

# Von der Psychotherapie- Wissenschaft zur Kunst der Psychotherapie

---

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

Herausgegeben von Serge Sulz

## **Preview Inhalt**

Seite 04–05	Inhalt
Seite 07–17	Vorwort
Seite 44–52	Was wirkt in der Praxis der psychotherapeutischen Patientenversorgung?
Seite 90–91	Psychotherapeuten sollten zu Experten ausgebildet werden
Seite 114–125	Psychotherapeuten sollten zu Experten ausgebildet werden
Seite 140–145	Von der Psychotherapie-Wissenschaft zur Kunst der Psychotherapie
Seite 153–172	Ist das Gehirn der PsychotherapeutIn vor dem EST-Manual-Training eine tabula rasa? Von impliziten Theorien, Intuition und Erfahrungswissen
Seite 192–201	Der wissenschaftliche Zugang der Hermeneutik zur Psychotherapie
Seite 320–332	Das Studium der Psychotherapie-Wissenschaft
Seite 333–335	Mängelliste 1: Approbationsordnung und Psychotherapeutengesetz-Reform und die Versäumnisse des BMG
Seite 458–463	Praktische Ausbildung im Direktstudium der Psychotherapie-Wissenschaft
Seite 464–467	Autorenverzeichnis

**TEIL I****GUTE PSYCHOTHERAPIE**

- 01  
Psychotherapie als Profession  
Aus der Einleitung zum gleichnamigen Buch von 1999  
*Michael B. Buchholz* **25**
- 02  
Was wirkt in der Praxis der  
psychotherapeutischen Patientenversorgung?  
Auf dem Weg zu einer echten Partnerschaft  
zwischen Psychotherapeuten und Wissenschaftlern  
*Drew Westen* **44**
- 03  
Psychotherapeuten sollten zu Experten  
ausgebildet werden  
*Rainer Sachse* **90**
- 04  
Von der Psychotherapie-Wissenschaft  
zur Kunst der Psychotherapie  
*Serge Sulz* **140**
- 05  
Der wissenschaftliche Zugang der Hermeneutik  
zur Psychotherapie  
*Hans-Joachim Hannich* **192**

**TEIL II****GUTE PSYCHOTHERAPIE-AUSBILDUNG**

- 06  
Die Vielfalt nutzen  
Versuch der Methodenintegration als Merkmal  
moderner Verhaltenstherapie Ausbildung  
am Beispiel der AKJP Ausbildung in Osnabrück  
*Martin Brentrup & Josef Könning* **213**
- 07  
Selbsterfahrung für Kinder-  
und Jugendlichenpsychotherapeuten  
Berufsbezogene Selbsterfahrung in der AKJP-Ausbildung an der  
Akademie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Osnabrück  
*Bernhard Kleining* **232**

- 08 Keine Approbation ohne Behandlungskompetenz  
Kunst-Handwerk lernt man nicht im Hörsaal  
*Florian Sedlacek* **266**
- 09 Qualifizierte Psychotherapie  
für Kinder und Jugendliche  
*Alfred Walter* **276**
- 10 Psychotherapeutische Hochschulen  
Sind die heutigen Ausbildungsstätten  
auch heilberufliche Hochschulen neuen Typs?  
*Hamid Peseschkian* **304**
- 11 Das Studium der Psychotherapie-Wissenschaft  
Qualitätskriterien und Mängelliste  
*Serge Sulz* **320**
- 12 Die Psychotherapie-Weiterbildung  
Qualitätskriterien und Mängelliste  
*Serge Sulz* **336**

## **ANHANG**

- Das neue Gesetz als Bundespsychotherapeutenordnung  
dgkjpj-Vorschlag für ein neues Psychotherapeutengesetz  
*Serge Sulz* **361**
- Die Approbationsordnung für PsychotherapeutInnen  
dgkjpj-Vorschlag für eine neue Approbationsordnung  
*Serge Sulz* **392**
- Weiterbildungsordnung für PsychotherapeutInnen  
dgkjpj-Vorschlag für die künftige Weiterbildung  
*Serge Sulz* **416**
- Praktische Ausbildung im Direktstudium  
der Psychotherapie-Wissenschaft  
Alternative zum DGPs-Entwurf  
*Serge Sulz* **458**

# Vorwort des Herausgebers

Psychotherapie liegt im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Kunst. Welcher Wissenschaft und welcher Kunst kann eine der Fragen sein, die sich gleich stellen. Aber auch die Frage, ob es eine eigenständige Psychotherapie-Wissenschaft gibt, die abgrenzbar ist von Psychologie, Medizin oder Pädagogik.

Wittchen und Rief (2015) bezeichnen in ihrem Editorial zur Zeitschrift Verhaltenstherapie die Psychologie als die „Mutterwissenschaft“ der Psychotherapie. Das ist verständlich, da sie Psychologen sind, die sich in Klinischer Psychologie spezialisiert haben und in dieser sich weiter spezialisiert haben zur Psychotherapie hin. Für sie ist Psychotherapie ein Teilbereich der Klinischen Psychologie und diese ein Teilbereich der Psychologie. Das kann man gelten lassen für die Psychologische Psychotherapie, aber auch hier nur für die Psychologische Psychotherapie von Erwachsenen und nicht für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und nicht für die psychodynamisch bzw. psychoanalytische Psychotherapie und auch nicht für die ärztliche Psychotherapie.

Wir sehen, dass schon eine der ersten Fragen weniger wissenschaftsinhärente als berufspolitische Assoziationen wachruft. Entsprechend dürfen wir auch keine wissenschaftliche Antwort erwarten, wie auf viele nachfolgende Fragen.

