

Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft

**Ist hervorragendes Expertentum durch
die Reform gefährdet?**

Herausgegeben von Serge Sulz

mit Beiträgen u. a. von

Rainer Sachse Steffen Fliegel Jürgen Kriz

Dirk Revenstorf Bernhard Strauß

Christine Amrhein Benedikt Waldherr

09 **Wissenschaftsdiskussion vor
Reformdiskussion:
Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft**

*Provokante Gedanken
zur Selbstdefinition einer Profession*

Serge Sulz

„Auch wenn ich als Verhaltenstherapeut tätig bin und die Wissenschaft für eine mustergültige Untersuchungsmethode halte, verstören mich die Bemühungen um eine „Medikalisierung“ der Psychotherapie, ihre Reduzierung auf ein nach der somatischen Medizin gestaltetes Heilverfahren. Nach Untersuchung der psychosozialen Funktionen der Psychotherapie, ihres Werte-affinen Charakters, ihrer Rolle in der westlichen Tradition der Selbstbetrachtung und ihres Zusammenhangs mit der praktischen Alltagsexistenz des Menschen bin ich der Ansicht, dass sich die Psychotherapie durch eine unausweichliche Dimension auszeichnet, eine, die sämtlichen Bemühungen sie abzuschaffen widersteht. Ich bin fest davon überzeugt, dass wissenschaftliche Denkweisen eine entscheidende und aussagekräftige Rolle im psychosozialen Gesundheitswesen spielen, betrachte die Wissenschaft jedoch nur als eine Dimension in der Konstellation sozialer Praktiken, die die Psychotherapie umfasst.“

Robert L. Woolfolk (1998, xvii)

Diese Aussage erwartet man nicht von einem hochkarätigen Vertreter der Psychotherapieforschung, der u. a. das bisher bestevaluierte psychotherapeutische Inventarium zur Behandlung von somatoformen Störungen und Somatisierungen entwickelt hat – als „affektiv-kognitiv-behaviorale Therapie ACBT“ (Woolfolk & Allen, 2013).

Hier soll geprüft werden, ob zwei gegenwärtig mit großer Macht verfolgte Tendenzen hilfreich sind, um die Profession der PsychotherapeutIn und ihre Identität zu wahren und auszubauen. Die eine Tendenz besteht darin, Psychotherapie

zum Universitätsstudium zu machen und sie damit der Wissenschaft gleichzusetzen. Die zweite Tendenz besteht darin, die psychologische PsychotherapeutIn zur FachärztIn zu machen.

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. 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 Patienten 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, 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.

Obleich die psychologischen PsychotherapeutInnen 1999 fast alle Ziele erreicht hatten, blieb eine Ungleichheit

bezüglich der Anerkennung und der Rechte gegenüber dem Facharzt. Das fängt bei der nie ganz sichergestellten Bezahlung psychotherapeutischer Leistungen an, geht über das Recht, Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen, zu einem Facharzt überweisen zu dürfen, in eine Klinik einweisen zu können, Rezepte zum Beispiel für Ergotherapie auszustellen, bis zum Recht, die Stelle einer OberärztIn oder ChefärztIn einzunehmen. Eine nahe liegende Strategie zum Erreichen dieses Ziels war, Ausbildung und Weiterbildung möglichst ähnlich der ärztlichen Aus- und Weiterbildung zu machen. Wenn die ÄrztIn mit einem Medizinstudium begann, das ihr nach ihrem Staatsexamen die Approbation brachte, so soll nun an der Universität Psychologische Psychotherapie studiert werden und nach dem Staatsexamen mit der Approbation das sofortige Recht auf Heilbehandlung psychisch und psychosomatisch erkrankter Menschen erworben werden.

Durch diese frühe Approbation liegt die nachfolgende „fachärztliche“ Weiterbildung in der Hoheit der Landespsychotherapeutenkammern, die wie die Landesärztekammern die Inhalte der Weiterbildung zum psychologischen „Facharzt“ bestimmen. Die Parallelität wird nach dem Abschluss des Universitätsstudiums in der Weise fortgeführt, dass die sozialrechtliche Anerkennung heilberuflicher Tätigkeit an eine fünfjährige ganztägige Pflicht-Weiterbildung gebunden ist. Die approbierte psychologische PsychotherapeutIn bemüht sich nach dem Studium eine tariflich bezahlte Weiterbildungsstelle in einer Klinik, Ambulanz oder Praxis zu bekommen. Die tarifliche Bezahlung soll gesetzlich vorgegeben sein. Wenn der ganze Bildungsprozess genauso verläuft wie bei den ÄrztInnen, wird doch wohl niemand mehr den vollen Facharzt-Status mit allen oben genannten Rechten verweigern wollen? Oder doch?

Ich will jedoch mit meinen Betrachtungen nicht an der Front des berufspolitischen Kampfes einsetzen, sondern grundlegenden Fragen nachgehen. Es geht um die beiden Thesen:

1. Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft.
2. Psychotherapie ist etwas ganz anderes als ärztliches Handeln.

Wenn man die Veröffentlichungen Grawes nimmt (Grawe et al., 1994 und 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).

I. Von der Wissenschaft der Psychologie zur wissenschaftlichen Psychotherapie

A Von der Philosophie zur Wissenschaft der Psychologie

Wesentlichen Einfluss auf die Entstehung und Entwicklung der Psychologie als Wissenschaft hatten Ende des 19. Jahrhunderts John Dewey, William James und Charles Sanders Peirce. Sie waren eigentlich Philosophen, für die die Psychologie anfangs ein Instrument des Erkenntnisgewinns war.

John Dewey

– von der Philosophie zur Naturwissenschaft

John Dewey war Vertreter einer empiristischen Philosophie, die die Naturwissenschaften als wichtigen Zugang zu Erkenntnissen zugesteht, während andere darauf hinwiesen, dass ihre Forschung auf Grundbegriffen aufbaut, die selbst nicht wissenschaftlich entwickelt wurden, weshalb ihr Wahrheitsgehalt nicht beurteilt werden könne. Dieses Problem löst Dewey (2001), indem er naturwissenschaftlicher Erkenntnis rein hypothetischen Charakter zuweist. Durch den letztlichen Rückbezug auf die Theologie und auf absolute Erkenntnis habe die bisherige Philosophie naturwissenschaftlichen Fortschritt behindert. Vielmehr sei es notwendig, die a priori-schen Begriffe bzw. Ideen nur noch unter dem Aspekt der Nützlichkeit zu bewerten: in einer Philosophie des Pragmatismus. Allerdings soll die Philosophie die Werte bestimmen, denen sich die Naturwissenschaften verpflichten soll. Dadurch bekommt sein Denken eine philosophisch-anthropologische Dimension (Dewey, 2001).

William James

- Wissen misst sich an seiner Nützlichkeit

Er begründete die amerikanische (natur-)wissenschaftliche Psychologie (u. a. James-Lange-Theorie der Emotionen). Seine Methoden waren Experiment, Introspektion und Komparation. Psychologie kann für ihn nur Wissenschaft sein, wenn sie ihre wissenschaftstheoretischen Bedingungen klärt und darlegt. Die Psychologie war für ihn zugleich Ausgangspunkt für die Verfolgung philosophischer Fragen zum Bewusstsein und zur Metaphysik im Rahmen einer einheitlichen Wissenschaft des Menschen. Gemeinsam mit Charles S. Peirce gilt er als Begründer des amerikanischen Pragmatismus, der die Wahrheit einer Aussage an deren Nützlichkeit misst (cash value). Eine nicht nützliche Aussage kann als falsch bezeichnet werden (James, 2006).

Charles Sanders Peirce

- Erkenntnis ist vorläufig, Wissenschaft erzeugt kein eigentliches Wissen

Charles Sanders Peirce gilt als der bedeutendste amerikanische Philosoph. Gemeinsam mit James begründete er den Pragmatismus als Gegenpol zum Positivismus, differenzierte jedoch seine Haltung im Sinne eines Fallibilismus, der besagt, dass jede Erkenntnis vorläufig ist und die empirische Wissenschaft kein eigentliches Wissen erzeugt. Später hat Karl Popper diese Aussage verschärft, in dem er feststellte, dass durch Induktion (das Vorgehen der empirischen Wissenschaft) keine Gewissheit hergestellt werden kann (Popper, 2013).

Karl Popper

- Fortschritt durch Ablösung alter durch neue Theorien in Grenzen

Die Psychologie als Wissenschaft entwickelte eine empirisch-naturwissenschaftliche Methodik, die sich jedoch weiterhin auf herrschende philosophische Positionen wie den Positivismus berief. Karl Popper war ein wichtiger Orientierungsgeber, der aber auch die Grenzen dieses Forschungsparadigmas sah.

Karl Popper schreibt allerdings auch bezüglich vorwissenschaftlichen Denkens: „Und wir vermuten, dass wissen-

schaftliche Forschung, psychologisch gesehen, ohne einen wissenschaftlich indiskutablen, also, wenn man so will, „metaphysischen“ Glauben an rein spekulative und manchmal höchst unklare theoretische Ideen wohl gar nicht möglich ist.“ (Popper, 1984, S. 13).

Thomas Samuel Kuhn

- Paradigmenwechsel durch wissenschaftliche Revolution

Kuhn (1989) wendet sich in seinem 1970 erschienenen Hauptwerk „Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen“ gegen Poppers Wissenschaftsverständnis, da in der Wissenschaftsgeschichte zu beobachten ist, dass wissenschaftliche Theorien nicht durch theoretisch nicht zu erwartende Gegenbeispiele (Anomalien) aufgegeben wurden, sondern durch Hilfskonstruktionen am Leben gehalten wurden. Erst eine starke Häufung von Anomalien lasse irrationale Widerstände und machtpolitische Abwehr (Besetzung von Lehrstühlen, Vergabe von Forschungsmitteln, Bestimmung von Publikationsorganen) erlahmen und führe zur Krise und zur wissenschaftlichen Revolution. Er teilt die Wissenschaft in Entwicklungsstadien ein: prä-paradigmatisch (noch ohne eine eigene Theorie) – normale Wissenschaft (mit einem dominierenden Paradigma) – außerordentliche Wissenschaft (das dominierende Paradigma lässt sich nicht mehr halten, es kommt zur Krise) – wissenschaftliche Revolution.

Paul Feyerabend

- wer nur eine Theorie und nur eine Methode zulässt, ist ideologisch

Feyerabend ist die Abfolge von einem herrschenden zum nächsten zu wenig Pluralität. Er fordert, konkurrierende Theorien gleichzeitig zu denken, sich nur einer zu verschreiben sei Ideologie. „Eine Wissenschaft, die behauptet, über die einzige richtige Methode und die einzig brauchbaren Ergebnisse zu verfügen, ist Ideologie ... Man mag sie lehren, aber nur denen, die sich entschlossen haben, sich diesen besonderen Aberglauben zu eigen zu machen.“ (Feyerabend, 1977, zitiert aus Kriz et al., 1996, S. 257).

Als leicht zugängliche Beispiele wissenschaftskritischer Aussagen zitiere ich Wedig Kolster, Hartmut Heuermann,

Thomas Slunecko, aus psychologischer Sicht Wolfgang Metzger und Norbert Bischof, bezogen auf die Verhaltenstherapie Fred Kanfer und Hans Westmeyer und aus psychoanalytischer Sicht Wolfgang Mertens.

