem individuellen Störungsmodell für den/die konkrete/n PatientIn führte, gelangt der/die PsychotherapeutIn zu einer individuellen Therapietheorie und -strategie. Seine/ihre Behandlung ist begleitet von der Beobachtung und Wahrnehmung des/der PatientIn, der eigenen Person und der Interaktion. Diese fließen ein in ein Vorgehen, das

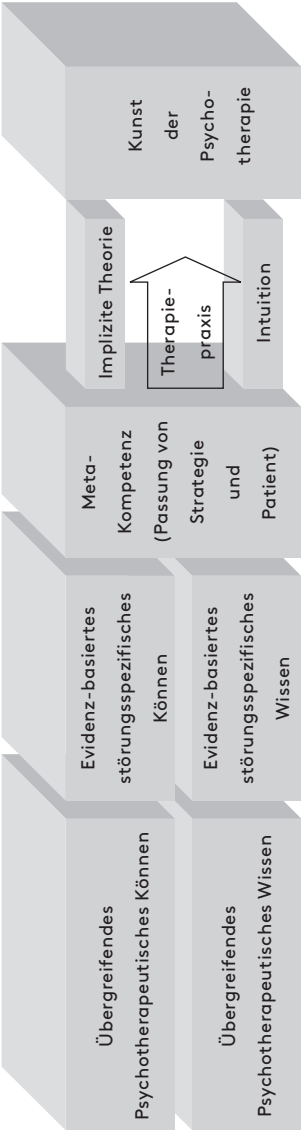


Abbildung 4: Psychotherapeutische Kunst

eine Mischung aus gezielter Interventionstaktik und intuitivem Handeln ist. Die Kunst der Psychotherapie besteht darin, explizites und implizites Wissen und Können intuitiv mit hoher Geschwindigkeit und Treffsicherheit umzusetzen.



Abbildung 5: Psychotherapeutische Therapietheorie, -strategie und -taktik

Sachse (2015) und andere weisen darauf hin, dass die Manualtherapie bei einfachen psychischen Störungen wie Phobien und bei monosymptomatischen PatientInnen ohne Achse-II-Problemen ausreichen mag, dass aber der/die meist komplex gestörte PatientIn in der klinischen Versorgung auf diese Weise nicht behandelt werden kann. Es müssen zahlreiche Kompetenzen zu dem hinzukommen, was im Manual als Vorgehensweise be- und vorgeschrieben wird.

Ressourcen und Defizite

Neben der Analyse dessen, was Krankheitswert hat, sind in der Regel PatientInnencharakteristika als Ressourcen und Defizite zu berücksichtigen, da sie den Verlauf und das Ergebnis einer Behandlung wesentlich mitbestimmen. Fehlende persönliche Fähigkeiten und eine Umwelt, die positiven Veränderungen keine Chance gibt, machen es schwer, zu einem guten Therapieergebnis zu kommen. Umgekehrt ist das Mobilisieren und Utilisieren vorhandener Ressourcen einer der empirisch bestätigten Wirkfaktoren (siehe Grawe, 1998).

Empathie

Grawe (1998) berichtet über einen weiteren empirisch immer wieder bestätigten Wirkfaktor: Empathie und Warmherzigkeit. Diese bestimmen die Qualität der therapeutischen Beziehung in hohem Ausmaß und mobilisieren bei dem/der PatientIn ein großes Selbstheilungspotential. Wenn wir von dem Empathie-Konzept von Piaget (1995) ausgehen, dann setzt reife Empathie im Gegensatz zu einer frühen Empathie, die bereits im Kleinkindalter verfügbar ist (Bischof-Köhler, 2010), erst ab einem bestimmten Reifegrad der Persönlichkeitsentwicklung ein. Wir können also nicht davon ausgehen, dass ein psychotherapeutischer „Novize“ diese in einem für diesen Beruf ausreichenden Ausmaß besitzt. Empathie muss also ein Lern- und Trainingsziel psychotherapeutischer Ausbildung sein. Ein erster wesentlicher Schritt dieses Lernprozesses ist die Gruppenselbsterfahrung, bei der die Gruppenmitglieder sehr häufig mit intensiven emotionalen Erlebnissen anderer konfrontiert sind. Ohne Schulung bleiben diejenigen, die zu wenig Empathiefähigkeit in die Ausbildung mitbringen, hinter den anderen AusbildungsteilnehmerInnen zurück und haben am Ende der Ausbildung zu wenig diesbezügliche Kompetenz erworben, die aus unserer Sicht ein Bestandteil psychotherapeutischer Kunst ist.

Soziale Wahrnehmung in der Interaktion

Das Geschehen in der psychotherapeutischen Interaktion ist so vielschichtig, dass es ein Höchstmaß sozialer Wahrnehmungsfähigkeit erfordert. Es würde den Rahmen eines Therapiemanuals absolut sprengen, wenn die zu beobachtenden Aspekte der therapeutischen Interaktion in dem Ausmaß aufgegriffen würden, wie sie in Wirklichkeit stattfinden (Haisch & Vogel, 2010).

Kommunikation

Die sprachliche Verständigung, die Sprache des/der PatientIn aufgreifen, etwas in dessen/deren Sprache übersetzen, die Macht der Worte nutzen, Worte an die nicht bewusste Psyche richten, ohne dass der bewusste Mensch zunächst etwas damit anfangen kann, mit bestimmten Worten einen Teil des Menschen erreichen, der in dessen Alltag meist nicht

zutage tritt und wenig Einfluss auf die bewusste Lebensgestaltung hat, mit Worten dem/der PatientIn etwas geben, das er/sie schon seit der Kindheit vermisst. Bestimmtes nicht auszusprechen usw. Intuitiv erfassen, welche Worte es jetzt braucht, um im therapeutischen Prozess voranzukommen. Das alles kann die Kunst der Psychotherapie bedeuten. Fast alle psychotherapeutischen Verfahren zeigen in ihrer sprachlichen Kommunikation ihre Art der Kunst – von der Psychoanalyse bis zur Hypnotherapie, von der Verhaltenstherapie bis zur systemischen und zur humanistischen Therapie.

Die Aufmerksamkeit muss ebenso auf die nicht-sprachliche Kommunikation im Zweiergespräch gerichtet sein, die implizit gesendete und implizit empfangene Information enthält, welche wir in Art und Umfang meist nicht bewusst wahrnehmen können und die weitere Interaktion und die therapeutische Beziehung insgesamt beeinflusst.

Beides, sowohl die sprachliche als auch die nicht-sprachliche Kommunikation in ihren feinen Nuancen im Mikrobereich, muss gelernt werden, da sie ohne Übung nur wenige in dem Ausmaß beherrschen, wie sie für die Psychotherapie erforderlich ist. Hierbei geht es nicht um eine raffinierte Manipulation des/der PatientIn, sondern darum, etwas was ohnehin geschieht, auf die bewusste Ebene zu holen, reflektieren, meta-kommunizieren und steuern zu können.