Dieses Editorial verrät aber noch mehr. Es wird festgestellt, dass die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland schlecht sei und dass die Wissenschaft das ändern könne („insgesamt unbefriedigende Situation der Psychotherapiepraxis“). Auch seien Psychotherapien „oftmals länger als notwendig“. Es folgt die Klage, dass PraktikerInnen „sich nicht ausreichend an empirischen Gesetzmäßigkeiten“ orientieren. Es bestehe bei den PraktikerInnen eine „fehlende Bereitschaft, Neues aufzugreifen.“

Dies entspricht der Perspektive dessen, der im Besitz der Wahrheit ist, der am richtigen Ort ist, der weiß wie die Welt (nicht) funktioniert und wie sie optimal funktionieren würde, wenn man auf ihn hören würde. Er blickt auf diejenigen, die nicht gut funktionieren, die nicht hören und wissen wollen,

wie die Welt wirklich funktioniert, die nicht wissbegierig sind und nicht lernbereit. Eine ähnliche Perspektive kann der Prediger einnehmen oder der Schutzmann oder Eltern. Jedenfalls ist es eine höhere Warte, ein Selbstdefinition von Superiorität, auf den weniger Klugen, weniger Wissenden herabsehend.

Allein schon, dass von dieser hohen Warte aus zu den PraktikerInnen gesprochen wird, macht diese nicht motivierter. Dabei gibt es kaum einen Beruf, indem mehr Fortbildungsbereitschaft und lebenslange Neugier auf Neues vorhanden ist. Die Klagen und Vorwürfe treffen also nur zum Teil zu. Trotzdem ist es richtig, dass PraktikerInnen „empirischen Gesetzmäßigkeiten“ misstrauen. Dabei wäre es eigentlich Aufgabe der WissenschaftlerInnen, der Empirie zu misstrauen und sie immer wieder auf den Prüfstand zu stellen – nicht nur die Forschungsgegenstände, sondern auch ihre Forschungsparadigmen. Dass sie das zu wenig tun, beklagen wiederum die PraktikerInnen, die fordern, Forschungsergebnisse mit ausreichender externer Validität zu liefern statt EST-EBP-Ergebnisse, denen sie kaum Aussagekraft für die klinische Versorgungsrealität zuschreiben.

Des Weiteren beklagen PraktikerInnen, dass WissenschaftlerInnen bei sehr geringer eigener praktischer Erfahrung die Praxis der Psychotherapie lehren wollen. Sie halten umgekehrt deren Wissenschaftsbetrieb für insgesamt unbefriedigend und führen das auf die fehlende Bereitschaft der WissenschaftlerInnen zurück, Neues aufzugreifen wie qualitative und Feld-Forschung, statt im veralteten hoch quantifizierten RCT-Labor-Paradigma à la Pharmakologie-Forschung stecken zu bleiben.

Dem zitierten Editorial folgen in der genannten Zeitschrift nur Beiträge, die diese Aussagen untermauern – also keine Vielfalt von Sichtweisen, kein Disput. Das vorliegende Vorwort wiederum führt auch nur in die Lektüre von Beiträgen ein, die die Gegenseite der Universitätspsychologie vertreten. So wird auch wieder nur gegeneinander gesprochen bzw. geschrieben und das Gespräch miteinander bleibt aus.

Dabei wird der/die Scientist-PractitionerIn als Brücke zwischen Wissenschaft und Praxis von beiden Seiten beschworen. Beide Seiten nehmen diese Position für sich in Anspruch, der Gegenseite vorhaltend, entweder halt nur Scientists oder

halt nur Practitioner zu sein – jeweils von sich überzeugt, den anderen heftig kritisierend und immer wieder auch abwertend. Dabei haben die Scientists einen Platzvorteil, weil sie freieren Zugang zu den Fachmedien haben und die Practitioner gegen deren Sprachgewalt und wissenschaftliche Bildung nicht ankommen.

Weshalb ist ein Dialog nicht möglich? Die PraktikerInnen werfen den WissenschaftlerInnen vor, dass diese nicht bereit sind, ihre Wissenschaftlichkeit in einem Gespräch mit PraktikerInnen zum Thema zu machen, sondern nur über die Mängel der psychotherapeutischen Praxis sprechen wollen.

Allerdings geht es nicht nur um den Gegensatz zwischen den psychologischen WissenschaftlerInnen und den psychotherapeutischen PraktikerInnen. Es geht auch um eine wissenschaftliche Gegenseite, vertreten durch WissenschaftlerInnen, die seit vielen Jahren versuchen, einen Dialog herzustellen über die Öffnung der Forschungsmethodik, wie er in den USA teils intensiv schon lange im Gang ist. Diesen GegnerInnen der herrschenden Forschungsströmung soll hier das Wort gegeben werden wie schon im vorausgehenden Buch „Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft“ (Sulz, 2014).

Die dort und in diesem Buch geübte Wissenschaftskritik (durch WissenschaftlerInnen) ist ein Nebenprodukt der Diskussion um die Übergabe der Psychotherapie-Ausbildung an die Universitätspsychologie, deren VertreterInnen von sich behaupten, dass sie ausreichend Praxis vermitteln bzw. dass so viel praktische Ausbildung gar nicht erforderlich ist wie PraktikerInnen fordern. Sie sind überzeugt, dass in einem fünfjährigen Direktstudium, das mit 18 Jahren gleich nach dem Abitur begonnen wird, alles Nötige gelernt werden kann, was in der klinischen Praxis als Behandlungskompetenz in einem Heilberuf benötigt wird. Dass dabei keinem/keiner Patienten/-in leibhaftig in der professionellen Behandlerrolle gegenübergestanden wurde, dass also keine eigene Behandlung unter Supervision stattfand (als StudentIn auch nicht darf) und dass keine wirkliche Selbsterfahrung stattgefunden hat, ist für sie kein Mangel. Sie setzen Psychotherapie und Wissenschaft gleich und dadurch behalten sie in ihrer Denkweise recht. So lange sie ihre Prämissen nicht in Frage stellen, bestätigen sie sich mit ihrer Logik.