Wedig Kolster

– Wahrnehmung kommt vor Wissenschaft

Kolster schreibt über eine „Kritik der Wissenschaft aus der Anerkennung der Wahrnehmung als Wissen“ (2011, S. 105f): „Die Einsicht, dass Wahrnehmung und Wissenschaft eigenständiges Wissen hervorbringen ... führt zu Folgerungen für das Verständnis einer Erkenntnis von Gegenständen. Eine erste ist: Wahrnehmung ist in der Lage, eine eigene „Evidenz und Kraft zu entfalten“, die keiner wissenschaftlichen Vermittlung bedarf. Als weitere Folgerung hat sich ergeben, dass Wissenschaft unsere Umwelt, in der wir leben, nicht vereinnahmen kann, auch wenn sie unverzichtbare Einsichten erschließt.“

Hartmut Heuermann

– Erforschen des Humanum statt Anhäufen von Sachwissen

Heuermann schreibt in seiner Wissenschaftskritik: „Die größte Paradoxie der zeitgenössischen Wissenschaft ist die, dass das imposante Wissen über die Dinglichkeit der Welt ein erschreckendes Nicht-Wissen über das Humanum in der Welt offenbart – das Humanum verstanden nicht als wissenschaftlicher Objektbereich unter anderen (über den Menschen als „Objekt“ wissen wir unglaublich viel), sondern als wissenschaftliche Aufgabe für eine Ermittlung der Bedingungen guten Lebens und der Arbeit an der Herstellung solcher Bedingungen.“ (Heuermann, 2000, S. 12f).

Thomas Slunecko

– Verstehen wie Wahrheit gesucht wird, statt Wahrheit suchen

Slunecko (1996) versucht einen „konstruktiv-realistischen“ Dialog zwischen Wissenschaftstheorie und Psychotherapie. Er sieht die Krise der Psychologie eher aus der Spannung zwischen Natur- und Geisteswissenschaft resultierend – als Dauerkrise, die weder das Ende noch der Beginn

einer wissenschaftlichen Ära darstellt. Aus der Perspektive des Konstruktiven Realismus Wallners (1992), der sich nicht gegen vorherrschende Theorien wendet, sondern ihre Hintergründe, ihre Entstehung und ihre Vorgehensweise analysiert und verständlich macht. Nicht ob die Theorie wahr ist, interessiert, sondern wie sie Wahrheit konstruiert. Statt Psychotherapie mit den Methoden der Psychologie und der Medizin wissenschaftlich zu untersuchen, empfiehlt er eine eigene Wissenschaft der Psychotherapie – statt von einer nomologischen von einer autopoietischen Realität, die dem Prinzip der Selbststeuerung folgt, auszugehen (vergl. Schiepek und Sulz, 2010). Statt wie Grawe (1998) über den kleinsten gemeinsamen Nenner psychotherapeutischer Orientierungen und Schulen eine allgemeine Wahrheit zu suchen, sieht er im bestehenden Dissens eine Ressource, da aus jeder Perspektive etwas gesehen wird, was der anderen verborgen bleibt. Als Beispiel nennt er die in den USA beliebten caseconferences, bei der Vertreter verschiedener psychotherapeutischer Orientierung über einen konkreten Fall diskutieren. Im therapeutischen Prozess beschreibt er, wie der Perspektivenwechsel durch Verfremdung zum Kontextwechsel wird, der zu Veränderung führt.

Wolfgang Metzger

– wider einen wissenschaftlichen Reduktionismus

Wolfgang Metzger war der Theoretiker der Gestaltpsychologie, der gegen behavioristische und positivistische Theorien argumentierte. Er wendet sich dagegen, die Realität auf das zu reduzieren, was in das eigene Theoriengebäude passt und den Rest zu ignorieren, „daß man nicht nur fragwürdige Vermutungen, sondern auch handgreifliche Tatsachen aus allerlei Gründen einfach hinwegbeweist: weil man in seinem System der Psychologie oder der Wissenschaften überhaupt, ohne sie auszukommen glaubt; weil darin kein Platz für sie vorgesehen ist; weil sie gewisse, mehr oder weniger willkürliche Voraussetzungen nicht erfüllen.“ (Metzger, 1968, S. 9)

Hier kann man Goethe zitieren:

*Das schönste Glück des denkenden Menschen ist,
das Erforschliche erforscht zu haben
und das Unerforschliche ruhig zu verehren.*

Norbert Bischof

– sozialpsychologische Kritik der mainstream Psychologie

Bischof setzt an den Beginn des Psychologiestudiums die wissenschaftskritische Auseinandersetzung und stellt die Frage nach dem Nutzen für die spätere Berufstätigkeit: „Nützt ihm oder ihr dazu die Beschäftigung mit der wissenschaftlichen Psychologie? ... Ist nicht vielmehr das meiste, was dem im Beruf tätigen Psychologen später an Kompetenz zuwächst, aus seiner praktischen Erfahrung im Umgang mit Menschen hervorgegangen?“ (Bischof, 2008, S. 36).

Bischof fasst seine sozialpsychologische Kritik der Mainstream-Psychologie und des Wissenschaftsbetriebs sowie dessen Resistenz gegen notwendigen Wandel in ein Bild: „Wo die Menge einem blinden Ratgeber folgend in eine falsche Richtung wandert und zeitraubende Umwege macht oder in Sackgassen gerät, nützt es dem Einzelnen wenig, wenn er eine Erfolg versprechende Abkürzung entdeckt hat, sich von der Gruppe trennt und viel früher als die anderen am Ziel ist. Er mag rufen so laut er will, man wird ihn nicht hören. Und wenn dann nach zwanzig Jahren die Karawane ebenfalls staubbedeckt und dezimiert angekommen ist, dann wird sie nur diejenigen aus den eigenen Reihen honorieren, die die letzten paar Schritte zum Ziel angeführt haben.“ (Bischof, 2008, S. 575).

Hans Westmeyer

– Wissenschaft kann nur technologische Regeln bereit stellen

Westmeyer bezog sich auf die klassische Verhaltenstherapie, die aus der Lernpsychologie hervorgegangen ist. Er sah es als einen Irrtum, sie als reine Anwendung der Forschungsergebnisse der Lernpsychologie und der Lerntheorien zu definieren. Diese können nur „technologische Regeln“ bereit stellen, aber nicht den gesamten Therapieprozess und Therapieablauf vorherbestimmen (Westmeyer, 1978, 1980).

Fred H. Kanfer

– Wissenschaft und Praxis als Ufer eines Flusses

Kanfer lernte bei Skinner und widersetzte sich dessen purem Umweltdeterminismus. Sein Selbstmanagement-Ansatz, bei dem die Ziele vom Klienten kommen, hat Ähn-

lichkeiten mit der „prescribedpsychotherapy“ von Beutler und Harwood (1995). Sein Schlagwort des „scientist-practitioner“ erläutert er so: „Wissenschaftliches Arbeiten bzw. klinische Praxis sind zwei Seiten eines Flusses – zwei Ufer. Ich glaube, dass es wichtig ist, dass Forscher wie Praktiker dauernd über die Brücke gehen. Sie wohnen zwar auf einer Seite des Flusses, aber sie sollten ab und zu mal ’rüber und sich angucken, was auf der anderen Seite da ist, was ihnen helfen kann. Ich meine damit, sie können nicht gleichzeitig beides sein, d. h. im selben Moment. Sie müssen sich aber fragen, ob das, was sie als Therapeuten praktisch machen, auf irgendetwas beruht, das wissenschaftlich unterstützt wird oder mindestens konsistent ist mit unseren wissenschaftlichen Daten und Experimenten. Und nicht einfach, weil es ein guter Einfall ist oder weil es jemand irgendwo gelesen hat. Auf der anderen Seite, wenn ich klinische Arbeit mache, bin ich nicht Wissenschaftler, d. h., ich kann nicht experimentieren, um Daten zu sammeln.“ (Kanfer, 2014 in einem Interview von 2002).

Wolfgang Mertens

– Forderung nach vier Ebenen der empirischen Datenerhebung

In einem Themenheft über Qualitative Sozialforschung nimmt Mertens (2007) Stellung zum Hauptartikel von Reichertz (2007). Er schreibt, dass quantitative Forscher einfach die wissenschaftlich unverzichtbare mühsame qualitativ forschende Vorarbeit weglassen, so dass in der Variablenauswahl, Variablendefinition und Skalierung unreflektierte, subjektive Voreingenommenheiten enthalten sind. Er verweist auf das unvermeidliche „hermeneutische Nadelöhr“ im Sinne von Frommer und Hempfling (1995). Er verweist darauf, dass qualitativ erhobene Daten oft im zweiten Schritt quantifiziert werden, so dass der Unterschied zwischen den beiden Forschungsparadigmen nicht durch das Begriffspaar „qualitativ versus quantitativ“ gekennzeichnet ist. Vielmehr „wäre es eine Möglichkeit, von empirisch-positivistischen und empirisch-hermeneutischen Methoden zu sprechen, um damit deutlich zu machen, dass herkömmliche quantitative Methoden ganz im Sinne des Positivismus die theoretischen und interpretativen Voraussetzungen vernachlässigen, die

zur Datengenerierung führen, während qualitative Methoden, der zumeist gemeinsam konstruierten Realität/Empirie näher kommen, weil die Selektivität der Wahrnehmung von Wirklichkeit expliziert wird, während bei den herkömmlichen quantitativen Methoden die Selektionskriterien des Forschers unbenannt bleiben ...“ (Mertens, 2007, S. 253). Psychoanalytische Theorie und analytische Psychotherapie verlangen zusätzlich eine methodische Annäherung auf mehreren Ebenen: „Diese können erstens als Ebene des nichtbewussten und nicht reflexiven reziproken, komplementären und nicht-komplementären Tuns beschrieben werden; zweitens als Ebene einer größtenteils nichtbewussten Affektansteckung und des gemeinsamen Teilens intensiver Gefühlszustände; drittens als ein Beziehungserleben, das von früheren Beziehungserfahrungen geprägt ist und das nur teilweise im Rahmen des deklarativen Gedächtnisses als „Übertragung“ bewusst wird; und viertens die bewusste, reflexive, symbolische Kommunikation mit dem Anderen, der als eigenständiges Subjekt anerkannt wird (vgl. Mitchell, 2003).“ (Mertens, 2007, S. 254).

B Von der Psychologie zur wissenschaftlichen Psychotherapie

Nach diesen grundsätzlichen Positionierungen zu Wissenschaft allgemein, zur Psychologie als Wissenschaft und zum wissenschaftlichen Verständnis von Psychotherapie kommen nun Autoren zu Wort, die anhand spezifischer Themen in diese Diskussion eintreten:

Seehagen et al. (2012)

– Psychotherapeuten müssten sich mehr an RCT-Studien und Manualen orientieren

In ihrer Übersichtsarbeit „Psychotherapie und Wissenschaft – Harmonie oder Dissonanz?“ gehen Seehagen et al. (2012) der Frage nach, weshalb so wenig PsychotherapeutInnen standardisierte Interventionen anwenden, deren Wirksamkeit durch RCT-Studien belegt ist. Sie zitieren mehrere Studien, die ergaben, dass praktizierende PsychotherapeutInnen in ihrer Therapieplanung zu wenig wissenschaftliche Publikationen berücksichtigen und daher auch zu wenig evidenzbasierte

Therapien einsetzen (Stewart & Chambless, 2010). Sie verlassen sich hauptsächlich auf ihre eigene Erfahrung und ihr klinisches Urteil, obwohl sie im Vergleich zu einem Fragebogen ihren Therapieerfolg signifikant schlechter vorhersagen konnten (Hannan et al. (2005): 0.04 % versus 77 %). Nelson und Steele (2008) berichten, dass Evidenzbasierung über RCT-Studien als Entscheidungskriterium nur den siebten Platz belegte, während die Bewährung einer Behandlung im Feld der Patientenversorgung zweitwichtigstes Kriterium war („effectivenessresearch“). Entsprechend weisen Chambless und Hollon (1998) darauf hin, dass es notwendig ist, die praktische Relevanz der RCT-Forschung durch Feldstudien zu belegen. Demgemäß kommen Seehagen et al. (2012, S. 305) zu dem Schluss, „dass Praxis und Forschung keine Gegensätze darstellen, sondern füreinander da sind und sich gemeinsam stärken.“ Sie gehen allerdings davon aus, dass mehr Manualtreue das Problem lösen würde.