Wissenschaft, Handwerk, Kunsthandwerk, Ingenieurskunst, Kunst der Psychotherapie

Wenn wir von Ingenieurskunst sprechen, ist ein Staunen und Bewundern dabei. Der/die IngenieurIn ist AkademikerIn, denkt und konstruiert auf wissenschaftlicher Basis, den Gesetzen der Physik entsprechend, so dass seine/ihre Konstruktion richtig und fehlerfrei ist. Und er/sie hat eine Idee verwirklicht, die uns staunen lässt: Dass es so etwas gibt, dass man so etwas machen kann! Bewundernswert und außergewöhnlich. Das Außergewöhnliche gehört zur Kunst – nur wenige können das. Sachse (2015) würde sagen, nur ExpertInnen können das. Sein Expertise-Begriff entspricht unserem Begriff der psychotherapeutischen Kunst weitgehend, obwohl er das intuitive Moment nicht betont. Das kreative Moment, das Kunst am ehesten charakterisiert, kann

ebenfalls in der Expertise enthalten sein. In der Psychotherapie sind kreative Momente sehr häufig. Bekanntem wird einer kreativen Idee folgend Neues hinzugefügt. Noch nie da gewesene Ideen entstehen, ein noch nie dagewesenes Wechselspiel von Interaktion und Kommunikation. Der/die Scientist Practitioner prüft das Neue sogleich bezüglich wissenschaftlicher Erkenntnis, aber auch bezüglich seiner/ihrer Nützlichkeit in der psychotherapeutischen Praxis. Kunst, die nützlich ist, gehört zum Kunsthandwerk. Eine Ingenieurskonstruktion ist per se nützlich und ist Ingenieurskunst. Das eine Mal steht das Ingenieursdenken, das andere Mal die Fingerfertigkeit im Vordergrund. Zu beidem gehört das Kreative. Zur Kunst der Psychotherapie gehört beides: die Kunst der neuen Idee und die Kunst der Anwendung. Soweit die Wissenschaft schon so weit ist, dieses Vorgehen erklären und empirisch bestätigen zu können, erfolgt die psychotherapeutische Kunst auf wissenschaftlichem Fundament. Wenn die Wissenschaft noch keine empirische Forschung dazu aufweisen kann, bleibt das kunstvolle Vorgehen vorwissenschaftlich und bedarf besonders verantwortlichem Umgang. Ein/e EBP-ForscherIn würde sagen, im Falle fehlender Evidenz müsse stattdessen zu einem evidenzbasierten Vorgehen übergegangen werden. Ja, würden PraktikerInnen sagen, so oft es diese Alternative gibt. Und wenn die EBP-Forschung hierzu keine Intervention bieten kann, bleibt es eben dabei, dass 80 % der psychotherapeutischen Prozesse aus nicht empirisch gestützten Mikro-Prozessen besteht, teils explizit und bewusst intendiert, teils intuitiv. Da die Wissenschaft in ihren Erkenntnissen rasch voranschreitet, erhöht sich der empirisch basierte Anteil psychotherapeutischen Handelns Jahr für Jahr – für den Scientist-Practitioner eine Selbstverständlichkeit. Seine Kunst bleibt auch dann noch eine Kunst – eine empirisch basierte Kunst. Denn psychotherapeutische Kunst ist auch dann nicht zur Wissenschaft geworden, wenn sie wissenschaftlich bestätigt und erklärt werden kann. Ihr bleibt das Außergewöhnliche, Kreative, Intuitive, Implizite ebenso wie das Expertentum.

Teil 3: Ausbildung

Theoretisches Wissen und Handlungswissen

Wenn wir Manualtherapie und störungsspezifische Interventionen nicht als ausreichend betrachten, muss die psychotherapeutische Ausbildung anspruchsvoll sein. Sie muss neben umfassendem theoretischem Wissen über psychische und psychosomatische Erkrankungen, deren Entstehung, Aufrechterhaltung ein ebenso umfassendes Handlungswissen bezüglich Behandlung und Prävention beinhalten. Dieses störungsbezogene Wissen muss um ein umfassendes psychologisches Wissen im Sinne von Sachse (2015) angereichert werden, das nicht die Krankheit fokussiert, sondern den erkrankten Menschen mit all dem, was ihn disponiert und vulnerabel gemacht hat, mit all dem, was ihn hindert, die notwendigen Schritte der Änderung zu vollziehen. Wissen über die vielen Teilprozesse der Psychotherapie, die synchron ablaufen und ebenso im Blick gehalten werden müssen wie die Armaturen des Flugzeugpiloten. Wissen darüber, was psychotherapeutisches Expertentum ausmacht und worin die Kunst der Psychotherapie besteht, die sich nicht auf Manuale beschränkt.

Praktisches Üben

Einer Person, die das Fliegen nicht geübt hat, würde man kein Flugzeug überlassen, auch wenn sie die Theorie perfekt beherrscht und sagt, sie habe jetzt das Rüstzeug zum Piloten und sei jetzt Pilot. Auch wenn sie ein bisschen geübt hat (wie das leider zu oft in der Psychotherapie gemacht wird) und es schon dreimal hintereinander gekonnt hat, wäre das noch keine Garantie für ihr Expertentum, das wir zur Sicherheit der Passagiere fordern müssen. In der Lernpsychologie gibt es den Begriff des Überlernens, also auch dann noch weiter zu üben, wenn etwas schon gekonnt wird. Es darf keine bewusste Aufmerksamkeit mehr abverlangen, ein Verhalten genau einzuhalten, die wiederum die Aufmerksamkeit von einem genauso wichtigen anderen Aspekt ablenkt, der auf keinen Fall vernachlässigt werden darf. Wer also auf mehreren Ebenen gleichzeitig operieren muss, darf bezüglich der einen Ebene nicht mit Scheuklappen angestrengt auf der

einen bleiben, aus Angst, sie nicht genügend zu beherrschen. Viele Psychotherapie-Novizen und Ihre SupervisorInnen kennen dieses Problem sehr gut. Wer nur Theorie im Rucksack hat, kennt das Problem nicht. Er meint, er werde es ohne Üben können. Die Praxis muss deshalb mindestens 50 % der Ausbildung beanspruchen. Ohne sie ist es keine Ausbildung und der/die Ausgebildete hat nicht das Expertentum, das wir zum Schutz seiner/ihrer künftigen PatientInnen fordern müssen (Sachse, 2015). Die Kriterien einer Zulassung zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde (Approbation) müssen ähnlich verantwortlich formuliert werden, wie diejenigen für die Vergabe eines Pilotenscheins für Passagierflugzeuge. „Der weiß so viel, der wird es schon können!“ oder „Er soll mal anfangen, den Rest lernt er noch dazu!“ ist eine unverantwortliche Haltung, die weder von den HochschullehrerInnen noch von den Gesundheitsministerien vertreten werden darf.