Ihre Argumentation ist dabei widersprüchlich. Einerseits setzen sie Medizin und Psychotherapie gleich, andererseits denken sie nicht daran, das künftige Studium der Psychotherapie-Wissenschaft ebenso praxisorientiert (bis zu 50 % Praxis-Lernen) und so umfangreich (über sechs Jahre) wie das Medizinstudium zu gestalten.

Nur wer der Vermutung nachgeht, dass Psychotherapie mehr ist als Wissenschaft (Buchholz, 1999) oder gar Psychotherapie für Expertentum oder Kunst hält, muss dabei den Kopf schütteln (Sachse et al., 2014).

Der Begriff der Approbation war lange Zeit für PsychologInnen ein Fremdwort, das nur mit der Medizin zu tun hat. Seit 1999 ist sie das angestrebte Ziel der Psychotherapie-Ausbildung. Wenn nun bereits am Ende des Direktstudiums diese Berechtigung zur Ausübung von Heilkunde am kranken Menschen erteilt wird, so müssten die Verantwortlichen einen Sinn für diese Berechtigung haben – dem Schutz der PatientInnen dienend. Denn StudienabsolventInnen haben noch keine heilberufliche Behandlungskompetenz und die PatientInnen sind überhaupt nicht vor ihnen geschützt. Aber hier sind die psychologischen und ärztlichen Denkwelten noch sehr verschieden.

Warum sollten aber Universitäts-Ärzte MedizinstudentInnen zu approbierten ÄrztInnen ausbilden können und Universitäts-PsychologInnen nicht nicht Psychologie-StudentInnen zu approbierten PsychotherapeutInnen? Erstens ist Psychologie kein Heilberuf und zweitens arbeiten ÄrztInnen in der Universitätsklinik 40 Stunden in der Woche als BehandlerIn und weitere 20 Stunden als WissenschaftlerIn. Dagegen arbeiten Universitäts-PsychologInnen 40 bis 60 Stunden in einer theoretischen Einrichtung und höchstens 5 Stunden als BehandlerIn. Sie sind also nicht per se erfahrene PsychotherapeutInnen, sondern üben Psychotherapie nebenberuflich aus, wodurch sie erst nach vielen Jahren ausreichend Erfahrung sammeln können, um SupervisorInnen werden zu können. Dadurch sind sie nicht geeignet, den praktischen Teil der Psychotherapie-Ausbildung zu vermitteln und dadurch können sie auch nicht gewährleisten, dass das Direktstudium zu Recht zur Approbation führt.

Was Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen als Skandal und absolute Unverantwortlichkeit nennen, entspringt einer ebenso falschen Selbsteinschätzung. Obwohl Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (vor allem psychodynamisch) stets ein Stiefkind der Universitätspsychologie war und sowohl die Personalausstattung an habilitierten ForscherInnen als auch der Umfang an Forschungsaktivitäten in den nächsten fünfzehn Jahren (so lange dauert es bis genügend viele ausgebildete Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen promoviert, geforscht und habilitiert haben) hinreicht, um in diesem Bereich lehren zu können, besteht die felsenfeste Überzeugung, das zu können – ab sofort. Wie komplex der Beruf des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-in ist und wie komplex diese Ausbildung ist, scheint bislang nicht erfasst worden zu sein. Sonst würde niemand den Mut aufbringen, dies zu behaupten.

Wie ein siegreicher Feldherr wird Bundesminister Gröhe sich rühmen können, Burgen und Schlösser erfolgreich geschleift und dem Boden gleich gemacht zu haben, um auf diesem Boden die Zelte seiner Heerscharen zu errichten. Dass hier eine Kultur vernichtet wird und ein historischer Rückschritt erheblichen Ausmaßes erfolgt, nimmt über dem Siegestaumel keiner wahr. Wann gab es jemals eine politisch wirksame Lobby für Kinder und erst recht für psychisch erkrankte Kinder?

Wenn Psychologische PsychotherapeutInnen 1999 nach zwanzigjährigem Kampf ihren Beruf gesetzlich schützen konnten, so bedeutete dies für nicht wenige erst einen halben Sieg. Sie wollten in jeder Hinsicht gleichberechtigt sein mit den ÄrztInnen (Status, Rechte, Einkommen), FachärztInnen werden ohne Medizinstudium. Dass gleich viel wert sein auch möglich ist, ohne gleich zu werden, konnten sie nicht glauben. Als Hindernis für ihre Ziele sahen sie genau dieses Gesetz, das sie erkämpft hatten. Also musste ein Grund gefunden werden, es zu ändern. Den gab es mit der Abschaffung des/der Diplom-PsychologIn durch die Bologna-Reform. Es war unklar, ob der Bachelor oder der Master dem Diplom entspricht. Und die unbezahlte Ausbeutung von PsychotherapeutInnen im Praktikum in Kliniken gab erst recht einen wirksamen Hebel zum Sturz des Gesetzes. Die AusbilderInnen,



die inzwischen auf fünfzehn Jahre erfolgreiche hochqualifizierte Psychotherapeutenausbildung zurückblicken konnten, waren fassungslos, dass sie abgeschafft werden sollten, trotz bester Ergebnisse – ersetzt durch eine Ausbildung, die aus ihrer Sicht einen qualitativen Absturz unvergleichlichen Ausmaßes bedeutet – sowohl der Ausbildung als auch der PatientInnenversorgung. Es sei denn, die AusbilderInnen waren im Herzen noch die Statuskämpfer aus der alten Zeit geblieben. Dann siegte ihr PsychologInnenherz über ihr PsychotherapeutInnenherz. Dass dies bei vielen der Fall war, zeigte samt äußerst kluger Beeinflussung durch den damaligen Präsidenten der Bundespsychotherapeutenkammer die Zweidrittelmehrheit bei der Abstimmung des 25. Deutschen Psychotherapeutentags.