Hansjörg Znoj

– Grenzen der Psychologie

Znoj (2013, S. 37) schreibt in dem von ihm und Berger herausgegebenen Buch „Die Kunst und Wissenschaft der Psychotherapie“ über die Grenzen der Psychologie: „Freiheit im Denken, Handeln und Fühlen bedarf einer eigenen Ethik, welche dem wachsenden Anspruch nach Individualität gerecht werden muss. Inwieweit gesellschaftliche Normen diesen Anspruch erfüllen können oder welcher Formen gesellschaftlichen Zusammenlebens in Zukunft dieser individuellen Entwicklung Rechnung tragen können, ist eine offene Frage und stellt eine Aufgabe, die die Psychologie allein nicht zu lösen vermag.“

Cooper McLeod

– flexibles Eingehen auf den individuellen Patienten statt Manualtherapie

Während RCT-Outcome-Studien über Therapien berichten, in denen jeder Patient einer Experimentalgruppe die gleiche Behandlung erhielt und die gleiche Behandlung Gewähr für die Wirksamkeit war, berichten Cooper und McLeod (2007) über Studien, die zeigten, dass das flexible

Eingehen auf die individuellen Therapiewünsche des Patienten sowohl die therapeutische Beziehung festigten, die Drop-out-Rate sank und auch das Outcome besser wurde (z. B. Tryon & Winograd, 2002). Andererseits zeigten King et al. (2000), dass Patienten, die zufällig einer Therapiemethode zugeordnet wurden, nicht schlechter abschnitten als solche, die ihre Wunschtherapie erhielten.

Cooper und McLeod (2007) versuchen, die Einengung durch festgelegte inhaltliche Forschungsparadigmen und durch Therapieschulen sowie der Sackgasse von Integrationsismus und Eklektizismus durch einen „pluralistische“ Heuristik in der Psychotherapie zu überwinden, indem sie Ziele, Aufgaben und Methoden im Einzelfall ganz dem Ergebnis einer Metakognition, einem Verhandeln zwischen Patient und Therapeut überlassen (Lee, 2006). Sie verweisen auf Castonguay und Beutler (2006), die die Überwindung von Forschungsparadigmen fordern, die sich bezüglich der Wirksamkeit auf ein Entweder-Oder konzentrieren und nicht das „Und“ prüfen.

Jürgen Kriz

– Gegen das RCT-Paradigma
als wissenschaftliche Effekthascherei

Kriz (2000, S. 43; vergleiche auch Kriz, 1996) beginnt seinen Aufsatz mit dem Wunsch, dass „die Mystifikation und der Mißbrauch des Attributes „wissenschaftlich“ eingedämmt werden.“ Er analysiert den wissenschaftlichen und klinischen Wert psychotherapeutischer Forschung nach dem RCT-Paradigma, an dem die Forscher in Deutschland hängen geblieben sind, während in USA die wissenschaftliche Entwicklung weiter ging. Eine Zäsur brachte Seligmans (1995, 1997) Bericht über die Consumer Studie, die die Bedeutung der bislang als goldener Wissensstandard geltenden RCT-Forschung (efficacy-Studien) relativierte und die Notwendigkeit von effectiveness-Studien als Feldforschung aufzeigte.

Kriz (2007, S. 3) zitiert Seligman (1997): „Durch diese Studie wurde mir klar, dass die Entscheidung, ob eine bestimmte Methode unter streng kontrollierten Bedingungen einer anderen Methode oder der Kontrollgruppe überlegen ist, etwas anderes ist als die Frage nach dem, was in der Praxis

wirkt (...). Ich halte „Efficacy“-Studien seitdem nicht mehr für die einzige, ja nicht einmal für die beste Möglichkeit, um festzustellen, welche Methoden in der Praxis tatsächlich wirksam sind. Ich bin zu der Überzeugung gekommen, dass „Effectiveness“-Studien, mit denen die Erfahrungen der Patienten unter den realen Bedingungen in der Praxis erhoben werden, eine brauchbare und glaubwürdige „empirische Validierung“ von Psychotherapie und Medikation ermöglichen“.

Auch Strupp (1996) änderte seine Haltung gegenüber der outcome-Forschung und zweifelte am Wert der gruppenstatistischen Designs, weil sie der Einzigartigkeit der Therapeut-Patient-Beziehung nicht gerecht werde. Henry (1998), der die Vanderbilt-Studie leitete, sprach deutlich seine Befürchtung aus, dass die gegenwärtig angewandten Wissenschaftsparadigmen der Psychotherapie schaden.

Kriz wirft der deutschen klinisch-psychologischen Universitätsforschung vor, sich vom eigentlichen Wesen der Wissenschaft zu entfernen: „Nach gängigem Verständnis besteht nämlich eine der wichtigsten Aufgaben von Wissenschaft darin, Denk- und Handlungsräume von Menschen zu erweitern. Dazu ist es dienlich, möglichst umfangreiche Erkenntnisse über die Welt zu sammeln – oder auch aktiv zu generieren – und in Verstehenszusammenhänge einzubetten. Wesentlich für ein wissenschaftliches Vorgehen ist dabei, Alternativen in Fragestellung und Herangehensweisen nicht zu vermeiden, sondern diese in offensiver Weise möglichst zu erweitern und (dann!) kritisch zu diskutieren. Dazu gehört auch, daß die eigenen stillschweigenden Vorannahmen und damit die methodologischen und methodischen Voraussetzungen reflektiert und diskutiert werden. Wissenschaft sollte sich als Anwalt für eine Pluralität vieler unterschiedlicher Perspektiven verstehen, zumindest ideologischen Verengungen trotzen und einen möglichst großen Teil der „Welt“ durch eine Vielzahl an Fragestellungen sowie Methoden für deren Untersuchung für die Allgemeinheit erschließen.“ (a. a. O. Seite 43). In diese Kritik bezieht er auch die statistischen Methoden ein (z. B. die begrenzte Aussagekraft von Effektstärken bei Outcome- und Metastudien): „Solange wir in der Erforschung und wissenschaftlichen Debatte, was überhaupt unter Psychotherapie-Effekten zu verstehen ist, so weit am

Anfang stehen, kann die großangelegte und wissenschafts-politisch brisante „Sammlung“ von Effekten eben nur Effekt-Hascherei sein.“ (Kriz, 2000, S. 60).

Das Universitätsstudium der Psychologie sieht er als mangelhafte Vorbereitung auf die Psychotherapie-Ausbildung: „So gut die Ausbildung von Psychologiestudenten im klas-sisch-experimentellen Paradigma und dessen Ergebnissen ist: Die vermittelten Kenntnisse über Alternativen, die gerade das Verständnis von Psychotherapieprozessen vertiefen könnten sind schlichtweg mangelhaft. Und sie bekommen nicht einmal in hinreichendem Maße die Kompetenz, das klassisch-experimentelle Paradigma immanent kritisieren und hinterfragen zu können.“ (Kriz, 2010, S. 138; vergl. Nestoriuc et al., 2012).

Dirk Revenstorf

– Wider das RCT-Paradigma als Goldener Standard der Psychotherapieforschung

Revenstorf (2005) konzentriert sich mit seinen Aussagen auf die RCT-Forschung:

- Psychotherapeutische Prozesse sind nomothetisch (empirisch naturwissenschaftlich) nur unzureichend erfassbar, dies ist nur ideographisch möglich (geistes-wissenschaftlich-hermeneutisch).
- Psychotherapeutische Interventionen wirken nicht monokausal, sondern multikausal, vernetzt, zirkulär auf Beziehungsebene.
- Während z. B. die Physik das deterministische mono-kausale Denken hinter sich gelassen hat, verharret die Psychologie in einer mechanistischen Denkweise.
- Psychotherapeutische Themen haben eine existentielle Dimension und sind nicht ausreichend operationalisier-bar und messbar.
- Zu viele Probanden in psychologischen Studien sind Psychologiestudenten, Patienten in Universitätskliniken oder melden sich auf Annoncen.
- Die Stichprobendefinition der monosymptomatischen Patientengruppe entspricht nicht der Realität mit 70 % Komorbidität.
- Hauptwirkfaktor ist die Überzeugtheit des Therapeuten

von der Wirksamkeit seiner Therapie. Dies trifft für die Vergleichsgruppe nicht zu.

- Auf eine veröffentlichte Studie, die Wirksamkeit nachweist, kommt eine größere Zahl von nicht veröf-fentlichten Studien, bei denen sich keine Wirksamkeit herausstellte (File-drawer-Problem).
- Efficacy sagt nichts über Effectiveness aus, also über die Wirksamkeit in der alltäglichen Routine-Versorgung realer Patienten (externe Validität).

Er fasst zusammen (a. a. O. Seite 30): „Das RCT-Design, das als Kuckucksei aus der Medikamentenforschung für die Therapieforschung übernommen wurde, kann hier nicht das leisten, was es verspricht. Denn eine medizinische Stö-rung sieht im Labor so aus wie in der Praxis, die Anwendung der Medikation bleibt in beiden Situationen gleich, und ein Verum unterscheidet sich äußerlich nicht vom Placebo. Das alles ist in der Psychotherapie nicht gegeben: Daran scheitert die Übertragung des RCT-Designs in der beschriebenen Art. Aber die Kritik des medizinischen Modells in der Psycho-therapieforschung geht weiter. Während sich die Pharma-forschung auf die rationale Analyse begrenzen kann, reicht das für Erfassung und Heilung psychischer Probleme nicht aus. Die besinnungslose Reduktion auf das Messbare ist eine unzuläs-sige Verkürzung der Kartografie menschlicher Probleme, und die Rückbesinnung auf das Subjektive als den Ursprung von Erkenntnissen erscheint mir unvermeidbar.“

Eva Jaeggi

– Qualitative Forschung statt RCT-Forschung und medizinisches Modell

Eva Jaeggi spricht zwei Themen an, Forschung und /oder Praxis einerseits und das medizinische Modell mit dem Ziel der Heilung andererseits. Erstens:

Es gibt viele verschiedene Erklärungen der Entstehung psychischer Erkrankungen, die zu vielen verschiedenen psy-chotherapeutischen Verfahren und Methoden führen, welche dann aber in ihrer Wirksamkeit nicht verschieden sind. Diese Tatsache verunsichert Psychotherapeuten und macht ihnen Angst. Um eine innere Sicherheit bezüglich der Richtigkeit

eigenen therapeutischen Handelns wieder herzustellen, schlägt Eva Jaeggi folgendes vor:

„Der Schritt zurück von der eigenen Tätigkeit, der diese Tätigkeit eher zum offenen Forschungsfeld als zum verteidigten Besitz macht, ermöglicht ein Offenhalten des Interesses und natürlich auch eigener Experimentiermöglichkeiten. ... Diese Art des Herangehens verleiht dem Psychotherapeuten zugleich die Ernsthaftigkeit des reflektierenden Forschers und die Freude des experimentierfreudigen Praktikers, der seine intellektuelle Neugier befriedigen kann.“ Jaeggi, 2000, S. 23f)

Und zweitens: „Die enge Verbindung des Psychotherapeuten mit den Krankenkassen hat das zweischneidige Image der Psychotherapeuten noch verschärft. Hier soll auf institutionell-politische Weise die changierende Qualität des Therapierens ins klare Licht eines medizinischen Modells gehoben werden: Heilung von Krankheit ist die Devise, die naturwissenschaftlich orientierte Medizin das Vorbild. Ungeachtet der Tatsache, daß auch die Körpermedizin in den meisten Fällen nicht von absoluter Heilung spricht, ist es doch die Illusion, der man anhängt.“ (a. a. O. S. 37).