Selbsterfahrung

Beim Thema der Selbsterfahrung stoßen wir wieder auf versteckten Dogmatismus mancher EBP-ForscherInnen. „Selbsterfahrung wird nicht benötigt.“ und „Die Wirksamkeit von Selbsterfahrung ist empirisch nicht bestätigt.“ Greifen wir die Frage der Wirksamkeit auf, so müssen wir sie auf alle Ausbildungsbestandteile erweitern, so plausibel deren Notwendigkeit und Wirksamkeit uns auch erscheinen mag: Theorie wird nicht benötigt. Praktisches Üben wird nicht benötigt. Supervision wird nicht benötigt. Sie alle sind so gut wie nicht empirisch bestätigt. Trotzdem würde niemand wagen, alles aus der Ausbildung zu entfernen, was nicht empirisch bestätigt wird, denn dann bliebe nichts mehr übrig.

Stellen wir die umgekehrte Frage, wie wichtige Kompetenzen vermittelt werden können und müssen.

Wir waren schon so weit, dass vieles durch praktisches Üben erworben wird, was aber nur sinnvoll ist auf der Basis eines umfassenden Wissens über die vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnisse: Theorie plus Übung bzw. Wissenschaft plus Praxis. Keines ohne das andere.

Obwohl im gedanklichen Ordnen der Bausteine einer psychotherapeutischen Ausbildung nicht zum praktischen Üben dazu gerechnet, ist auch die Selbsterfahrung ein

praktisches Üben. Vor dem gerade erworbenen Hintergrund theoretischen Wissens über den Menschen, sein Denken, Fühle, Handeln, seine Motive, seine Entwicklung, seine Persönlichkeit, seinen Umgang mit Beziehungen und sozialen Systemen etc. wird dass alles in der Selbsterfahrung praktisch erfahren und geübt. Ohne diese Komponente des Erlebens und real Erfahrens kann die gelernte wissenschaftliche Theorie nicht für das eigene psychotherapeutische Handeln verfügbar gemacht werden. Dabei reicht ein emotionsarmes Reflektieren nicht aus, es bleibt zu kognitiv, bleibt ein intellektuelles Erörtern ohne die psychischen Prozesse zu erleben, über die gerade reflektiert wird. Es bleibt theoretisch. Die Stundenzahl der Selbsterfahrung muss aus dem gleichen Grund so hoch sein, wie die Stundenzahl des praktischen Übens sehr hoch sein muss. Sonst bleibt es bei einem Kennenlernen und es wurde nicht angeeignet, nicht dauerhaft zu eigen gemacht, so dass es in der Durchführung von Therapien automatisch im richtigen Moment erinnert wird. Vor allem die Gruppen-Selbsterfahrung enthält ebenso wie die Gruppenpsychotherapie unverzichtbare Bestandteile sozialen Lernens. Erproben, Feedback erhalten und geben, Emotionen wahrnehmen und kommunizieren, Emotionen steuern, Perspektivenwechsel und Empathie üben usw. Auch wenn die so erworbenen Kompetenzen für Manualtherapien nicht notwendig erscheinen, sind sie für das zu fordernde Expertentum des psychotherapeutischen Heilberufs unverzichtbar. Zu kurze und zu oberflächliche Selbsterfahrung führt allerdings dazu, dass ihr großer Wert nicht erlebt wird und sie in ihrem Stellenwert zu oft abgewertet wird.

Eigene Therapien

In der Ausbildung muss wie bei der Pilotenausbildung selbst praktisch gearbeitet werden, der/die PilotIn nicht am Simulator, sondern in einem richtigen, fliegenden Flugzeug und der/die PsychotherapeutIn nicht im Rollenspiel, sondern mit einem/einer realen PatientIn. Dies erfolgt unter Aufsicht und Supervision, auf die später eingegangen wird.

Mit der Begegnung mit dem/der ersten PatientIn ist der Moment des Ernstfalls gekommen, in dem erstmals alles Gewusste, Geübte selbst und eigenverantwortlich in

psychotherapeutisches Handeln umgesetzt werden muss, in der Position und Rolle des/der PsychotherapeutIn. Sofort laufen in dem/der TherapeutIn und in dem/der PatientIn und zwischen den beiden die vielfältigen Prozesse ab, von denen der/die NovizIn weiß, die er/sie aber im Moment nicht wahrnehmen kann. Er/sie klammert sich an den Inhalt seiner/ihrer Fragen und den Inhalt der Antworten des/der PatientIn und kann alles andere einfach nicht auch noch berücksichtigen. Beim anschließenden Betrachten des Therapievideos fällt ihm/ihr dieser Rest dann auf und versteht nicht, weshalb er/sie das nicht wahrnahm. Jede erste Therapiestunde ist ein Sprung ins kalte Wasser, egal wie gut man vorbereitet ist. Es braucht viele Sprünge, bis der/die TherapeutIn sich wohl fühlt wie ein Fisch im Wasser. Dann ist er/sie kompetent, dann hat er/sie Expertise. Dann geht vieles wie von selbst, dann kann er/sie die vielen Informationskanäle gleichzeitig verarbeiten. Und dann ist sein/ihr Handeln und Kommunizieren so differenziert und mehrschichtig, wie es der/die PatientIn braucht.

Ein Problem des Direktstudiums ist, dass der Patientenschutz es nicht zulässt, dass Studierende selbständig die Therapie eines/einer PatientIn übernehmen. Deshalb können die Studierenden im Studium auch nicht die notwendige Expertise erreichen, die für eine Approbation und den Patientenschutz gefordert wird. Diese Forderung kommt von Scientist-Practitioner-Seite aus. Dagegen hat ein/e EBP-RCT-ForscherIn damit keine Probleme. Er/sie setzt ja keine komplexe Kompetenz und Expertise für die Anwendung von Manualtherapien voraus, die allerdings nur für monosymptomatisch erkrankte PatientInnen anwendbar sind. Der große Rest komplex gestörter PatientInnen muss dann allerdings von diesen approbierten AbsolventInnen fern gehalten werden.

Supervision

Da auch EBP-ForscherInnen selbst Supervision kennen haben, ist das auch für sie ein wertvoller Bestandteil psychotherapeutischer Sozialisation. Wenn aber im Direktstudium keine eigenen PatientInnen behandelt werden dürfen, kann auch keine Supervision erfolgen. D. h. dass die Direktausbildung ohne eigene Therapieerfahrung und

logischerweise ohne Supervision abgeschlossen wird und dennoch zur Ausübung selbständiger Heilkunde berechtigt.