Die dgkjp (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Familientherapie) spricht bezüglich der Reform des Psychotherapeutengesetzes sogar von Enteignung: „Das BMG nimmt den erfahrenen PsychotherapeutInnen die Ausbildung weg und gibt sie der Universitätspsychologie. Das ist Enteignung. Und quasi Verstaatlichung. Beteiligung der Wissenschaft wäre dagegen eine gleichberechtigte gemeinsame Gestaltung der Ausbildung.“ (aus einem öffentlichen Brief an die Psychotherapeutenkammern, 2015).

Sie beklagt nicht nur den aus ihrer Sicht rücksichtslosen Umgang mit der Kindertherapie bei der Planung eines Direktstudiums, in das die Kindertherapie einfach reingepackt werde, statt dafür ein eigenes Studium zu konzipieren. Sie weist auch darauf hin, dass die nach dem Ende des Studiums beginnende Weiterbildung von den Kammern so konstruiert ist, dass kein systematischer Lernprozess möglich ist – im Erwachsenenbereich nicht und erst recht nicht im Kinder- und Jugendbereich. Denn die Kliniken haben weder die personellen, noch strukturellen noch finanziellen Ressourcen, um eine auch nur annähernd so qualifizierte systematische Aus- und Weiterbildung anzubieten, wie sie gegenwärtig in den Ausbildungsinstituten stattfindet. Da Psychotherapien wenn irgend möglich ambulant stattfinden sollten und da in den kurzen Verweildauern der PatientInnen in den Kliniken eine reguläre Psychotherapie nicht möglich ist, kann dort

auch keine Psychotherapie gelernt werden, auch wenn die stationäre Tätigkeit psychotherapeutisch ist. Es wird zwar therapeutische Erfahrung in die spätere ambulante Praxis mitgenommen, aber keine systematische Ausbildung in ambulanter Psychotherapie. Zudem hemmt der Zwang zur Ganztätigkeit die Familienplanung erheblich.

Bisher fand ein großer Teil der Ausbildung berufsbeleitend statt, so dass kein Flaschenhals an Arbeitsstellen entstehen musste wie es künftig der Fall sein wird. Es müssen 5000 Klinikstellen vorgehalten werden, wenn der Bedarf an PsychotherapeutInnen gedeckt werden soll (bei 2500 Abschlüssen pro Jahr und zwei Jahren Klinikfähigkeit). Da dies nicht realisierbar ist, da weder der Staat noch die Krankenkassen die finanziellen Mittel dafür aufbringen, werden viele AbsolventInnen keine Stelle bekommen können. Wer aber ein so spezialisiertes Studium absolviert hat, kann nichts anderes in seinem Fach tun. Es ist dann für viele ein Verlust der Berufsfreiheit wie bei LehrerInnen, denen der Staat zwar einen Studienplatz aber danach keine Stelle zur Verfügung stellt. Stattdessen resultiert Arbeitslosigkeit – und das bei einem Studienfach, bei dem man den höchsten Numerus clausus erwarten darf.

Ob mit 18 bis 23 Jahren (während des Direktstudiums) die nötige menschliche Reife und Erfahrung vorhanden ist, um ein tieferes Verständnis für Schicksal und Leid der PatientInnen haben zu können, das über das angeeignete Wissen hinaus geht, sei dahin gestellt. Psychotherapie ist auch in dieser Hinsicht nicht vergleichbar mit Medizin.

Damit vereint dieses Buch eine Kritik der reinen Wissenschaft (der Psychotherapie) mit einer Kritik der reinen Ordnungspolitik des Bundesministeriums für Gesundheit BMG und der Psychotherapeutenkammern.

Ob die europaweit und vermutlich weltweit beste Psychotherapie-Ausbildung bei Erscheinen des Buches schon zu Grabe getragen sein wird, ist unklar: Je nachdem wie gut die fleißigen Beamten des BMG mit dem neuen Gesetz vorankommen, das von ihrer Seite aus als Revolution bezeichnet wurde – was zeigt, dass ganz offen an ein Begräbnis gedacht wird.

Ob dieses Vorwort sich als Grabrede eignet, mögen die Leserin und der Leser beurteilen, zumindest diejenigen, die zur Trauergemeinde gehören werden.

Zum Schluss noch einige Zitate von Psychotherapie-WissenschaftlerInnen.

## **Zitate**

„Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft.“ (Buchholz, 1999)

„Psychotherapy is an art and a science. It is a science because therapeutic techniques should be empirically supported and rooted in falsifiable models of the psychological problem that is being treated. Psychotherapy is also an art because these techniques need to be applied flexibly and creatively to a specific person.“ (Hofmann & Weinberger, 2013, S. 17)

„Curiously, many of these unlicensed researchers\* are developing new treatments and are instructing the next generation of clinical practitioners.“ (Anderson (2000) in Soldz & McCullough, S. 85)

\*ForscherInnen ohne ausreichende Praxiserfahrung

„Most of the leading journals in clinical psychology are edited by researchers who do not themselves practice, and regardless of their explicit attitudes, their implicit attitudes toward practice are manifest in [...] and on how clinicians should replace their foolish folk ways with researchers' empirically supported but clinically often naive notions about how people who do practice should think, about, access, and treat patients ...“ (Westen (2013) in Hofmann & Weinberger, S. 5).