In ihrem Aufsatz „Kritische Psychologie und Kritik der Psychologie“ weist sie darauf hin, dass Inhalte und Methoden der psychologischen Forschung eher von der historischen Situation und der aktuellen Akzeptanz der bestimmenden Forschergruppen abhängen als vom Forschungsgegenstand (Jaeggi, 2002). Daraus lässt sich die Kritik des Wissenschaftsverständnisses der heutigen Klinischen Psychologie ableiten: Die dominierende empirisch-naturwissenschaftliche Ausrichtung heutiger Forschung mit dem goldenen Standard des RCT-Designs wird zwar der historischen Situation der Forschung gerecht, vernachlässigt aber wesentliche Methoden und Forschungsinhalte, so dass sie sich selbst in den Möglichkeiten ihres Erkenntnisgewinns beschneidet.

David Orlinsky

– Wider das technokratisch-medizinische Modell

Orlinsky (2013, S. 224) 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.“

Hill und Castanguay

– Eigene Emotionale Erfahrung durch Selbsterfahrung und Supervision

Hill und Castanguay (2013, S.149) schreiben in ihrem Aufsatz über korrektive Erfahrungen (CE) in der Psychotherapie: „Mit Blick auf die psychotherapeutische Praxis möchten wir anfügen, dass CEs generell wünschenswerte Ereignisse sind, die bestärkt und erleichtert werden sollten. Therapeuten müssen sich aber bewusst sein, dass sie Klienten dabei helfen sollten, mit den potenziell sehr starken Erfahrungen umzugehen, die durch CEs ausgelöst werden. In der Therapieausbildung könnten Auszubildende bezüglich korrektiver Erfahrungen befragt werden, die sie als Klienten in der Selbsterfahrungstherapie, als Supervisanden in der Supervision oder im Privatleben gemacht haben. Indem sie verstehen, wie sich CEs anfühlen, könnten sie sich bei der Arbeit mit CEs bei Klienten sicherer fühlen.“

Stella Reiter-Theils

– Die Entwicklungsstufe des Therapeuten limitiert den Therapieerfolg

Hutterer-Krisch (1996) zitiert Reiter-Theils (1988) Untersuchung des Einflusses der Entwicklungsstufe, auf der sich die Persönlichkeit des Therapeuten befindet, auf die Therapie. Der Therapeut sollte sich mindestens auf der gleichen Stufe befinden wie sein Patient, da bei einer Höherentwicklung des Patienten das Wesentliche der übernächsten Stufe von ihm

nicht mehr verstanden werden kann. Je ähnlicher Patient und Therapeut hinsichtlich des Entwicklungsstands ihrer Persönlichkeit sind, umso wahrscheinlicher überträgt der Therapeut seine Beziehungsproblematik auf den Patienten. Er hält es deshalb für wichtig, dass Selbsterfahrung und Supervision für diese Vorgänge sensibilisieren.

Michael Buchholz

– Psychotherapie ist wissenschaftsbasiert,
ist aber mehr als Wissenschaft

Buchholz (2000, S. 3) schreibt: „Die zentrale These lautet, psychotherapeutische Praxis sei weder Wissenschaft noch angewandte Wissenschaft, sondern Profession. Psychotherapie wird demgegenüber bestimmt als zwar a) wissenschaftsbasiert; b) aber sie thematisiert existentielle Probleme immer in c) intimisierter Interaktion. Ihre besondere Leistung besteht daher im individuellen Zuschnitt. Psychotherapie kann deshalb allgemein nicht definiert, wohl aber individuell realisiert werden. Ihr steht Wissenschaft zur Seite (Stein, 1979) oder sie hat Wissenschaft in ihrer Umwelt (Reiter & Steiner, 1996). Das gegenwärtige Problem im Feld der Psychotherapie resultiert aus der veralteten hierarchischen Vorstellung, wonach Wissenschaft über den Professionen stehe. Dieser Anspruch wird zurückgewiesen. Wissenschaft kann Professionen basieren und irritieren, nicht aber determinieren. Diese Einsicht bricht sich allmählich auch in der Wissenschaft Bahn. Gefordert wird, die Autonomie der Psychotherapie gegenüber ihren (wissenschaftlichen, wirtschaftlichen, rechtlichen und anderen) Umwelten zu behaupten, ohne deshalb wissenschaftsfeindlich zu werden.“

Er zitiert Argelanders Studie zum Erstinterview (1966), bei der die Videoanalyse ergab, dass die Psychoanalytiker einer klugen Intuition folgten, während sie dachten, dass sie sich an eine Theorie halten. Er verweist auch auf die Beobachtungen von Krause und Mitarbeitern (1998), dass Therapeuten ihr Handeln, dessen Zweck und Wirkung nicht richtig einschätzen. Oder: was und wozu Therapeuten handeln ist etwas ganz anderes als das, was sie glauben, zu tun.

Er schreibt (a.a.O. S. 9): „Wenn ich mich nun weiter dem systematischen Argument zuwende, um die These zu

begründen, dass Professionen „Mehr“ sehen als empirische Forschung, dann muß man darauf verweisen, dass empirische Forschung in aller Regel mit einer zeitlichen Verzögerung von etwa 20 Jahren sich der Themen annimmt, die aus der professionellen Praxis formuliert wurden.“

Und (a. a. O. S. 10): „Daraus dem Professionellen den Vorwurf zu machen, er arbeite unwissenschaftlich, zeugt von wenig Kenntnis.“

Zuletzt: „Die Arbeiten von Donald Schön (1983, 1991; Schön & Rein, 1994) haben in aller Klarheit gezeigt, dass Professionelle – darunter sind Manager, Lehrer, Ärzte, Ingenieure, aber auch psychotherapeutische Supervisoren zu verstehen – offenbar völlig andere kognitive Ressourcen nutzen als Wissenschaftler.“

Er kommt so zu einer Umschreibung von Psychotherapie (a. a. O. S. 13):

„Ich schlage demgegenüber vor, Professionen als wissenschaftsbasiert anzusehen. Psychotherapie ist ein soziales Ereignis, sie ist nicht Anwendung von wissenschaftlichem Wissen; sie ist eine in jedem Fall einzigartige Veranstaltung, die nicht auf (Behandlungs-) Technik reduziert werden kann und diese Einzigartigkeit beschreibt man am besten als Interaktion, die eine Interaktion der Bilder einschließt. Ich gewinne damit die folgenden Komponenten der Professionsbestimmung: Sie ist wissenschaftsbasiert, aber nicht wissenschaftsdeterminiert; sie ist immer individuell realisierbar, aber nicht allgemein definierbar; sie beschäftigt sich mit existenziellen Problem in einer intimisierten Interaktion. Sie braucht die Person.“

Sein Fazit für die Beziehung zwischen Universität zur Psychotherapie (a. a. O. S. 14):

„Wo die Wissenschaft das höherwertige Wissen beansprucht, entsteht derzeit eine fatale Situation, wenn Universitätsinstitute klinische Ausbildungen anbieten, diese im Vergleich mit anderen evaluieren werden und man dann nach allen Erfahrungen jetzt schon voraussagen kann, wie die Ergebnisse ausfallen werden. Das ist, als würden auf dem Fußballplatz die Schiedsrichter mitspielen wollen und gleichzeitig darunter leiden, dass Schiedsrichter ja nicht gewinnen können. Was wollte man auch gewinnen? Ich plädiere gegen eine

Unterordnung der Profession unter die Wissenschaft und für ein Nebeneinander von beiden; das vermeidet unnötige Konkurrenz, fördert aber Kontroversen und insgesamt die Kommunikation.“

II. Ist Psychotherapie mehr als Wissenschaft?

Auf diesen vielfältigen Diskussionsbeiträgen aufbauend kann nun weiter der Frage nachgegangen werden, ob Psychotherapie mehr als Wissenschaft ist.

Psychologische Psychotherapie ist ein akademischer Beruf. Akademisch meint, dass eine Hochschulbildung Voraussetzung ist, aber nicht dass der Beruf an der Hochschule erlernt werden muss. Es muss auch unterschieden werden zwischen einem Hochschulstudium mit dem zugehörigen akademischen Abschluss und dem später ausgeübten Beruf. Das frühere Diplomstudium in Psychologie führte zwar zu sehr breit gefächertem Wissen und Kompetenz, aber es war keine Berufsausbildung. Diplom-PsychologInnen übten so viele verschiedene Berufstätigkeiten aus, dass es unmöglich gewesen wäre, einen Beruf zu definieren, in den dieses Studium einmünden sollte. Generell kann gesagt werden, dass eine große Zahl von Studiengängen nicht zu einem ausreichend engen umschriebenen Beruf führen. Es gibt aber Studiengänge, die sehr gezielt zu einem Beruf hinführen: einerseits das Ingenieurstudium inklusive Architektur, andererseits Pharmazie, Medizin und Zahnmedizin. Während bei Pharmazie und Zahnmedizin das Hochschulstudium ausreicht, um sofort eigenverantwortlich beruflich tätig zu werden, müssen in der Medizin noch mindestens fünf Jahre Weiterbildung außerhalb der Hochschule stattfinden.

Unsere Gesellschaft befindet sich in einem Akademisierungsprozess, durch den möglichst viele Berufe zu akademischen Berufen gemacht werden sollen, so dass die Berufspraxis auf einem Hochschulstudium aufbauen kann, zum Beispiel Krankenpflege, Hebamme, Erzieher. Von der Berufsschule und Fachschule ging es über zur Hochschule. Natürlich fand die zu lernende Pflege eines Patienten nicht im Hörsaal statt, ebenso wenig wie die Geburtshilfe. Im Sinne eines dualen

Systems wird Wissen an der Hochschule, dagegen die praktische Kompetenz an der Arbeitsstätte fern der Hochschule erworben.

Insofern erscheint es nicht nahe liegend, einen Beruf wie den der psychologischen PsychotherapeutIn zu einem Universitätsstudium zu machen. Denn sonst würde Psychotherapie gleichgesetzt mit Wissenschaft. Mancher wird spontan sagen, dass dem auch so ist. Aber wir müssen dieser Frage nachgehen. So wie wir Hochschulbildung und Berufsausbildung unterscheiden, können wir zunächst auch Wissenschaft und Psychotherapie unterscheiden, auch wenn dies nicht der oben genannten Legaldefinition entspricht. Seit Jahrtausenden versuchen wir unser Wissen und unser Verständnis der Welt und des Menschen in wissenschaftliche Bahnen zu lenken, um uns vor Trugschlüssen zu schützen. Dieser Schutz ist uns mithilfe der Wissenschaften immer mehr gelungen, auch wenn die Wissenschaft von Irrtum zu Irrtum geschritten ist. Sie konnte sich doch jeweils von einem nachweisbaren bisherigen Irrtum nach dem anderen befreien und sich wissenschaftlicher Wahrheit nähern. Das kann zufrieden machen, wenn man betrachtet wie umfassend und differenziert unser heutiges Wissen ist, das kann aber auch sehr unzufrieden machen, wenn man bedenkt, dass wir ein Vielfaches davon noch nicht wissen und erklären können. Das trifft besonders auf die menschliche Psyche zu. Wir bewegen uns immer noch an der Oberfläche und unsere Erkenntnisse sind nicht mehr als vorläufige Hypothesen, die hoffentlich bald genug modifiziert oder revidiert werden können.