Expertise ist nach fünfjähriger Psychotherapie-Ausbildung vorhanden und sie wächst mit der Erfahrung stetig weiter. In den ersten fünf Jahren muss jedoch ein/e supervidierende/r ExpertIn zur Durchführung der ersten eigenen Therapien zur Seite gestellt werden. Selbst wenn es um einfache Manualtherapien mit einfachen PatientInnen geht, sorgt oft erst die Supervision dafür, dass die Manualtherapie wirksam sein kann. Zu viele Stolperstellen treten unerwartet bei dem/der doch nicht so einfachen PatientIn auf, als dass sie durch das im Manual vorgegebene Verhalten bewältigt werden könnten. Werden die Therapien in der Regelversorgung einer Ambulanz oder Praxis durchgeführt, so zeigt sich zunächst, dass das gesamte Theorie- und Handlungswissen, das im Lehrbuch beschrieben wird und auch die Vorlesungen und Seminare nicht helfen, um die vielen schwierigen Momente meistern zu können, die eben im Lehrbuch nicht berücksichtigt sind. Jedes Problem hat wieder eine neue Seite, die im Lehrbuch nicht zu finden ist.

Die Erlösung bringt die Supervision. Sei es der unverstellte Blick von außen, sei es der riesige Erfahrungsschatz (evidenzbasiert plus Erfahrungswissen), sei es die Weiterentwicklung des eigenen Expertentums zu einer hohen Kunst, die rasch hilft, eine Perspektive einzunehmen, die das Problem löst.

SupervisorInnen verfügen über umfassende Kenntnisse des aktuellen Stands psychologischer und psychotherapeutischer Forschung, sind selbst als Dozierende tätig, haben sehr viel praktische Erfahrung in der Durchführung von PatientInnen der Regelversorgung mit komplexen Störungen (nicht nur einiger PrivatpatientInnen), haben ihre Expertise auch nach Abschluss der Ausbildung noch weiter entwickelt mit einem sehr großen diesbezüglichen Vorsprung vor dem/der SupervisandIn. Sie können eine sichere und stabile Brücke zwischen dem vorhandenen empirisch bestätigten Wissen der Psychotherapieforschung und dem großen Bereich des Nicht-Wissens der ForscherInnen bauen, indem sie mit Erfahrungswissen auf die Art eines Scientist-Practitioners umgehen (hinter einer Erfahrung steht stets ein Fragezeichen: Es kann

so sein, es bedarf aber der Bestätigung, um ein sicheres Wissen zu werden). Und als Scientist-Practitioner gehen sie mit den Evidenzen der Psychotherapieforschung ebenso klug um: Was im RCT-Labor design wirksam war, muss im jetzigen Supervisionsfall nicht ebenso gut wirken. Damit es aber wirkt, fallen dem/der SupervisorIn einige Mikro-Interventionen ein, die er/sie mit dem/der SupervisandIn vorbereitet und ihm/ihr so hilft, sein/ihr Expertentum zu entwickeln. Zusammenfassend können wir vermuten, dass SupervisorInnen helfen, Manualtherapien auch in der Regelversorgung wirksam zu machen und dass sie helfen, ein Expertentum zu entwickeln, um komplexe Fälle, für die es keine Therapiemanuale gibt, behandeln zu können (statt sie unbehandelt zu lassen, bis eines Tages doch ein EBP-Manual verfügbar sein wird).

Stationäre Behandlung

Es ist bewundernswert was psychosomatische und psychotherapeutische Kliniken in immer kürzeren Klinikaufenthalten und Liegezeiten der PatientInnen leisten. Da ist es meist unverzichtbar, dass gleich nach Entlassung des/der PatientIn als Anschluss eine ambulante Psychotherapie beginnen kann, in der der/die PatientIn ein bis zwei Jahre lang bleiben wird. Durch diese zur Regel gewordene Kombination verraten uns allerdings die Follow-up-Daten nicht, wie anhaltend die Wirkung der stationären Behandlung ohne weitere Therapie gewesen wäre.

Hinzu kommt, dass die Krankenkassen für die stationäre Psychotherapie so wenig bezahlen, dass Kliniken mit Einzeltherapie-Stunden sehr geizig sein müssen. Nach Abschluss der Diagnostik bleiben den PatientInnen meist nur fünf Einzelsitzungen. Dass die Therapieerfolge trotzdem so gut sind, weist auf die große Wirksamkeit der pro Woche mehrstündig stattfindenden Gruppentherapien hin.

Auch mit Supervision muss gespart werden, vor allem mit externen SupervisorInnen, da diese teuer sind.

Wer in die Klinik zur psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung kommt, kann viel lernen und geht danach mit einem wertvollen Erfahrungsschatz den Berufsweg weiter.

Die Tätigkeit in der Klinik sollte jedoch nicht ganz am Anfang stehen – ohne Selbsterfahrung, ohne umfangreiches

Üben, ohne eigene Einzel-Psychotherapien, ohne systematische Supervision (eine Supervisionsstunde je vier Therapie-sitzungen). Denn in der Klinik erwarten den/die Psychothera-pie-NovizIn schwere Fälle, die nicht für eine Manualtherapie geeignet sind und für die das Lehrbuchwissen nicht ausreicht. Das erste wäre also, dass in der Klinik gelernt wird, dass das was bisher gelernt wurde, nicht funktioniert und nicht wirkt. Dass man ganz anders vorgehen muss. Wie, das schaut man den anderen TherapeutInnen ab und lässt man sich von dem/der SupervisorIn erklären. Was vor allem nicht gelernt wird, ist wie man eine ambulante Einzel-Psychotherapie durch-führt, wie eine therapeutische Beziehung aufgebaut und über das Jahr, die eine ambulante Psychotherapie dauert, gepflegt und therapeutisch genutzt wird.

Deshalb darf eine Klinik-tätigkeit nicht im Zentrum psychotherapeutischer Aus- und Weiterbildung stehen (auch nicht bei ÄrztInnen). Wer nur in der Klinik tätig war, ohne gelernt zu haben, wie eine ambulante Psychotherapie durch-geführt wird, darf deshalb auch keine Approbation erhalten.

Approbation

Die Approbation ist die rechtliche Zulassung zur selb-ständigen Ausübung von Heilkunde. Psychotherapie ist eine Art der Heilkunde, die im Psychotherapeutengesetz definiert wird. Das Gesetz regelt auch, welche Ausbildung erfolg-reich abgeschlossen sein muss, um als PsychotherapeutIn heilkundlich tätig zu werden. Wer die dort definierte Quali-fikation besitzt, ist durch das Gesetz befugt bei Menschen mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen eine psychotherapeutische Behandlung durchzuführen.

Will man nun andere Wege der psychotherapeutischen Heilkunde-Qualifizierung beschreiten, so bleibt das Psy-chotherapeutengesetz von 1999 der Qualitätsmaßstab. Der in Bälde umgesetzte Plan des Direktstudiums mit sofort anschließender Approbation zeigt, dass weder das Bundes-gesundheitsministerium noch die Psychotherapie-Wissen-schaftlerInnen und die Psychotherapeutenkammern das Thema der Approbation als kritischen dem Schutz der Patien-tInnen dienenden Faktor würdigen. Ohne praktisches Üben, ohne eigenen Therapien unter Supervision und ohne

Selbsterfahrung soll allein aufgrund von theoretischer Wissensvermittlung in Form eines Universitätsstudiums die Approbation erlangt werden. Das liegt selbst noch weit unter der ärztlichen Approbation. Denn das Medizinstudium ist vergleichsweise sehr praktisch orientiert und vermittelt ausreichende ärztliche Basiskompetenzen.