„Psychotherapie-Ausbildung sollte nicht ausschließlich an Universitäten stattfinden. Dozenten, die an Universitätsinstituten tätig sind, sind (mit einigen Ausnahmen!) überwiegend in theoretischer und empirischer Forschung tätig: Sie sind damit ganz unbestritten Experten für Theorie und Experten

für Forschung. Sie sind jedoch nur selten ebenfalls Experten für die Praxis von Psychotherapie: Sie weisen meist nur relativ wenig Praxiserfahrung und auch wenig Erfahrung als Supervisoren auf.“ (Sachse et al. (2014) in Sulz, S. 28)

„Aber die Kritik des medizinischen Modells in der Psychotherapieforschung geht weiter. Während sich die Pharmaforschung auf die rationale Analyse begrenzen kann, reicht das für Erfassung und Heilung psychischer Probleme nicht aus. Die besinnungslose Reduktion auf das Messbare ist eine unzulässige Verkürzung der Kartografie menschlicher Probleme, und die Rückbesinnung auf das Subjektive als den Ursprung von Erkenntnissen erscheint unvermeidbar.“ (Revenstorf (2014) in Sulz, S. 149)

„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“ (Seligman, 1997, S. 271).

„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, S.17)

„Wir wollen uns im Folgenden mit der bislang wenig beachteten Frage befassen, wie es dazu kommen konnte, dass in der modernen Wissenschaft nicht der Gegenstand die Methode, sondern umgekehrt die Methode den Gegenstand bestimmt, allerdings nicht den naiven, vorwissenschaftlichen, sondern den eigentlichen, den wissenschaftlichen Gegenstand.“ (Fischer, 2011, S. 34)

„nur etwa 4 % aller ambulant und stationär erbrachten Dienstleistungen dem Anspruch auf belastbare Evidenz genügen, 45 % genügen einfacheren Evidenzkriterien und für den ‚Rest‘ (rechnerisch 51 %) gibt es heute keine wissenschaftliche Evidenz“ (SVR, 1999, S. 79).

(SVR = Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in einem Bericht über das Ausmaß an Evidenzbasierung in der Krankenbehandlung)

„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.“ (Stricker (2013) in Hofmann & Weinberger, S. 97)

\*Erläuterung: Interne Validität steht für den derzeitigen goldenen Standard der Therapieforschung: Evidenzbasierung und RCT-Forschungsdesign (EST = Empirically Supported Therapies, EBP = Evidence Based Practice). Externe Validität steht für Feldstudien ohne randomisierte Kontrollgruppen, aber auch für klinische Erfahrung ohne empirische Absicherung.

„Gut zwei Jahrzehnte nach Einführung von EbM durch die Gruppe um David Sackett, werden die eindringlichen

Warnungen des Gründers (z. B. Sackett et al., 1996) ignoriert und oft eine entstellte Form, die lediglich RCT-Studien berücksichtigt, irreführend als „EbM“ ausgegeben.“ (Kriz, 2014, in Sulz, S. 180.)

(EbM oder EBM = Evidence base Medicine = EBP = Evidence Based Practice)

„Insgesamt gesehen ist das Ausmaß an methodischem Unverständnis und faktischem Missbrauch der guten Idee von „Evidenzbasierung“ [...] derart gravierend, dass EbM daher für die Bewertung von Psychotherapie sehr kritisch gesehen werden muss.“ (Kriz, 2014, in Sulz, S. 181)

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

und

„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.“ (Fiedler, 2012, S. 160)

„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“. (Buchholz, 2000, S. 14)

## 02 Was wirkt in der Praxis der psychotherapeutischen Patientenversorgung?

*Auf dem Weg zu einer echten Partnerschaft zwischen  
Psychotherapeuten und Wissenschaftlern*

Drew Westen

Die heutige Zeit ist die wohl erbittertste zwischen TherapeutInnen und WissenschaftlerInnen in der Geschichte unseres Fachbereichs. Die Beziehung zwischen diesen beiden Gruppen war noch nie einfach und allgemein auf beiden Seiten durch das Gefühl der Überlegenheit sowie gelegentliche Sticheleien in der Öffentlichkeit gekennzeichnet. Aktuell wirken jedoch dreierlei Faktoren zusammen, die das Wesen dieser Beziehung verändern.

Zum einen ist da die Allgegenwart der geführten Versorgung, die für die psychische Gesundheit eine Katastrophe darstellt. Zwar ist diese Steuerungsmethode in vielen Bereichen der Medizin problematisch, in der Psychologie und Psychiatrie richtet sie jedoch aufgrund der unausgesprochenen Haltung unserer Kultur gegenüber seelischen Erkrankungen besonderen Schaden an. Treten beispielsweise bei einem/einer PatientIn mit einer Herzerkrankung Schwierigkeiten bei der Behandlung seiner Symptome auf, wird er/sie keinesfalls auf die Straße gesetzt. Schizophrenie-PatientInnen ergeht es da ganz anders – sie haben sich schlichtweg das falsche Organ für ihre Erkrankung ausgesucht.

Der zweite Faktor, der das Verhältnis zwischen TherapeutInnen und WissenschaftlerInnen verändert, ist die Kapitalisierung der akademischen Welt. Sie spiegelt die enorme Bedeutung der Erfassung indirekter Kosten im Zusammenhang mit Forschungsgeldern für die Universitäten wider. Üblicherweise liegen diese bei 50 bis 70 Cent pro Forschungsdollar, den ein Fakultätsmitglied erhält, was für Universitäten einen enormen (und verständlichen) Anreiz für die Auswahl

von WissenschaftlerInnen, die zahlreiche Zuschüsse erhalten, schafft. Hierdurch verschiebt sich die Priorität der im Zusammenhang mit Entscheidungen zu Beschäftigungsdauer und Einstellung auftretenden Fragen von der Qualität des Denkens und Forschens hin zur Quantität des Geldes. Dennoch stellen Forschungsdollar natürlich oftmals einen sinnvollen Näherungswert für die Bestimmung der Qualität von Wissenschaft dar ( $r = 0,40$ ).