Experimentelle Wissenschaft

Es gibt zwei unbefriedigende Grundhaltungen in der Wissenschaft: die einen sagen, was ich nicht erforscht habe und beweisen kann, gibt es nicht. Die anderen sagen, meine Theorie gilt, solange nicht das Gegenteil bewiesen ist. Rückblickend ist es erstaunlich, mit welcher Konsequenz und Ausdauer solche Überzeugungen beibehalten wurden. Hier geht es nicht darum, dass Therapieschulen verhindern, dass die Wissenschaft mögliche Fortschritte erreichen kann, sondern die Frage, ob die Wissenschaft genug unternommen hat, um die Aussagen des jeweiligen Erkenntnisstands dieser Psychotherapien

zu beforschen. Solche Versäumnisse würden so eine Gruppierung von Wissenschaftler wiederum zu einer eigenen Therapieschule machen. Sie würden nichts gelten lassen, was nicht aus ihren empirischen Studien hervorging. Auch ist es gedanklich zu kurz gegriffen, Verhaltenstherapie als Therapieschule zu bezeichnen. Sie ging als Verhaltensmodifikation aus Grundlagenwissenschaften hervor und wandte sich als Verhaltenstherapie nur sehr allmählich der Krankenbehandlung zu. Und dies zunächst auch nur bei wenigen psychischen Störungen (vor allem Angst und Zwang). Dabei war Verhaltenstherapie anfänglich sowohl bezüglich der Forschung als auch bezüglich der Therapiepraxis auf der konkreten Ebene kreativ und nicht an vorgeschriebene Methoden gebunden. Vielmehr war die therapeutische Konzeption auf einer Metaebene definiert, so dass die konkrete therapeutische Interaktion und Intervention sich ausschließlich aus der singulären Situation, dem bisherigen unteroptimalen Verhalten und dessen Optimierung als bestmögliche Situationsmeisterung bestand. Erst später wurden erfolgreiche Interventionen zur Methode und diese wurde standardisiert und damit der Wirksamkeitsprüfung zugänglich. Es besteht die Gefahr, dass durch die ausschließliche Definition der Psychotherapie als Wissenschaft Scheuklappen entstehen, die der erfahrene Psychotherapeut erst wieder lernen muss abzulegen.

Wir können Erkenntnisprozesse und gedankliche Grundlegungen unseres Handelns in sechs Kategorien des Erkennens einteilen:

1. vor-wissenschaftlich – was wir im alltäglichen Leben zunächst als Einzelfall beobachten und quasi „alltagspsychologisch“ (Huber, 2008) zu verstehen suchen
2. wissenschaftlich – was wir einer systematischen wissenschaftlichen Analyse unterziehen
3. un-wissenschaftlich – was entgegen den geltenden Regeln der Wissenschaft behauptet wird
5. über-wissenschaftlich – was wir wissenschaftlich (noch) nicht erfassen können
6. nach-wissenschaftlich – wie wir versuchen, wissenschaftliche Erkenntnis wieder in unser alltägliches Leben zu integrieren.

Diese Kategorien sind Schritte der Erkenntnis und ihrer Utilisierung, anhand derer wir überlegen können, wie der Ablauf des Erkenntnisprozesses ist.

Aber auch die zweite Kategorie, die Wissenschaft, muss in einzelne Schritte des wissenschaftlichen Fortgangs zerlegt werden:

Nehmen wir als Beispiel einen Wissenschaftler, den vorwissenschaftlich die Frage bewegt, wie die Religiosität des Menschen zu erklären ist. Er entschließt sich, dieser Frage wissenschaftlich nachzugehen.

Zunächst muss er seinen Forschungsgegenstand definieren. Dazu muss er den Begriff der Religiosität definieren. Und er sucht bisherige Veröffentlichungen und sammelt vorhandene Begriffsdefinitionen. Vielleicht reichen ihm die Fundstellen, dann diskutiert er diese und kommt zu dem Ergebnis, einen zu übernehmen oder einen modifiziert zu übernehmen. Oder sie genügen ihm nicht – was er auch begründen muss und begründet. Dann kann er rein theoretisch einen eigenen Begriff definieren, der die Präzision und Gültigkeit hat, die er beansprucht. Oder es folgt eine erste empirische Phase, in der er die Menschen beobachtet und befragt (Erkundungsuntersuchung, vergl. Huber, 2008). Er erhält so Informationen darüber, was für sie Religiosität allgemein ist, worin ihre individuelle Religiosität besteht, wie sie sie leben und wie sie ihr Leben bestimmen. Dies ist ein Vorgang der qualitativen Forschung, zunächst ohne jegliche Zahlen und quantitativ-statistischen Auswertungen. Denn es gibt noch keine Begriffe, die zu quantifizierbaren Variablen gemacht werden können. Extrakt seiner Forschung kann nun sein, dass er zu einem Religiositäts-Begriff kommt, den er als Ausgangspunkt seiner künftigen Forschung nimmt.

In der zweiten Phase kommt er zur Präzisierung seiner Fragen und zu möglichen Antworten, die er als Hypothesen formulieren kann. Es kann sein, dass er dabei vom einzelnen Menschen abhebt und ihn ortet als Element oder Teil eines sozialen Systems, das seine Religiosität aus derjenigen früherer Generationen schöpft, seiner eigenen blutsverwandten Ahnen oder einer größeren religiösen Gemeinschaft. Zusätzlich zur Interdependenz zwischen der Eltern- und Kind-Generation nimmt er diejenige zwischen dem heutigen Individuum

und seiner gegenwärtigen (religiösen oder nicht-religiösen) Gemeinschaft usw. (Walter, 2010).

Eventuell kommt er zu dem Ergebnis, dass Religiosität ein angeborenes Bedürfnis des Menschen sein kann, dass diese also nicht nur von außen in ihn hinein kommt. Das erweitert seine Fragen oder er findet diese Frage so zentral, dass er sie zu seiner Haupthypothese macht, ohne obige Interdependenzen außer Acht zu lassen. Dazu müsste er den Begriff des Bedürfnisses definieren und den des Angeborensseins. Wenn nicht andere vor ihm in diesem Bereich geforscht haben, muss er als erster eine Schneise in den Wald schlagen.

Da ist viel Hermeneutik im Sinne von qualitativer Forschung im Gange, bis er zu seinen Definitionen und deren Operationalisierungen kommt, die er als Ausgangspunkt seiner künftigen Forschung nehmen wird. Dieser Schritt wird aber fast immer übersprungen (Mertens, 2007), so dass die Präzision der quantitativen Auswertung über die fehlende Validität der unabhängigen und abhängigen Variablen hinwegtäuscht.

Um Variablen mit messbaren Ausprägungen zu konstruieren und der Datenerhebung eine Skalierung zugrunde zu legen, ist es bei der ersten Studie vielleicht zu früh. Doch auch bei einem ausführlichen Interview kann die jeweils letzte Frage zu einem Thema darin bestehen, wie sehr das besprochene Detail vorhanden ist, wichtig ist etc. und dabei eine Einteilung von 0 = gar nicht, 1 = etwas, 2 = deutlich und 3 = sehr anzubieten. Das ist dann evtl. Bestandteil eines gemischten qualitativ-quantitativen Forschungs-Designs (vergl. Jaeggi, 2001; Mertens, 2007).

Danach kommt die Frage, für welche Population die Hypothesen gelten sollen und wie die notwendige Stichprobe beschaffen sein muss. Dazu gehört auch, wie viele Variablen konstant gehalten werden müssen, damit sie das Forschungsergebnis nicht zufällig und unkontrolliert beeinflussen. Wenn auf diese Weise weiter gedacht und vorbereitet wird, kommt man bei der RCT-Studie mit allen oben diskutierten Eigenschaften an. Das ist gut, aber noch nicht der letzte Schritt. Denn es fehlt noch die Prüfung der externen Validität durch Feldstudien. Ohne diese hat die RCT-Studie keinen Wert. Es geht also nicht darum, ob RCT-Design angewandt werden soll oder nicht, sondern darum, dass vorher (Hermeneutisch-qualitatives

Forschungsstadium) und nachher (Feldstudie) aufwändige Studien stattfinden müssen, damit die RCT-Studie ein sinnvolles Werkzeug empirischer Wissenschaft ist:

1. Hermeneutisch-qualitatives Forschungsstadium (u. a. Sinnhaftigkeit der Variablen) sowie Einzelfallstudien
2. Quantitative Analyse (prä-post und Kontrollgruppen-Design, Nachweise und forschungslogische Beweise des Zusammenhanges zwischen therapeutischem Vorgehen und erfolgreicher Heilbehandlung (beides mit quantitativen Messgrößen operationalisiert) (efficacy)
3. Feldstudien unter Routinebedingungen (effectiveness)

Ohne Nachweis der Durchführung der Stadien 1 und 3 sollte eine RCT-Studie nicht zur Bewertung einer wissenschaftlichen Fragestellung herangezogen werden, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass sie ausreichend aussagekräftig ist. Und ohne diesen Nachweis ist es schwer zu rechtfertigen, Forschungsanträgen mit reinem RCT-Design Forschungsmittel zukommen zu lassen.

Vorwissenschaftliche Beobachtung, Alltagspsychologie, Alltagsbewusstsein

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass vorwissenschaftliche unsystematische Beobachtungen, die sich häufen, zu wissenschaftlicher Neugier führt und ein wichtiger Impulsgeber für die Forschung ist, ohne die nicht wirklich Neues erforscht werden kann. Dies trifft in besonderem Maße für die Psychotherapie zu.

Wer zum Beispiel zehn oder 20 Jahre lang Psychotherapie durchgeführt hat, kann sich fragen, wie viel Prozent seiner therapeutischen Interaktionen bestimmt war durch die erlernten, verfahrensmäßig. Wie viel Minuten einer fünfzigminütigen Therapiesitzung dadurch beschrieben werden können, ob das wohl mehr als 15 Minuten waren? Was geschah sonst in der Therapiesitzung? Auch wenn es gut und wichtig für den Patienten war, so war es doch in seiner Wirksamkeit nicht nachgewiesen. Wenn Psychotherapie gleich Wissenschaft ist, dann waren diese 35 Minuten unwissenschaftlich. Das ist heute nicht mehr so schlimm wie vor 30 Jahren, denn wir können nachträglich doch vieles auf die unspezifischen Wirkfaktoren

der Psychotherapie zurückführen, ohne dass wir behaupten könnten, diese bewusst und gezielt eingesetzt zu haben.

Klinische Erfahrung

Es ist zu vermuten, dass die Wissenschaft der psychotherapeutischen Erfahrung oft erst folgt, sie zwar gelegentlich auch führt, sie aber nicht dominiert. Diese Wechselwirkung müsste vielleicht beibehalten werden, damit die Ergebnisse der Wissenschaft fruchtbar bleiben. Wer nur aus den Erkenntnissen wissenschaftlicher Labore schöpft, kann nur begrenztes Wissen erwerben. Denn das Labor psychotherapeutischer Erkenntnis ist an erster Stelle der Therapie-raum, in dem nicht der Wissenschaftler, sondern der Psychotherapeut dem Patienten gegenüber sitzt – ein vor-wissenschaftliches Geschehen. Und dieser Psychotherapeut sollte nicht derjenige sein, der nur das weiß und anwenden kann, was die Wissenschaft bisher weiß. Man stelle sich nur vor, die Psychotherapeuten hätten sich jeweils auf den Horizont beschränkt, den ihnen der aktuelle Erkenntnisstand der Therapieforschung aber auch der Therapieschule erlaubt. Sie hätten dem vor ihm sitzenden Menschen immer nur teilweise gerecht werden können und ihre Therapien wären vermutlich unbefriedigender verlaufen.