Weiterbildung und Facharztniveau

Wer so wenig in der Ausbildung gelernt hat, braucht viel Weiterbildung, um auf das bisherige Qualitätsniveau und auf Facharztniveau zu kommen. Normalerweise müssten Aus- und Weiterbildung aufeinander abgestimmt sein. Aber die zuständigen Stellen für beide Seiten verlassen sich darauf, dass dort vermittelt wird, was im eigenen Konzept fehlt. Deshalb wird vom bisherigen Expertentum wohl wenig übrig bleiben.

Wie oben ausgeführt ist weder die Universität der geeignete Ort für die Ausbildung noch die Klinik der geeignete Ort für die Weiterbildung in Psychotherapie.

Geht man vom PatientInnenschutz aus, wäre die Folge,

- dass die psychotherapeutische Approbation mit weit weniger Rechten als bisher ausgestattet wird, also keine Approbation wird, die der ärztlichen gleichgestellt ist

- dass die psychotherapeutische Weiterbildung zum Facharztniveau weit weniger Behandlungsbefugnisse erhält als die von der Medizin her kommenden FachärztInnen

- dass folglich auch die Vergütung geringer ausfallen wird als bisher.

Insgesamt also weniger Rechte, weniger Status und weniger Geld – gewünscht war das Gegenteil.

Literatur

American Psychological Association (2006). Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence Based Practice. Washington, DC: Author.

Amrhein, C. (2014). Zusammenfassung der Ergebnisse des Forschungsgutachtens. In S. Sulz (Ed.), Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet? (pp. 74–87). München: CIP-Medien.

Anderson, T. (2001). Integrating Research and Practice in Psychotherapy. In S. Soldz & L. McCullough (Eds.), *Reconciling Empirical Knowledge and Clinical Experience. The Art and Science of Psychotherapy* (pp. 83–98). Washington, DC.

Argelander, H. (1966). Der Patient in der psychotherapeutischen Situation mit seinem behandelnden Arzt. *Psyche Z Psychoanal*, 20, 9–26.

Arkowitz, H., & Engle, D. (2013). Understanding and Working with Resistant Ambivalence in Psychotherapy: An Integrative Approach. In S. G. Hofmann & J. Weinberger (Eds.), *The Art and Science of Psychotherapy*. (2nd ed., pp. 171–190). New York: Routledge.

Baumann, U. (Ed.) (1978). *Klinische Psychologie Trends in Forschung und Praxis*. Bern: Huber.

Benjamin, L. S. (2001). *Interpersonelle Diagnose und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen*. München: CIP-Medien.

Berking, M. (Ed.). (2012). *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Band II. Therapieverfahren*. Berlin: Springer.

Beutler, L. E. (1995). Prescriptive therapies. *Applied Psychology and Prevention*, 4, 89–100.

Beutler, L. E. (2003). A comparison of the Dodo, EST, and ATI indicators among co-morbid stimulant dependent, depressed patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, (10), 69–85.

Beutler, L. E., Moleiro, C., Malik, M., Harwood, T. M., Romanelli, R., Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L. (2003). A comparison of Dodo, EST, and ATI indicators among comorbid stimulant dependent, depressed patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, (10), 69–85.

Bischof, N. (2008). *Psychologie: Ein Grundkurs für Anspruchsvolle*. Stuttgart: Kohlhammer.

Bischof-Köhler, D. (2010). Kognition, Motivation und Emotion in der Frühen Kindheit und im Vorschulalter. In S. Sulz (Ed.), *... und er entwickelt sich doch. Entwicklung durch Psychotherapie* (pp. 3–44). München: CIP-Medien.

Blais, M. A., & Hilsenroth, M. J. (2013). Methodcentric Reasoning and the Empirically Supported Treatments. In S. G. Hofmann & Weinberger J. (Eds.), *The Art and Science of Psychotherapy*. (2nd ed., pp. 31–48). New York: Routledge.

Bowlby, J. (1976). *Trennung. Psychische Schäden als Folgen der Trennung von Mutter und Kind*. München: Kindler.

Buchholz, M. B. (2000). Psychotherapie - Profession oder Wissenschaft. *Journal für Psychologie*, 4(8), 3–16.

Caspar, F. (2001). Die innere Welt der Psychotherapeuten: Schemata und Emotionen, Ratio und Intuition. In M. Cierpka (Ed.), *Psychodynamische Konzepte* (pp. 139–152). Berlin.

Castonguay, L. G., & Beutler L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.

Chambless, D. L. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7–18.

Chambless, D. L. (2002). Beware the Dodo bird: The dangers of overgeneralization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 13–16.

Cierpka, M. (Ed.). (2001). *Psychodynamische Konzepte*. Berlin: Springer.

Clinton, D., Gierlach, E., Zack, S. E., Beutler, L. E., & Castonguay, L. G. (2013). Toward the Integration of Technical Interventions, Relationship Factors, and Participant Variables. In S. G. Hofmann & J. Weinberger (Eds.), *The Art and Science of Psychotherapy*. (2nd ed., pp. 131–154). New York: Routledge.

Cooper, M. (2007). A pluralistic framework for counselling and psychotherapy: Implications for research. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(3), 135–143.

Dahlbender, R. W., & Kächele, H. (2001). What do you believe in? Clinical Conviction or Empirical Evidence? In S. Soldz & L. McCullough (Eds.), *Reconciling Empirical Knowledge and Clinical Experience. The Art and Science of Psychotherapy* (pp. 151–166). Washington, DC.

Elliott, R. (2001). Origins of Process-Experimental Therapy: A Personal Case Study in Practice-Research Integration. In S. Soldz & L. McCullough (Eds.), *Reconciling Empirical Knowledge and Clinical Experience. The Art and Science of Psychotherapy* (pp. 33–50). Washington, DC.

Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2008). *Praxis-handbuch der Emotionsfokussierten Therapie: Einführung in die prozess- und erlebensorientierte Psychotherapie mit genauer Beschreibung der Vorgehensweise*. München: CIP-Medien (Original work published 2004).

Fiedler, P. (Ed.). (2012). *Die Zukunft der Psychotherapie: Wann ist endlich Schluss mit der Konkurrenz?* Berlin: Springer.

Fiedler, P. (2012). Phänomenologisch orientierte Indikation: Gemeinsame Herausforderung für die Therapieschulen. In P. Fiedler (Ed.), *Die Zukunft der Psychotherapie. Wann ist endlich Schluss mit der Konkurrenz?* (pp. 149–162). Berlin: Springer.

Fischer, G. (2011). *Psychotherapiewissenschaft: Einführung in eine neue humanwissenschaftliche Disziplin*. Gießen: Psychosozial Verlag.

Fischer, G. (2007). *Logik der Psychotherapie: Schritte zur Grundlegung einer Psychotherapiewissenschaft*. Kröning: Asanger.