**1.** Die Vergabe von Forschungsgeldern auf Bundesebene in den Vereinigten Staaten (bzw. staatlichen Fördergeldern in anderen Ländern) hat die methodische Stringenz der psychologischen und psychiatrischen Forschung zweifelsohne stark verbessert. Gleichzeitig setzt die Verlagerung von der Vergabe von Stipendien zur Beantragung von Fördergeldern als primärer Index für Prestige und Leistung auf unserem Fachgebiet dem kreativen Denken, unterschiedlichen Sichtweisen, vor allem aber der klinisch geprägten Forschung sehr enge Grenzen, da WissenschaftlerInnen keine Zeit mehr auf die Praxis „verschwenden“ können, wenn sie Drittmittelanträge schreiben, sich um die Bezahlung von MitarbeiterInnen kümmern und kontinuierlich fließende Forschungsgelder sicherstellen müssen (um das ungenutzte Verstreichen von Förderzeiträumen zu verhindern, müssen diese ständig überwacht werden).

**2.** Durch den Vorrang des Finanzierungsbedarfs wurde in der klinischen Psychologie zudem mehr Wert auf das Tun als auf das Denken gelegt (siehe Wachtel, 1973), wodurch die Gewichtung der Reflexion, die einst durch den Doktor der Philosophie (Ph. D.) gegeben war, minimiert wurde – insbesondere die Reflexion über die eigenen Annahmen und Meta-Annahmen. Ich vermute, Kuhns Beschreibung des Würgegriffs der Paradigmen wissenschaftlicher Prozesse (1962) wäre noch düsterer ausgefallen, wenn er eine Zeitgeschichte der Psychotherapieforschung geschrieben hätte. Heutzutage hängt eine akademische Stelle, die Verhandlung des Gehalts (oder überhaupt ein Gehalt zu bekommen, nachdem hartes Geld an medizinischen Hochschulen nahezu abgeschafft wurde und Wissenschaftler dazu gedrängt werden, sich bei ihrer



Forschung auf das zu konzentrieren, was ihre KollegInnen für wichtig halten) und nahezu alles, was für eine akademische Karriere wichtig ist, davon ab, ein Komitee vom Wert der eigenen Ideen und Methoden zu überzeugen.

Nachdem ich in vielen Komitees dieser Art sowohl als dauerhaftes als auch als kurzzeitiges Mitglied mitgewirkt habe, kann ich den guten Willen, die Integrität, den gesunden Intellekt und die Wissensbasis der überwältigenden Mehrheit der GutachterInnen bestätigen. Ich kann jedoch auch die konservativen Neigungen bestätigen, die sich ungewollt in den Begutachtungsprozess einschleichen können, wenn innovative Forschungsvorhaben mit dem business-as-usual verglichen werden. Innovative Vorhaben sind per definitionem riskant. Sie wenden weniger altbewährte Methoden an, die Auszahlungsmatrizen sehen anders aus – insbesondere große Gewinne, wenn sie erfolgreich sind, und große Verluste (Verschwendung von Zeit und Fördergeldern), wenn sie es nicht sind. Diese Auszahlungsmatrizen rufen mit großer Wahrscheinlichkeit bei zumindest einem der drei oder vier Gutachter Besorgnis hervor, die einstimmig den Verdiensten des Vorhabens zustimmen müssen, damit in Anbetracht der knappen Mittel eine vernünftige Aussicht auf Forschungsgelder besteht, was Ermahnungen zur Vorsicht, Bedenken bezüglich möglicher Abweichungen von Standardmethoden und die Suche nach fatalen Schwachstellen zur Folge hat. Dieses Problem wird in der Psychotherapieforschung verstärkt, wo nahezu alle Komiteemitglieder von den gleichen methodischen und theoretischen Annahmen ausgehen – schließlich wurden sie alle von einem System gefördert, das zugunsten dieser Annahmen auswählt – wodurch eine Sachlage entsteht, die all jene Konditionen verletzt, die wissenschaftliche Methoden zweckmäßiger machen als klinischer Konsens oder Gutachten.

Der dritte Faktor, der die Gestaltung der Beziehung zwischen TherapeutInnen und WissenschaftlerInnen beeinflusst, ist die Bewegung der evidenzbasierten Praxis (EBP) in der Medizin, die im Prinzip ein wesentlicher Schritt nach vorne war, in Wahrheit aber ein zweifelhaftes Vergnügen

ist. In der Psychologie wurde die EBP bis zum Erscheinen einer neuen Grundsatzklärung der American Psychological Association (APA Task Force on Evidence Based Practice, 2006), die, wie ich hoffe, die Modalitäten der Debatte in positiver Weise umgestalten wird, ausschließlich für die Anwendung in randomisierten klinischen Studien (RTC) getesteter manualisierter Kurzzeittherapien operationalisiert. Obwohl die Anwendung der Methoden klinischer Studien wie nachstehend beschrieben eine wesentliche Komponente der EBP ist, ignoriert die Vermutung, dass empirisch gestützte Therapien (EST) dieser Art die Grundlage für die Praxis bilden, nicht nur die Ideen, das Trial-and-Error-Prinzip (und somit die operante Konditionierung technischer Strategien) und das prozedurale Wissen, das aus jahrelanger klinischer Praxis erwächst, sondern, was ebenso wichtig ist, degradiert de facto die Grundlagenforschung (z. B. in Bezug auf Kognition, Emotion, interpersonelle Fähigkeiten, Überzeugung, implizierte Prozesse usw.) als irrelevant für die EBP.