Was aus einer randomisierten Doppelblindstudie als wirksame Psychotherapie hervorgeht, muss in der Praxis angereichert werden durch zahlreiche Aspekte therapeutischer Interaktion, die in den betreffenden Studien nicht berücksichtigt werden konnten. In einer erfreulichen Geschwindigkeit nähert sich die Forschung zurzeit allerdings den zentralen Wirkprozessen. Damit diese messbar werden, müssen sie allerdings so sehr vereinfacht werden, dass sie den eigentlichen psychotherapeutischen Prozess nicht mehr zur Gänze abbilden. Dennoch kann auf diese Weise Schritt für Schritt Psychotherapie in ihrem eigentlichen Wesen zunehmend erforscht werden. Ein Beispiel ist die Arbeit mit Emotionen. Bei vielen Patienten war es schlicht unmöglich, mit dem Inventarium der Kognitiven Verhaltenstherapie den vielfältigen emotionalen Dysregulationen gerecht zu werden. Es gab keine nachgewiesenen wirksamen Interventionen, vielmehr interessierten sich die Forscher über zwei Jahrzehnte einfach

nicht dafür. Erst um die Jahrhundertwende war es so weit. Bis dahin musste ein Verhaltenstherapeut eventuell zwanzig bis dreißig Jahre lang, eigene, aus seiner persönlichen Erfahrung hervorgehende Interventionen ausprobieren und einsetzen. Manche glichen dann den später evaluierten Methoden. Auch die Bedeutung der therapeutischen Beziehung ließ sich nicht zwei Dutzend Jahre lang aus der täglichen psychotherapeutischen Arbeit eines kognitiven Verhaltenstherapeuten heraushalten. Ohne durch RCT-Studien erlangte Legitimation musste er sich seinen individuellen Erfahrungsschatz bilden, intuitiv die therapeutische Beziehung gestalten und mit den auftretenden Beziehungsproblemen umgehen. Wieder musste er bis zur Jahrhundertwende warten, bis Wirkungsnachweise vorlagen.

Die Rolle der Supervision und der Selbsterfahrung

Wenn kürzlich ein psychiatrischer Ordinarius forderte, die Selbsterfahrung in der Psychotherapie-Aus- und Weiterbildung abzuschaffen, dann entspricht es durchaus dem positivistischen Geist der RCT-Forschung. Wenn wir einen Blick in die Supervisionssitzung werfen, dann sehen wir, dass der jungen PsychotherapeutIn dabei geholfen wird, die Bedeutung der RCT-geprüften Intervention zu relativieren, sie anzureichern mit so viel unspezifischen Wirkfaktoren, dass sie auch außerhalb des Forschungslabors sinnvoll eingesetzt werden können. Zuerst achtet die SupervisorIn darauf, dass z. B. eine Exposition sorgfältig manualgetreu durchgeführt wird. Bei manchen PatientInnen ist aber auf besonders stabile und sichere Rahmenbedingungen zu achten, damit sie es überhaupt durchhalten. Anderen gibt man viel Raum für selbständiges Erfahren und umso umfassendere Selbstwirksamkeitserfahrung. Dieses über das Manual hinaus gehende fein abgestimmte Vorgehen in der therapeutischen Interaktion rückt in der Supervision in den Fokus. Diese vermittelt so meistens das, was noch lange nicht im Lehrbuch stehen wird – in obigem Sinn nach – wissenschaftlich.

Bei der Supervision ist der Lernprozess meist nicht rein kognitiv, sondern das zu Beginn stehende nicht lösbare Therapieproblem sorgt für eine deutliche emotionale Aktivierung. Und die neue Perspektive mit Hilfe der Supervision ändert die

emotionale Verfassung der SupervisandIn sehr stark. D. h. dass viel emotionale Bewegung in der Supervision erfolgt, mit dem Ergebnis eines doppelten Lernens, das besonders wertvoll ist.

Ähnliches geschieht in der Selbsterfahrung, in der die KlientIn nicht die PatientIn ist, sondern die junge TherapeutIn selbst. Sie begibt sich in die Rolle der PatientIn – mit ihren eigenen lebensgeschichtlichen Entwicklungsbarrieren und Beziehungsproblemen. Sie kann eine tiefe und korrigierende emotionale Erfahrung machen, die sie ihre gegenwärtigen und künftigen Schwierigkeiten im Umgang mit dem Patienten viel mehr verstehen lässt, als viele Stunden Vorlesung. Selbsterfahrung wurde aber noch keinen RCT-Studien unterworfen. Deshalb darf aber gesagt werden, sie sei unwissenschaftlich. Vielmehr muss gesagt werden „Wir RCT-Wissenschaftler haben es noch nicht geschafft, dieses Thema aufzugreifen. Es ist also für uns über-wissenschaftlich (siehe oben).“ Es muss hinzugefügt werden, dass nicht zu erwarten ist, dass ein RCT-Wissenschaftler die dem Wesen der Psychotherapie und der Selbsterfahrung gemäßen relevanten Variablen in so einer Studie untersuchen wird. Denn diese Variablen sind nur außerhalb der Wissenschaft zu finden, dort wo Psychotherapie mehr ist als Wissenschaft und müssten wohl durch qualitative Methoden erfasst werden.

Trennung von Forscher und Beforschtem

Es ist jedoch gut, wenn die ForscherIn nicht zugleich die/der Beforschte ist. Selbstversuche sind nur ein Notbehelf. Besser erschiene es vielleicht, wenn die TherapieforscherIn erfahrene PraktikerInnen beforstet. Dazu ist notwendig, dass sie weiß, dass sie in erster Linie ForscherIn ist und die PraktikerIn in erster Linie PsychotherapeutIn ist, auch wenn idealerweise beide beides sind. Es sollte nicht so sein, dass mangels Interesse der PraktikerIn die ForscherIn sich selbst auf den Therapeutenstuhl setzen muss. Sonst würde ihr etwas verloren gehen, was nicht unwissenschaftlich, aber vorwissenschaftlich ist. Und vorwissenschaftliche Beobachtungen und Erfahrungen sind ein wichtiger kreativer Pool für wissenschaftliche Fragestellungen und Hypothesenbildungen. Eines von vielen Beispielen ist die Bedeutung der Partnerschaft bei Agoraphobie und Panikattacken, die mindestens 20 Jahre

lang nicht Gegenstand der Therapieforschung war, während sie der PraktikerIn selbstverständlich erschien.

Ein anderes Beispiel ist die Entwicklung der Dialektisch-Behavioralen Therapie DBT. Marsha Linehan (1996) berichtet, dass sie angesichts der geringen Wirksamkeit der Kognitiven Verhaltenstherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen auf die Suche nach anderen therapeutischen Herangehensweisen ging. Hätte sie sich in ihrer Suche auf wissenschaftlich evaluierte und anerkannte Therapiemethoden beschränkt, so wäre es ihr nicht möglich gewesen, ihren bahnbrechenden Therapieansatz zu entwickeln. Stattdessen ging sie mit Protagonisten der verschiedensten therapeutischen Strömungen in einen Dialog und betrachtete deren Konzept und Vorgehensweise, von der Gestalttherapie bis zur Psychodynamischen Psychotherapie. Und sie fügte aus ihrer eigenen vorwissenschaftlichen Erfahrung den bis dahin kaum empirisch untersuchten Ansatz der Achtsamkeit hinzu. Dabei darf die kognitive Verhaltenstherapie nicht einfach zur Therapieschule degradiert werden. Sie war und ist eine bedeutende Forschungsrichtung, die immer noch sehr bedeutsame Ergebnisse liefert. Trotzdem sollte innerhalb einer Therapiesitzung nicht wissenschaftlich gedacht werden, sondern einfach rational (Meehl, 1997).

Beitrag der Humanistischen Psychotherapien

Was die humanistischen Psychotherapien in ihrer Vielfältigkeit und Buntheit und ihrem fehlenden Interesse an empirischer Forschung (große Ausnahme ist Carl Rogers) der heutigen Psychotherapie an Impulsen mitgaben, darf nicht unterschätzt werden. Ihr Verdienst ist eventuell ebenso groß wie der der Therapieforschung an sich. Wo die Methodenbegrenzung des eigenen wissenschaftlich anerkannten Therapieansatzes im Einzelfall nicht weiterhalf, haben praktizierende PsychotherapeutInnen über den Zaun schauen müssen, um mit ihren Psychotherapien weiterzukommen. Ihre Unzufriedenheit und ihre Suche nach einer Problemlösung führten dazu, dass sie die Bedeutung des emotionalen Erlebens immer mehr in ihr Verständnis des Menschen und seiner psychischen Störungen einbezogen. Zum Nutzen der PatientInnen reduzierte sich dadurch der Anteil definierter Methoden in der

Richtlinien-Psychotherapie an ihrem therapeutischen Handeln. Jahrelang musste sehr vorsichtig geäußert werden, worauf bei einem bestimmten Therapiefall besonderer Wert gelegt werden soll. Das hat sich geändert, einerseits durch Grawes (1998) Horizonterweiterung und andererseits durch die Einkehr der Emotionalität und der Beziehung in die Fallkonzeption der dritten Welle der Verhaltenstherapie (Znoj, 2013).

Beitrag der Psychoanalyse

Immer noch müssen wissenschaftlich orientierte PsychotherapeutInnen Sigmund Freud belächeln. Die 100 Jahre sind ein noch zu kurzer Zeitraum, um ihn in einer historischen Betrachtung wertzuschätzen und zu würdigen. Er hat mit seiner Theorie einen so reichen Pool an wissenschaftlichen Hypothesen geschaffen, dass noch lange Forschungsmaterial verfügbar ist, das nicht links liegen gelassen werden darf. Auch wenn es Nicht-Tiefenpsychologen noch schwer fällt, die Begriffe Übertragung und Gegenübertragung auszusprechen (anders jedoch McCullough (2010), so sind sie heute doch mit großer Aufmerksamkeit dabei, den Interaktions- und Beziehungsaspekt gemeinsam mit dem PatientInnen zu untersuchen und diesem zu helfen, seine eigenen Gefühle und Bedürfnisse ebenso wie diejenigen seines Gegenübers wahrzunehmen und zu reflektieren, umso seine Emotionsregulation und seine Selbst- und Beziehungsregulation zu verbessern. Auch wenn immer wieder einzelne Thesen der Psychoanalyse als widerlegt oder als empirisch nicht überprüfbar gelten, hat der Blick auf die Psychodynamik und auf die Beziehungsdynamik einen Siegeszug vollzogen, der gerade dadurch möglich war, dass die Verhaltenstherapie keine Therapieschule ist. Aber auch die Psychodynamischen Therapien incl. der Psychoanalyse können einen sehr bedeutsamen Erkenntniszugewinn und eine entsprechende Weiterentwicklung ihrer Therapiekonzeption aufweisen (Mertens, 2009, 2012), der rasch zum Allgemeingut wird (siehe z. B. die Bindungstheorie, die Säuglingsforschung, das Intersubjektivitätskonzept und der Mentalisierungsansatz).

Eine Beschränkung auf das, was in den psychologischen Instituten der Universität an Erkenntnissen für die Psychotherapie hervorgebracht wurde, wäre nur ein Teil dessen

gewesen, worauf wir heute dankenswerterweise zurückgreifen können. Dies zeigt, dass das, was außerhalb der Universität an Psychotherapie-Praxis und Psychotherapie-Entwicklung von statten geht, sich nicht innerhalb eines geschlossenen Systems befindet, das nicht lernfähig ist. Vielmehr sind die Protagonisten heutiger nicht-universitärer Psychotherapie sehr offen, dialogbereit und prinzipiell stark wissenschaftlich orientiert, so dass es vermutlich einen großen Verlust bedeuten würde, die Weiterentwicklung der Psychotherapie ganz den Universitäten zu überlassen, die Psychotherapie durch die RCT-Brille betrachten. Bisher stattgefundener Austausch zwischen TherapieforscherInnen und PsychotherapeutInnen ergab sowohl wichtige Impulse für die Forschung als auch für die Praxis (Seehagen et al., 2012).

Ist Psychotherapie auch Kunst?