Flack, W. (Ed.) (1998). *Emotions and Psychopathology: Theory and Research*. New York: Oxford University Press.

Fliegel, S. (2014). Direktausbildung Psychotherapie – ein Weg mit fatalen Konsequenzen. In S. Sulz (Ed.), *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* (pp. 88–101). München: CIP-Medien.

Fonagy, P. (2008). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst* (3rd ed.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Fonagy, P. (2008). Attachment, Mentalization and Borderline-Personality. *European Psychotherapy*, 8, 35–48.

Frommer, J. (1995). Die subjektive Perspektive von Psychotherapiepatienten. Ein Bericht aus zwei Forschungsprojekten. In W. Tress (Ed.), *Subjektivität in der Psychoanalyse* (pp. 120–141). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Gigerenzer, G. (2000). *Adaptive Thinking: Rationality in the real world*. New York: Oxford University Press.

Gigerenzer, G. (2007). *Bauchentscheidungen: Die Intelligenz des Unbewussten und die Macht der Intuition*. München: Bertelsmann.

Goethe von, W. (2014). *Maximen und Reflexionen, Nachlaß, Über Natur und Naturwissenschaft*. Vollständige Neuausgabe mit einer Biographie des Autors. Berlin: Contumax.

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K., Donati, R., & Bernauer F. (1995). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.

Greenberg, L. (2000). Von der Kognition zur Emotion in der Psychotherapie. In S. Sulz (Ed.), *Von der Kognition zur Emotion*. München: CIP-Medien. Therapie mit Gefühlen (pp. 77–110). München: CIP-Medien.

Haisch, J., Vogel, H.-J. (2010). *Sozialpsychologische Grundlagen der Psychotherapie: Zum Austausch von Psychotherapeutischer Praxis und Sozialpsychologischer Forschung*. München: CIP-Medien.

Hannan, C. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 155–163.

Hauke, G. (Ed.). (2010). *European Psychotherapy. Presence and Future of Behavior Therapy - Innovative approaches give the direction*. München: CIP-Medien.

Hauser, T. (Ed.). (1991). *Intuition und Innovationen Wiesbaden 1991*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Hauser T. (1991). Interdisziplinäre Intuitionsforschung. In T. Hauser (Ed.), *Intuition und Innovationen Wiesbaden 1991* (pp. 9–74). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2005). *Akzeptanz- und Commitment Therapie ACT*. München: CIP-Medien.

Heckhausen, H., & Heckhausen, J. (2010). *Motivation und Handeln: Lehrbuch der Motivationspsychologie* (4th ed.). Berlin: Springer.

Henry, W. P. (1998). *Science, Politics and the Politics of Science: The Use and Misuse of Empirically Validated Treatment Research*. *Psychotherapy Research*, 8, 126–140.

Hermer, M. (Ed.). (2000). *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts*. Tübingen: DGVt-Verlag.

Hill, C. (2013). Korrektive Erfahrungen in der Psychotherapie. In H. Znoj

(Ed.), Die Kunst und Wissenschaft in der Psychotherapie. (pp. 141–152). Göttingen: Hogrefe.

Hofmann, S. G., & Weinberger J. (Eds.). (2013). The Art and Science of Psychotherapy. (2nd ed.). New York: Routledge.

Holm-Hadulla, R. M. (1997). Die psychotherapeutische Kunst: Hermeneutik als Basis therapeutischen Handelns. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Huber, O. (2008). Das psychologische Experiment: Eine Einführung. Bern: Huber.

Hutterer-Krisch, R. (Ed.). (1996). Psychotherapie als Wissenschaft – Fragen der Ethik. Wien: Fakultas.

Jaeggi, E. (2002). Kritische Psychologie und Kritik der Psychologie – eine Übersicht. Journal für Psychologie, 10(3), 305–314.

Jaeggi E. (2001). Und wer therapiert die Therapeuten? Stuttgart: Klett-Cotta.

Kanfer, F. H. (1990). The scientist-practitioner connection: A bridge in need of constant attention. Professional Psychology: Research and Practice, 21, 264–270.

Kanfer, F. H. (2014). Past, Presence and Future of selfmanagement therapy: Interview with Serge Sulz 2002. European Psychotherapy, 12, 86–94.

King, M. (2000). Randomized controlled trial of nondirective counseling, cognitive-behaviour therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. Health Technology Assessment, 19(4), 1–83.

Krause, R. (1998). Dyadic interaction regulation emotion and psychopathology. In W. Flack (Ed.), Emotions and Psychopathology: Theory and Research. (pp. 70–80). New York: Oxford University Press.

Kriz, J. (1996). Grundfragen der Forschungs- und Wissenschaftsmethodik. In R. Hutterer-Krisch (Ed.), Psychotherapie als Wissenschaft – Fragen der Ethik. (pp. 15–160). Wien: Fakultas.

Kriz, J. (1996). Wissenschafts- und Erkenntnistheorie. Eine Einführung london: für Psychologen und Humanwissenschaftler (3rd ed.). Opladen: Leske + Budrich.

Kriz, J. (2000). Perspektiven zur „Wissenschaftlichkeit“ von Psychotherapie. In M. Hermer (Ed.), Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts. (pp. 43–66). Tübingen: DGVT-Verlag.

Kriz, J. (2007). Wie evident ist Evidenzbasierung?: Vortrag auf der Klausurtagung der Westfälischen Akademie für Suchtfragen am 13.2.2007. Westfälische Akademie für Suchtfragen, Münster.

Kriz, J. (2010). Was leistet das Psychologiestudium und was fehlt ihm im Hinblick auf eine psychotherapeutische Ausbildung und Tätigkeit? Psychotherapeutenjournal, (2), 130–140.

Kriz, J. (2014). Wie evident ist Evidenzbasierung?: Über ein gutes Konzept und seine missbräuchliche Verwendung. In Sulz S. K. D. (Ed.), *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* (pp. 154–185). München: CIP-Medien.

Kuhn, T. S. (1989). *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt: Suhrkamp.

Lambert, M. J. (Ed.). (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (5th ed.). New York: Wiley.

Lebiger-Vogel, J. (2011). „Gute Psychotherapie“: Verhaltenstherapie und Psychoanalyse im soziokulturellen Kontext. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Lee, A. (2006). Process contracts. In C. Sills (Ed.), *Contracts in Counseling and Psychotherapy*. (pp. 74–86). London: Sage.

Leuzinger-Bohleber, M. (1998). Allgemeine Vorbemerkungen. In M. Leuzinger-Bohleber, W. Mertens, & Kouckou M. (Eds.), *Erinnerung von Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog. Band 2: Folgerungen für die psychoanalytische Praxis* (pp. 7–13). Stuttgart.

Leuzinger-Bohleber, M., Mertens, W., & Kouckou M. (Eds.). (1998). *Erinnerung von Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog. Band 2: Folgerungen für die psychoanalytische Praxis*. Stuttgart.

Linehan, M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.