Das Zusammenspiel dieser Faktoren hat auf unserem Fachgebiet dazu geführt, dass viele WissenschaftlerInnen TherapeutInnen und die klinische Praxis nicht nur abwerten, sondern auch versuchen, den TherapeutInnen vorzuschreiben, wie sie praktizieren sollen. Die meisten der führenden Fachzeitschriften in der klinischen Psychologie werden von WissenschaftlerInnen herausgegeben, die nicht selbst praktizieren. Unabhängig von ihrer expliziten Haltung wird ihre unausgesprochene Haltung gegenüber der Praxis offenkundig durch Gastbeiträge und Sonderrubriken über Fehler in der klinischen Beurteilung (ohne entsprechende Artikel über Fehler bei der Beurteilung der Forschung, die nach meiner Erfahrung gleichermaßen von Bedeutung sind) und darüber, wie TherapeutInnen ihre törichten traditionellen Vorgehensweisen ersetzen sollten durch die empirisch gestützte, aber in klinischer Hinsicht oft naive Vorstellung der WissenschaftlerInnen davon, wie Menschen, die tatsächlich praktizieren, über PatientInnen denken, sie beurteilen und behandeln sollten (z. B. Garb, 2005; Widiger & Tull, 2005).

**3.** Mit einer Handvoll Ausnahmen wird die klinische Ausbildung aus den Top-Studienprogrammen der klinischen Psychologie zunehmend verdrängt, was für BewerberInnen mit primär klinischem Interesse eine eindringliche Ermahnung ist, sich nicht zu bewerben. In der Tat empfehle ich unseren intelligentesten Studierenden mit der größten Sozialkompetenz (d.h. denjenigen, die erfahrungsgemäß und mit großer Wahrscheinlichkeit die besten TherapeutInnen werden) hier an der Emory University (GPA über 3,7, GRE im Bereich von 700, Schwerpunkt psychologische Wissenschaft und Methodik), die Forschung wertschätzen, aber in erster Linie klinische Psychologie praktizieren möchten, folgendermaßen vorzugehen, um geeignete Graduiertenprogramme ausfindig zu machen: Beschaffen Sie sich die nationalen Rankings der klinischen Psychologie-Studienprogramme des U.S. News and World Report, streichen Sie die ersten 25 mit einem großen X durch und schauen Sie sich die Webseiten der nächsten 25 an. Ich empfehle Ihnen auch, einen Blick auf Beratungsprogramme, die sich durch eine gute Mischung aus Forschung und Praxis auszeichnen und eine Reihe theoretischer Perspektiven bieten, sowie die Psy. D.-Programme mit dem höchsten Dozierenden/Studierenden-Verhältnis und der niedrigsten Quote an Bewerberzusagen zu werfen.

Diese Empfehlung entspringt einer traurigen Erfahrung. Ich kann nicht mehr zählen, wie oft ich von herausragend intelligenten Studierenden aus einigen der landesweit besten klinischen Psychologie-Studienprogramme gehört habe – einschließlich jener Studierenden, die zunächst eine akademische Laufbahn beabsichtigten, dann aber die klinische Arbeit vorzogen – dass sie ihr klinisches Interesse „verstecken“ mussten oder sich von ProfessorInnen beschämt und zurückgesetzt fühlten, die darüber sprachen, wie töricht TherapeutInnen seien und dass eine Laufbahn als TherapeutIn für eine/n HochschulabsolventIn ein Misserfolg sei.

**4.** Ironischerweise bestand der Haupteffekt dieses „Klinizismus“ (Westen & Weinberger, 2004) – der abwertende Blick auf TherapeutInnen und die klinische Praxis – darin, dass sich die klinisch talentiertesten Studierenden letztendlich

für solche klinischen Psychologieprogramme entschieden, die den geringsten Schwerpunkt auf die Wissenschaft legen. Sie lernten zunehmend Studienangebote zu vermeiden, in denen ihre Interessen – einschließlich ihrem Interesse an der wissenschaftlich geprägten Praxis – womöglich nicht willkommen sind. Zu diesem Zweck existieren nach wie vor Boulder-Model-Programme. Nach meiner Schätzung ist jedoch die Korrelation zwischen nationalen Rankings (die zum großen Teil die Rentabilität von Forschung und Fördergeldern widerspiegeln, wozu sie größtenteils, aber nicht ausschließlich dienen sollten) und dem Wert, der auf klinische Erfahrung gelegt wird, sehr negativ, zum Teil aufgrund der begrenzten täglichen Stundenzahl (für Studierende und DozentInnen) und zum Teil aufgrund einer wachsenden Klasse akademischer TherapeutInnen, die stark negative Vorurteile gegenüber TherapeutInnen und klinischer Arbeit hegen (und diese stillschweigend vermitteln, auch wenn sie sie explizit verleugnen).

Ich sollte vielleicht gleich von Anfang an sagen, auf welche Seite ich in diesem nicht ganz so zivilisierten Krieg stehe. Ich bin Vollzeitakademiker. Von den ca. 60 Wochenstunden, die ich ohne meine Familie verbringe, widme ich ungefähr 20 fachlichen und administrativen Pflichten (Gestaltung des Studienprogramms, Beurteilung von Manuskripten und Forschungsmittelanträgen, Unterrichten, Teilnahme an Meetings usw.), ungefähr 35 verwende ich auf das Forschen und Schreiben und ca. 5 auf die klinische Praxis. Beängstigend daran ist, dass ich mit meiner Anzahl von Praxisstunden unter den akademischen klinischen PsychologInnen im oberen Perzentilbereich liege.