Damit haben wir die These, dass Psychotherapie mehr als Wissenschaft ist, nicht direkt untersucht. Aus obigem geht zwar hervor, dass vermutlich praktizierte Psychotherapie nicht allein durch die Anwendung von empirisch nachgewiesenen und anerkannten Methoden abgebildet werden kann. Dies liegt allein daran, dass die Forschung eventuell wichtige Hintergrundprozesse der psychotherapeutischen Interaktionen noch nicht zum Gegenstand ihrer Studien gemacht hat. Es wäre aber zum Schaden der PatientIn, wenn die PsychotherapeutIn ihre Intuition, Empathie und Kreativität samt ihrer Lebenserfahrung und Lebensklugheit nicht zur Methodologie hinzufügen würde – nicht zu vergessen, ihre gereifte Therapeuten-Persönlichkeit. Bis dahin könnte vorsichtig geäußert werden, dass Psychotherapie nicht nur Wissenschaft ist, sondern auch Kunst oder abgeschwächt kreatives Handeln. Und dass die Begegnung zweier Menschen in einem Raum auf so vielen Ebenen geschieht, dass das Bewusstsein der TherapeutIn gar nicht in der Lage ist, all das im Moment zu berücksichtigen und zielsicher einzusetzen. Deshalb steckt in dem Satz, dass Psychotherapie mehr als Wissenschaft ist, eine Bescheidenheit der ForscherIn, dass sie zwar dabei ist, Psychotherapie wissenschaftlich zu erfassen, aber noch nicht sehr weit vorgedrungen ist. Solange dem so ist, darf vielleicht probatorisch gelten, dass Psychotherapie auch Kunst ist und

es Aufgabe der TherapieforscherIn ist, diese Kunst zu befor-
schen. Es sei hier angemerkt, dass Kunst nicht per se unwis-
senschaftlich ist.

Ärztliches Handeln

Betrachten wir das ärztliche Handeln: Medizin ist Heil-
kunde, die sich mit der körperlichen und psychischen Gesund-
heit des Menschen befasst. Im Medizinstudium wird Wissen
über den gesunden und kranken Körper des Menschen ver-
mittelt. Wissen über die gesunde Psyche wird so gut wie gar
nicht vermittelt, denn das wäre ja ein Psychologiestudium.
Die Vorbereitung im Medizinstudium auf die spätere Tätigkeit
als Facharzt für Psychiatrie und als Facharzt für psychoso-
matische Medizin, nicht zu vergessen als Facharzt für Kinder
und Jugendpsychiatrie ist deshalb nur rudimentär. Allerdings
begegnet der Studierende immer wieder Wechselwirkungen
von Körper und Psyche und entwickelt dadurch eine Sen-
sibilität für diesen Übergangsbereich. Trotzdem bleibt die
frisch approbierte ÄrztIn noch weit entfernt vom Thema der
kranken Psyche und deren Behandlung. Man kann also nicht
sagen, dass das Medizinstudium gezielt auf die spätere Tätig-
keit als PsychiaterIn vorbereitet. Die frisch approbierte
ÄrztIn ist eine reine KörperärztIn. Streng genommen dürfte
sie noch keine Approbation bezüglich der Behandlung psy-
chischer Krankheiten haben. Ihr Vorgehen besteht oft darin,
Organe, Körperteile, Funktionssysteme bezüglich gesunder
Funktionalität und Beschaffenheit zu untersuchen, Ursachen
für die entsprechende Störung zu finden, diese zu beheben
und zugleich die Symptomatik zu lindern bzw. zu beseitigen.
Idealerweise wird sie den ganzen Menschen erfassen, mit ihr
in Beziehung treten und eine gesundheitsfördernde Inter-
aktion entstehen lassen – auch wenn sie eventuell darin nur
wenig ausgebildet wurde. Der weiße Kittel, das Stethoskop,
der Reflexhammer, der Spatel und die punktgenaue Lampe
sind das Symbol dafür. Der WeiterbildungsassistentIn in der
psychiatrischen Facharzt-Weiterbildung steht also ein ge-
waltiger Lernprozess bevor, auf den sie im Medizinstudium
nur wenig vorbereitet wurde. Dazu sind fünf Jahre Tätigkeit
„am Krankenbett“ erforderlich. Sie lernt also in der ständigen
Interaktion mit der psychisch kranken PatientIn, angeleitet

von der OberärztIn oder ChefärztIn, die gemeinsam mit ihr
am Krankenbett stehen. Umfangreiche Nachbesprechungen
und Nachlesen gehören dazu. Dies ist der psychiatrische, rein
ärztliche Teil. Hier ist die Psychotherapie noch nicht berück-
sichtigt.

Kirsti Lonka – Growing to be a Physician

Die Ausbildung von ÄrztInnen ist bezüglich des Me-
dizinischen Wissens und der Utilisierung dieses Wissens am
Krankenbett sehr effizient. Aber die Begegnung mit dem
Menschen, der unter einer Krankheit leidet, ist im Lernprozess
kaum ein Thema. Lonka (2001) berichtet über den finnischen
Versuch, die Ausbildung von ÄrztInnen, die in einem ähnli-
chen Dilemma wie diejenige der PsychotherapeutInnen steckt,
vom Wissenskonsument und Techniktraining zur Entwicklung
einer Persönlichkeit, einer ärztlichen Identität überzugehen:
Growing to be a Physician. Da Entwicklung Zeit braucht, wird
diese von Beginn an eingeleitet und gefördert. Die ganzheit-
liche Wahrnehmung des erkrankten Menschen wird dabei
nicht verlassen. Vielleicht könnte dieses Herangehen auch in
der Psychotherapie hilfreich sein, da es doch die Entwicklung
einer professionellen Persönlichkeit impliziert, deren Wir-
kung über diejenige seiner Behandlungstechnik hinausgeht
– und die Zeit braucht, also nicht im Schnelldurchlauf über
einige Semester erfolgen kann.

Psychotherapie ist nicht identisch mit ärztlichem Handeln

Damit kommen wir zur zweiten These: Psychotherapie
ist etwas ganz anderes als ärztliches Handeln. Das ist nicht
so einfach, weil Psychotherapie Heilbehandlung sein will und
die psychologische PsychotherapeutIn ein gesetzlich ge-
schützter Heilberuf ist. Wissend, dass es mehrere Heilberufe
gibt, müssen wir Psychotherapie nicht ärztlichem Handeln
gleichsetzen. Eine ÄrztIn kann zwar im Rahmen ihres ärzt-
lichen Handelns auch psychotherapeutisch tätig sein, das
bedeutet aber nicht, dass die Ausübung von Psychotherapie
durch eine psychologische PsychotherapeutIn ärztliches
Handeln ist. Die Gemeinsamkeiten fangen aber schon bei der
Befunderhebung und bei der Diagnosestellung an. Ob bei

einer Fallkonzeption eine ÄrztIn oder eine psychologische PsychotherapeutIn den psychischen Befund geschrieben und die daraus resultierende ICD-10-Diagnose gestellt hat, ist nicht ohne weiteres feststellbar. Allerdings werden schon bei der Differenzialdiagnose und bei der Differenzialindikation Unterschiede wahrnehmbar. Aber auch das könnte durch entsprechende Schulung behoben werden.

Dagegen hat eine Psychologische PsychotherapeutIn einen uneinholbaren Vorsprung vor einer in Psychotherapie nicht ausgebildeten, sondern nur weitergebildeten ÄrztIn. Denn die ärztliche Weiterbildung hat nicht die notwendigen Ressourcen für eine ähnlich qualifizierte Ausbildung. Dabei müsste gar nicht ein Psychologie-Studium am Anfang stehen. Eine ÄrztIn könnte sofort nach ihrer ärztlichen Approbation die postgraduierte Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz beginnen und würde dann gleich hohe Kompetenz als spezialisierte PsychotherapeutIn erreichen – mit einem etwas anderen Profil als eine Psychologische PsychotherapeutIn. Ihre Psychotherapie wäre dann inhaltlich kein ärztliches Handeln, formal allerdings schon.

Psychotherapie lernen

Lässt sich so auch Psychotherapie lernen? Oder bringt die Psychologische PsychotherapeutIn durch ein neu zu schaffendes Psychotherapie-Studium, das dann kein Psychologie-Studium mehr wäre, alles mit, was sie können und wissen muss, so dass es am Krankenbett gar nichts mehr zu lernen gibt?

Die „Krankenbett“-Situation (die es in Wirklichkeit nur bei sehr schwer kranken PatientInnen gibt – die anderen sind im Aufenthaltsraum und gehen nur aus Diskretionsgründen während der Visite in ihr Patientenzimmer) ist völlig untypisch für die Psychotherapie. Sie wurde aus der rein somatischen Station übertragen und kann bei denjenigen PatientInnen ausreichen, die (noch) keine Psychotherapie erhalten.

Was eine PsychotherapeutIn lernen muss, findet unter vier Augen im Therapiezimmer statt und dieses muss sich nicht in einer Klinik befinden, zumal dort kaum eine ausreichende Serie von Einzelgesprächen stattfinden kann, dass ein therapeutischer Prozess entstehen kann. Das Therapiegespräch

dauert traditionell 50 Minuten und findet ein bis zweimal wöchentlich statt. Während der Ausbildung läuft die Videokamera mit für die alle vier Stunden erfolgende Supervision (unter vier Augen). Die Therapiestunde wird zudem ausführlich schriftlich protokolliert. Es findet ein laufender Rückbezug auf die wissenschaftliche Wissens- und Kompetenzbasis statt, der außer in der Supervision in Fallseminaren und Theorie- und Praxisseminaren im Institut erfolgt. Dadurch entsteht eine hohe Dichte des Lernprozesses mit laufender theoretischer und praktischer Ausbeute. Dieser Lernprozess hat kaum Ähnlichkeit mit dem der ÄrztIn in der Klinik-Weiterbildung, die diese sich aus mehreren Quellen ergebende Dichte außerhalb des Erlernens von Psychotherapie auch nicht braucht. Neben dem Einzelmodus für die Therapie und für die Supervision gibt es natürlich auch den Gruppenmodus für beides.

Da das psychotherapeutische Handeln so verschieden ist vom ärztlichen Handeln ist auch das psychotherapeutische Lernen sehr verschieden vom ärztlichen Lernen. Zudem ist die Domäne der Psychotherapie die Ambulanz und die Praxis, während für die ÄrztIn der Ort des Lernens zuerst die Klinik sein muss, die wiederum für die Psychologische PsychotherapeutIn ein lernbehindernder Ort wäre – mit Ausnahme einer einjährigen Klinikzeit zum Kennenlernen schwerer Krankheitsbilder und Krankheiten, bei denen Psychotherapie nicht indiziert oder nur begrenzt indiziert ist.

III. Schlussbetrachtungen

a) Diese Überlegungen könnten zu dem Schluss führen, dass die Universität zwar ein möglichst gut auf die Psychotherapie-Ausbildung vorbereitender Ort sein sollte, an dem breite Kenntnis aller Psychotherapieverfahren vermittelt wird. Die Psychotherapie-Ausbildung darf aber nicht in ein Universitätsstudium hineingepresst werden, auch da die Kapazitäten nicht ausreichen, um 3 bis 5 Jahre Psychotherapie-Ausbildung zusätzlich in ein nur zwei Jahre dauerndes Masterstudium zu transformieren, zumal der Numerus clausus zeigt, dass gar keine freien Kapazitäten vorhanden sind.

Wenn Psychotherapie mehr ist als Wissenschaft, dann kann die Universität nicht der Ort ihrer Ausbildung sein, da WissenschaftlerInnen nur Wissenschaft vermitteln können. Gute Psychotherapie-LehrerInnen dagegen sind PsychotherapeutenInnen, die in Praxis oder Klinik den psychotherapeutischen Beruf ausüben und langjährige Erfahrung haben. Ein guter Ort des Lernens von Psychotherapie ist deshalb nicht der Hörsaal oder Seminarraum der Universität, sondern postgraduiert das Ausbildungsinstitut und die Institutsambulanz außerhalb der Universität – dort wo sich das Leben abspielt. Also: Die Universität vermittelt „breites“ Wissen über Psychotherapien, das Ausbildungsinstitut vermittelt hohe (nicht breite) spezialisierte Kompetenz und in der anschließenden Weiterbildung kann wieder „breite“ Zusatzqualifikation erfolgen: breit – hoch – breit.