McCullough, J. P. (2010). *Behandlung von Depressionen mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy CBASP*. München: CIP-Medien.

McCullough, L. (2001). Cross-Pollination of Research and Practice: The Honeybee, the Unicorn, and the Search for Meaning. In S. Soldz & L. McCullough (Eds.), *Reconciling Empirical Knowledge and Clinical Experience. The Art and Science of Psychotherapy* (pp. 101–122). Washington, DC.

Meehl, P. M. (1997). Credentialed persons, credentialed knowledge. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 91–98.

Mertens, W. (2009). *Psychoanalytische Erkenntnishaltungen und Interventionen*. 2. erw. und überarb. Aufl. 2014. Stuttgart: Kohlhammer.

Mertens, W. (2012). *Psychoanalytische Schulen im Gespräch – Band 3: Psychoanalytische Bindungstheorie und moderne Kleinkindforschung*. Bern: Band 3. Bern: Huber.

Mertens W. (2007). Qualitative Forschung ohne Theorie unbewusster Handlungsgründe? Lasst uns endlich die Schrotflinte auf den Tisch legen. *Erwägen Wissen Ethik EWE*, 18, 253–255.

Metzger, W. (1968). *Psychologie* (4th ed.). Darmstadt: Steinkopff-Verlag.

Michaelis, W. (Ed.) (1980). *Kongreßbericht DGPs*.

Mitchell, S. A. (2003). *Bindung und Beziehung. Auf dem Weg zu einer relationalen Psychoanalyse*. Gießen: Psychosozial Verlag.

Nathan, P. E. (2013). Efficacy, Effectiveness, and the Clinical Utility of Psychotherapy Research. In S. G. Hofmann & Weinberger J. (Eds.), *The Art and Science of Psychotherapy*. (2nd ed., pp. 69–83). New York: Routledge.

Nelson, T. D. (2008). Influences on practitioner treatment selection: Best research evidence and other considerations. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 35, 170–178.

Nestorluc, Y. (2012). Psychotherapieforschung. In M. Berking (Ed.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Band II. Therapieverfahren (pp. 165–180). Berlin: Springer.

Norcross, J. C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York: New York: Oxford University Press.

Orlinsky, D. E. (2013). Die psychotherapeutische Beziehung, das persönliche Leben und die moderne Kultur. In H. Znoj (Ed.), *Die Kunst und Wissenschaft in der Psychotherapie*. (pp. 219–234). Göttingen: Hogrefe.

Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (5th ed., pp. 307–389). New York: Wiley.

Pachankis, J. E., & Goldfried, M. R. (2013). An Integrative, Principle-Based Approach to Psychotherapy. In S. G. Hofmann & Weinberger J. (Eds.), *The Art and Science of Psychotherapy*. (2nd ed., pp. 49–68). New York: Routledge.

Piaget, J. (1995). *Intelligenz und Affektivität in der Entwicklung des Kindes*. Frankfurt: Suhrkamp.

Pritz, A. (Ed.). (1996). *Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen*. Wien: Springer.

Reichert, J. (2007). Qualitative Sozialforschung – Ansprüche, Prämissen, Probleme. *Erwägen Wissen Ethik EWE*, 18, 195–207.

Reiter, L. U. (1996). Psychotherapie und Wissenschaft. In A. Pritz (Ed.), *Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen* (pp. 159–204). Wien: Springer.

Reiter-Theil, S. (1988). *Autonomie und Gerechtigkeit. Das Beispiel der Familientherapie für eine therapeutische Ethik*. Berlin: Springer.

Revenstorf, D. (2005). Das Kuckucksei – über das pharmakologische Modell in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie*, 10, 22–31.

Revenstorf, D. (2014). Das Kuckucksei: Über das pharmakologische Modell in der Psychotherapie-Forschung. In S. Sulz (Ed.), *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* (pp. 126–153). München: CIP-Medien.

Ruiz-Cordell, K. D., & Safran, J. D. & Muran, J. C. (2013). Alliance Ruptures: Theory, Research, and Practice. In S. G. Hofmann & Weinberger J. (Eds.), *The Art and Science of Psychotherapy*. (2nd ed., pp. 155–170). New York: Routledge.

Sachse, R., Fasbender, J., & Hammelstein, P. (2014). Wie Psychotherapie-Ausbildung sein sollte: Eine psychologische Analyse didaktischer Erfordernisse. In S. Sulz (Ed.), *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* (pp. 15–37). München: CIP-Medien.

Sachse, R., Hammelstein, P., & Breil, J. (2014). Empirische Fundierung von Psychotherapie: Grundlegende Paradigmen: Implikation der Paradigmen. In S. Sulz (Ed.), *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* (pp. 38–61). München: CIP-Medien.

Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford.

Schön, D. A. (Ed.) (1991). *The Reflective Turn. Case Studies In and On Educational Practice*. New York: Teachers College, Columbia University.

Schön, D. A. (1994). *Frame Reflection. Toward the Resolution of Intractable Policy Controversies*. New York: Basic Books.

Seehagen, S. (2012). Psychotherapie und Wissenschaft – Harmonie oder Dissonanz? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 40, 301–306.

Seligman, M. P. (1997). Die Effektivität von Psychotherapie. Die Consumer Reports-Studie. *Integrative Therapie*, 22(4), 264–288.

Sills, C. (Ed.). (2006). *Contracts in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage.

Slunecko, T. (1996). *Wissenschaftstheorie und Psychotherapie: ein konstruktiv-realistischer Dialog*. Wien: WUV.

Soldz, S., & McCullough, L. (Eds.) (2001). *Reconciling Empirical Knowledge and Clinical Experience: The Art and Science of Psychotherapy* (American Psychological Association). Washington, DC.

Stein, H. (1986). Die Regeln der Psychoanalyse und das regelnde Selbst. *Psyche*, 40, 310–319.

Stern, D. N. (1985). *The interpersonal World of the infant*. New York: Basic Book.

Stewart, R. E. (2010). Interesting practitioners in training in empirically supported treatments: Research reviews versus case studies. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 73–95.

Stolorow, R. D. (1996). *Psychoanalytische Behandlung. Ein intersubjektiver Ansatz*. Frankfurt: Fischer.

Strauß, B., & Nodop, S. (2014). Qualitätsverlust? Die Ausbildungsdiskussion vier Jahre nach dem Forschungsgutachten. In S. Sulz (Ed.), *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* (pp. 102–125). München: CIP-Medien.

Stricker, G. (2013). The Local Clinical Scientist. In S. G. Hofmann & Weinberger J. (Eds.), *The Art and Science of Psychotherapy*. (2nd ed.,

pp. 85–102). New York: Routledge.

Strupp, H. H. (1996). Nachhaltige Lektionen aus der psychotherapeutischen Praxis und Forschung. *Psychotherapeut*, 41, 84–87.

Sullivan, H. S. (1954). *The psychiatric interview*. New York: W. W. Norton.