Wir müssen zudem den Ausgang einer Jahre dauernden Wissenschaftsdiskussion abwarten, in deren Verlauf die einseitige Orientierung der klinisch-psychologischen ForscherInnen an wissenschaftshistorisch überholter quantitativer RCT-Forschung gelockert werden müsste. Denn diese ForscherInnen sind zu weit vom Wesen der Psychotherapie entfernt. Sie werden zwar benötigt, weil RCT-Studien letztlich auch benötigt werden – neben umfangreichen Feldstudien und qualitativen Studien. Aber sie sind eben von außen kommende PrüferInnen und nicht per se PsychotherapeutenInnen. Vielleicht entsteht nach anfänglichen Kämpfen eine gute Kooperation, die die Verbindung von Praxis und Wissenschaft auf eine neue konstruktive Ebene stellt, ohne dass eine Seite einen Führungsanspruch hat (vergl. Kanfer, 2014). Dies muss aber die Zukunft zeigen.

b) Ein weiteres Fazit ist, dass eine Pflicht-„Facharzt“-Weiterbildung mit jahrelanger Klinik Tätigkeit nach dem ärztlichen Bildungsmodell die für die Psychotherapie notwendigen Lernprozesse eher behindern würde. Was ein guter Weg für ÄrztInnen ist, ist kein guter Weg für PsychotherapeutenInnen. Lernen am Krankenbett ist nur eine von vielen didaktischen Vorgehensweisen. Die Klinik ist so sehr unter Versorgungsdruck bei immer kürzer werdenden Klinikaufenthalten, dass kein Personal, keine Energie und keine Zeit für Ausbildung bleibt. Den psychologischen WeiterbildungsassistentInnen

würde es nicht anders gehen als den heutigen PiAs. D. h., nur wenige werden eine tarifliche Bezahlung erhalten, die anderen bekommen keine Stelle, da die Kliniken nur wenige Stellen haben. Deshalb sollte Weiterbildung freiwillig bleiben und berufsbegleitend – auch um die Familienfreundlichkeit dieses Bildungsprozesses nicht weiter zu demontieren.

Zwischen den Zeilen wurde auch deutlich, dass das Bemühen, den ÄrztInnen ähnlich zu werden, zugleich heißen würde, weniger PsychotherapeutIn zu bleiben.

Gleich viel wert sein, ohne gleich werden zu müssen wie diejenigen, deren Status man anstrebt, ist vielleicht besser für ein gutes Gefühl zur eigenen Identität und birgt mehr Chancen für den letzten Schritt der Emanzipation. Mit Selbstbewusstsein einen jungen spezialisierten Heilberuf ausfüllen, der mehr ist als Wissenschaft und in diesem Spezialgebiet mehr ist als Arztsein. Und aus diesem Selbstbewusstsein heraus das fordern, was der hohen Kompetenz gemäß ist, einer unvergleichlich hohen und spezialisierten Kompetenz – dank postgraduierter Ausbildung in einem anerkannten Ausbildungsinstitut.

Literatur

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

Beutler L.E., Harwood T.M. (1995): Prescriptive therapies. *Applied and Prevention Psychology* 4, S. 89–100

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

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

Castonguay L.G. & Beutler L.E. (2006). Preface. In L.G. Castonguay & L.E. Beutler (Eds.), *Principles of Therapeutic Change that Work* (p. v). Oxford: Oxford University Press.

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

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

Dewey J. (2001): *Die Suche nach Gewissheit: Eine Untersuchung des Verhältnisses von Erkenntnis und Handeln*. 3. Auflage. Berlin: suhrkamp

Feyerabend P. (1977): Wider den Methodenzwang. Skizze einer anarchistischen Erkenntnistheorie. Frankfurt: Suhrkamp

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

Grawe K., Bernauer F., Donati R. (1994). Psychotherapie im Wandel. Göttingen: Hogrefe

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

Hannan C., Lambert M.J., Harmon C., Nielsen S.L., Smart D.W., Shimokawa K. & Sutton S.W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 155–163.

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

Heuermann H. (2000): Wissenschaftskritik. Konzepte – Positionen – Probleme. Tübingen: A. Francke Verlag

Hill C., Castonguay L.G. (2013): Korrektive Erfahrungen in der Psychotherapie., In: Znoj H., Berger T. (Hrsg.): Die Kunst und Wissenschaft in der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe, S.141–152

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

Hutterer-Krisch R. (1996): Fragen der Ethik. In: Hutterer-Krisch R., Kriz J., Parfy E., Margreiter U., Schmetterer W., Schwentner G. (1996) Psychotherapie als Wissenschaft – Fragen der Ethik. Wien: Fakultas S. 208–335

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

Jaeggi E. (2002): Kritische Psychologie und Kritik der Psychologie – eine Übersicht. In: *Journal für Psychologie* 10 (2002), 3, 305–314.
URN: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ss0ar-28078>

James W. (2006): Pragmatismus und radikaler Empirismus. Berlin: Suhrkamp

Kanfer F.H. (2014): Past, Presence and Future of self management therapy. Interview with Serge Sulz 2002. *European Psychotherapy* 12 (im Druck)

King M., Sibbald B., Ward E., Bower P., Lloyd M., Gabbay M. et al. Randomised controlled trial of nondirective counselling, 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*. 2000; 4 (19): 1–83.

Kolster W. (2011): Eine Kritik der Wissenschaft aus der Anerkennung der Wahrnehmung als Wissen. Berlin: Duncker & Humblot

Krause R., Steimer-Krause E., Merten J. & Ullrich B. (1998). Dyadic interaction regulation emotion and psychopathology. In: W. Flack & J. Laird

(Eds.), *Emotions and Psychopathology: Theory and Research*. Oxford: University Press, S. 70–80.

Kriz J. (1996): Grundfragen der Forschungs- und Wissenschaftsmethodik. In: Hutterer-Krisch R., Kriz J., Parfy E., Margreiter U., Schmetterer W., Schwentner G. (1996) *Psychotherapie als Wissenschaft – Fragen der Ethik*. Wien: Fakultas S. 15–160

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

Kriz J. (2007): Wie evident ist Evidenzbasierung? Vortrag auf der Klausurtagung der Westfälischen Akademie für Suchtfragen am 13. Februar 2007 in Münster

Kriz J. (2010): Was leistet das Psychologiestudium und was fehlt ihm im Hinblick auf eine psychotherapeutische

Ausbildung und Tätigkeit? *Psychotherapeutenjournal* 2/2010 S. 130–140

Kriz J., Lück H.-E. & Heidbrink H. (1996). *Wissenschafts- und Erkenntnistheorie. Eine Einführung für Psychologen und Humanwissenschaftler* (3. Auflage) Opladen: Leske + Budrich.

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

Lee A. (2006) *Process contracts*. In C. Sills (ed.) *Contracts in Counselling and Psychotherapy*. (74–86). London: Sage

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

Lonka K. (2001): The Helsinki 2000 Curriculum: Challenges and Solutions in Transforming a Traditional Curriculum into Problem-Based Learning. In: Mandl H. (Hrsg.): *Lernmodelle der Zukunft am Beispiel der Medizin*. Akad. für Politik und Zeitgeschehen

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

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

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

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

Mertens W. (2012): *Psychoanalytische Schulen im Gespräch*. Band 3. Bern: Huber

Metzger W. (1968): *Psychologie*. 4. Auflage. Darmstadt: Steinkopf-Verlag

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

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

Nestoriuc Y., Berking M., Rief W. (2012): Psychotherapieforschung. In: Berking M., Rief W. (Hrsg.): *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Band II Therapieverfahren*. Berlin: Springer S. 165–180

Peirce Charles Sanders (2002): *Das Denken und die Logik des Universums: Die Vorlesungen der Cambridge Conferences von 1898*. Berlin: Suhrkamp

Popper Karl (2013): *Logik der Forschung*. München: Oldenbourg Verlag

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

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

Reiter L.U. Steiner E. (1996): *Psychotherapie und Wissenschaft*. In: Pritz A. (Hrsg.), *Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen*. Wien/New York: 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, S. 22–31

Schiepek G., Sulz S. (2010): Selbstorganisation und psychische Entwicklung. In: Sulz S., Höfling S. (Hrsg.): *... und er entwickelt sich doch. Entwicklung durch Psychotherapie*. München: CIP-Medien S. 147–168

Schön D.A. (1983): *The Reflective Practitioner. How Professionals think in Action*. New York: Basic Books

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

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

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

Seligman M.E.P. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy. *Amer. Psychologist*, 50, 965–974

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

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

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

Stiles W.B. & Wolfe B.E. (2006). Relationship factors in treating anxiety disorders. In: L.G. Castonguay & L.E. Beutler (Eds.), *Principles of Therapeutic Change that Work* (155–165). Oxford: Oxford University Press.

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

Tryon G.S. & Winograd G. (2002). Goal consensus and collaboration. In: J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: Oxford University Press. 109–125

Wallner F. (1992): *Konstruktion der Realität. Von Wittgenstein zum Konstruktiven Realismus*. Wien: WUV

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

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

Westmeyer H. (1980): Zur Paradigmadiskussion in der Psychologie. In: Michaelis W. (Hrsg.), *Kongressbericht DGPs* S. 115–126

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

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

Znoj H. (2013): Heaven's Gate nach der kognitiven Wende: Sind wir mit emotionszentrierten Ansätzen endlich im Psychotherapiehimmel angekommen? In: Znoj H., Berger T. (Hrsg.): *Die Kunst und Wissenschaft in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe, S. 13–40

Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft

– Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?

Herausgeber: Serge K. D. Sulz

Gestaltung: Julian Sulz

Druck und Bindung: BoD

ISBN: 978-3-86294-026-4

© 2014, Die Autoren,

Serge K. D. Sulz ,

CIP-Medien

CIP-Medien

Nymphenburger Str. 155

80634 München

www.cip-medien.com

Bezugsquelle:

Herold Verlagsauslieferung, Raiffeisenallee 10, 82041 Oberhaching

p.zerzawetzky@herold-va.de, Tel. 0 89-61 38 71 24, Fax 0 89-61 38 71 55 24

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.

Dieses Buch warnt davor, wie schnell die hoch kompetente Spezialisierung der Psychotherapeuten verspielt werden kann, es zeigt auch wie diese für die Zukunft gerettet wird: Wissenschaft steht im Dienst der Psychotherapie, sie ist nicht ihr Herr und Eigentümer. Ergebnis des Forschungsgutachtens ist: Die Ausbildungsinstitute machen ihre Arbeit gut. Vor übertriebenem Reformeifer und vor zu rigorosen Umstülpungen der Psychotherapie-Ausbildung wird gewarnt. Das wissenschaftliche Procedere bei der Anerkennung von Psychotherapie-Verfahren ist kritikwürdig. Ist Evidenzbasierung ein Zauberwort oder eine leere Hülse? Und: Weshalb Psychotherapie mehr ist als Wissenschaft.

Der zweite Teil des Buches zeigt, dass die geplante Reform die Abschaffung des Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen mit eigener Approbation erzwingt; dass nicht bedacht wird, dass Psychotherapie sich nicht wie die Medizin in einem grundständigen Studium lehren lässt; dass Psychotherapie ein vorausgehendes möglichst gut auf die postgraduierte Ausbildung vorbereitendes Studium als akademische Basis braucht; dass klinikerinterne Weiterbildung zu einem Flaschenhals und zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung führt und finanziell nicht machbar ist.

In diesem Buch steckt viel Spannendes und Erhellendes, viel Kontroverses und zum Widerspruch Reizendes. Wenn es dazu beitragen kann, die Zukunft der Psychotherapie in Deutschland zum Wohle der PatientInnen, die Psychotherapie brauchen, besser zu machen oder eine Verschlechterung zu verhindern, dann hat es sich gelohnt.