Sulz S. K. D. (2006). From the Symptom as Strategy to Strategic Brief Therapy: Self-regulation and Self-organization as Fundamental Therapeutic Principles. *European Psychotherapy*, 6, 55–95.

Sulz S. K. D. (2006). *Strategic Brief Therapy: A Step-by-Step Manual for the Reduction of Symptoms, the Development of Personality, and the Establishment of Effective Interpersonal Skills*. *European Psychotherapy*, 6, 95–119.

Sulz S. K. D. (Ed.) (2014). *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft: Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* München: CIP-Medien.

Sulz, S. K. D. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie – Wege zur effizienten Psychotherapie*. München: CIP-Medien.

Sulz, S. K. D. (Ed.) (2000). *Von der Kognition zur Emotion*. München: CIP-Medien: *Therapie mit Gefühlen*. München: CIP-Medien.

Sulz, S. K. D. (2007). Die Schematherapie Jeffrey Youngs – ein integrativer Therapieansatz zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapie*, 12(2), 183–195.

Sulz, S. K. D. (2007). Entwicklung als Therapie – von Piagets Entwicklungstheorie zu McCulloughs CBASP und zur Strategischen Kurzzeittherapie. *Psychotherapie*, 12(1), 60–76.

Sulz, S. K. D. (Ed.). (2010). ... und er entwickelt sich doch. *Entwicklung durch Psychotherapie*. München: CIP-Medien.

Sulz, S. K. D. (2010). Mentalisierung und Metakognitionen als Entwicklungs- und Therapieparadigma in der Strategisch-Behavioralen Therapie. *Psychotherapie*, 15(1), 117–126.

Sulz, S. K. D. (2010). Was ist SBT? Und was war SKT? „3rd wave“-Therapie bzw. Kognitiv-Behaviorale Therapie (CBT) der dritten Generation. *Psychotherapie*, 15(1), 10–19.

Sulz, S. K. D. (2014). Psychotherapie-Definition, Berufsbild und Kompetenzprofil – Der Teufel liegt im Detail. In S. Sulz (Ed.), *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* (pp. 231–245). München: CIP-Medien.

Sulz, S. K. D. (2014). Kleine Reform für eine große Zukunft der Psychotherapeutenausbildung incl. PiA-Bezahlung. In S. Sulz (Ed.), *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* (pp. 344–361). München: CIP-Medien.

Sulz, S. K. D. (2014). Weiterbildung nach der dualen Direktausbildung. In S. Sulz (Ed.), *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* (pp. 304–329). München: CIP-Medien.

Sulz, S. K. D. (2014). Wissenschaftsdiskussion vor Reformdiskussion: Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. In S. Sulz (Ed.), *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* (pp. 186–227). München: CIP-Medien.

Sulz, S. K. D., & Backmund-Abedinpour. (2014). Medizinische Psychotherapie als neuer medizinischer Beruf. In S. Sulz (Ed.), *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* (pp. 330–343). München: CIP-Medien.

Sulz, S. K. D., & Hoenes, A. (2014). Wieso das Facharztweiterbildungsmodell ungeeignet für die Psychotherapeutenausbildung ist. In S. Sulz (Ed.), *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* (pp. 288–303). München: CIP-Medien.

Sulz, S. K. D., & Richter-Benedikt, A. J. & Hebing, M. (2014). Weshalb Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als Beruf mit eigenständiger Approbation nicht abgeschafft werden darf. In S. Sulz (Ed.), *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* (pp. 272–287). München: CIP-Medien.

Sulz, S. K. D., & Sichort-Hebing, M. (2014). Kann die Psychotherapie-Ausbildung ein Direkt-Universitätsstudium werden? In S. Sulz (Ed.), *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* (pp. 246–271). München: CIP-Medien.

Tress, W. (Ed.). (1995). *Subjektivität in der Psychoanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Tryon, G. S. (2002). Goal consensus and collaboration. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 109–125). New York: Oxford University Press.

Waldherr, B. (2014). Ein Vierteljahrhundert bis zum Psychotherapeutengesetz – und die 15 Jahre danach. In S. Sulz (Ed.), *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* (pp. 62–73). München: CIP-Medien.

Walter, A. (2010). Entwicklungslinien psychoanalytischer Entwicklungspsychologie und Entwicklungstheorie – Von der Entwicklungsstörung zur Entwicklungstherapie. In S. Sulz (Ed.), ... und er entwickelt sich doch. *Entwicklung durch Psychotherapie* (pp. 71–116). München: CIP-Medien.

Weinberger, J., & Rasco, C. (2013). Empirically Supported Common Factors. In S. G. Hofmann & Weinberger J. (Eds.), *The Art and Science of Psychotherapy*. (2nd ed., pp. 103–130). New York: Routledge.

Westen, D. (2013). Discovering What Works in the Community: Towards a Genuine Partnership of Clinicians and Researchers. In S. G. Hofmann & J. Weinberger (Eds.), *The Art and Science of Psychotherapy*. (2nd ed., pp. 31–47). New York: Routledge.

Westmeyer, H. (1978). (1978): Wissenschaftstheoretische Grundlagen der klinischen Psychologie. In U. Baumann (Ed.), *Klinische Psychologie Trends in Forschung und Praxis*. (pp. 108–132). Bern: Huber.

Westmeyer, H. (1980). Zur Paradigmadiskussion in der Psychologie. In W. Michaelis (Ed.), Kongreßbericht DGPs (pp. 115–126).

Woolfolk, R. L. (1998). *The Cure of Souls. Science, Values, and Psychotherapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Woolfolk, R. L. (2013). *Wirksame Behandlung von somatoformen Störungen und von Somatisierungsstörungen*. München: CIP-Medien.

Young, J. E. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders: A schema-focused approach*. Sarasota: Professional Resources Press.

Znoj, H. (Ed.). (2013). *Die Kunst und Wissenschaft in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Znoj, H. (2013). Heaven's Gate nach der kognitiven Wende: Sind wir mit emotionszentrierten Ansätzen endlich im Psychotherapiehimmel angekommen? In H. Znoj (Ed.), *Die Kunst und Wissenschaft in der Psychotherapie*. (pp. 13–40). Göttingen: Hogrefe.

Von der Psychotherapie-Wissenschaft zur Kunst der Psychotherapie

– Die Kunst des Heilens lehren der Patient
und der erfahrene Psychotherapeut

Herausgeber

Serge K. D. Sulz

Gestaltung

Julian Sulz

Herstellung und Verlag

BoD – Books on Demand, Norderstedt

ISBN: 978-3-7386-0140-4

© 2015, Die Autoren,

Serge K. D. Sulz,

CIP-Medien



CIP-Medien

Nymphenburger Str. 155

80634 München

www.cip-medien.com

Bezugsquelle

Herold Fulfillment GmbH Verlagsauslieferung

Raiffeisenallee 10

82041 Oberhaching

p.zerzawetzky@herold-va.de

Tel. 0 89-61 38 71 24 Fax 0 89-61 38 71 55 20

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.