Ich möchte hinzufügen, dass ich in Bezug auf TherapeutInnen keine Illusionen habe; ich sehne mich auch nicht nach der „guten alten Zeit“ zurück, als lediglich ein oder zwei HochschullehrerInnen in einigen der angesehensten klinischen Psychologie-Studiengängen des Landes (z. B. an der Universität Michigan, wo ich promoviert habe) wussten, dass Regression eine statistische Methodik ist (und nicht nur ein psychoanalytisches Konstrukt). Auch wenn die Forschungsergebnisse erkennen lassen, dass die meisten in der ambulanten

und stationären Versorgung tätigen TherapeutInnen bei ihren PatientInnen gut abschneiden (siehe Wampold, 2001), würde ich meine PatientInnen nur zu ganz wenigen KollegInnen überweisen. Viele TherapeutInnen halten zudem nicht Schritt mit den wissenschaftlichen Entwicklungen, die für ihre PatientInnen hilfreich sein könnten.

Als AkademikerInnen tun wir jedoch wenig, um unsere Artikel in wissenschaftlichen Fachzeitschriften und ganz besonders in den Vorzeige-Journals unseres Fachgebiets für TherapeutInnen zugänglich oder nutzbar zu machen, was meiner Meinung nach in vieler Hinsicht erklärt, warum TherapeutInnen nicht lesen, was wir zu sagen haben. Einer der wichtigsten Schritte, die wir unternehmen könnten, um die Wissenschaft der Praxis näher zu bringen, wäre, es der Fachzeitschrift *Science* gleich zu tun: sie stellte einen kompetenten „zweisprachigen“ Psychologen ein (d. h. einen, der weiß, wie man Forschung betreibt, gleichzeitig aber auch praktiziert – ich kenne einige solcher Leute), der in regelmäßigen Abständen Artikel schreibt, die sich sprachlich an TherapeutInnen wenden, die mit den neusten Entwicklungen der Strukturgleichungsmodelle nicht Schritt halten können, um die klinischen Auswirkungen ausgewählter Artikel aus jeder Ausgabe des *Journal of Consulting and Clinical Psychology* und des *Journal of Abnormal Psychology* vorzustellen, miteinander zu verknüpfen und hervorzuheben.

**5.** Die Veröffentlichung von Übersichtsartikeln in angesehenen Journals über die törichten Fehler der TherapeutInnen, der Verweis in unserer Literatur auf die Arbeit nicht ausreichend qualifizierten und überlasteten Personals in psychiatrischen Zentren als praxisübliche Behandlung oder Behandlung in der ambulanten und stationären Versorgung und das eifrige Verweigern eines Vergleichs unserer akademischen Behandlungsmethoden der Wahl mit denen erfahrener TherapeutInnen senden eine klare Meta-Botschaft an TherapeutInnen bezüglich der Haltung der akademischen Gemeinschaft klinischer PsychologInnen ihnen gegenüber und sabotieren jegliche Bemühung, relevante Forschungsergebnisse unter den praktizierenden TherapeutInnen zu

verbreiten (Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2005). Diese Methoden strafen auch eine Mutmaßung Lügen, die ich für ernsthaft falsch halte, nämlich, dass Innovationen von unten nach oben (von der Praxis in die Wissenschaft) in der Wissensentwicklung der klinischen Wissenschaft wenig Platz haben (siehe Westen & Weinberger, 2005).

Meine Erfahrung während Veranstaltungen mit einer klinischen Zuhörerschaft zeigt jedoch, dass die meisten TherapeutInnen tatsächlich begierig sind, mehr über neue Daten und neue Methoden zu erfahren, die ihnen bei ihren PatientInnen helfen könnten, insbesondere bei PatientInnen, die auf ihre üblichen Methoden nicht ansprechen oder schwer zu behandeln sind – solange ich ihre Kenntnisse und Probleme respektiere, mit denen sie durch reale PatientInnen konfrontiert sind. Wahrscheinlich habe ich bei Vorträgen und Workshops mehr Exemplare von *Anxiety and Its Disorders* (2002) von Dave Barlow verkauft als irgendjemand anderer außer Dave Barlow, insbesondere wenn ich mit psychodynamisch ausgerichteten TherapeutInnen spreche, die ansonsten vermutlich nicht mit Forschungsergebnissen zur kognitiver Verhaltenstherapie (CBT) bei Panikstörungen in Kontakt gekommen wären.

Wie meine Kollegen und ich an anderer Stelle dargelegt haben (Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2005), würden die meisten TherapeutInnen gerne eine Partnerschaft mit WissenschaftlerInnen eingehen, um in einem wechselseitigen Ideenaustausch zu erfahren, was für ihre PatientInnen am hilfreichsten wäre. Sie legen jedoch keinen Wert darauf, Dissemination zu betreiben und wollen dieser auch nicht ausgesetzt sein, erst recht nicht durch Besserwisser, die noch nicht einmal eine Zulassung haben. Ich vermute, WissenschaftlerInnen würden es auch nicht gut aufnehmen, wenn sie sich von TherapeutInnen sagen lassen müssten, wie sie ihr Handwerk (das gleichermaßen eine Mischung aus kunstvollen Innovationen und strenger Beachtung wissenschaftlicher Methoden und Daten ist) ausüben sollen. Und zwar von TherapeutInnen, die seit ihrer Dissertation keine Studie mehr durchgeführt haben, aber denken, dass sich die Qualität

der Forschung verbessern würde, wenn von WissenschaftlerInnen verlangt würde, Manuale zu befolgen, die ihnen vorschreiben, wie komplexe wissenschaftliche Fragen angegangen werden sollen, mit denen sich die TherapeutInnen erfahrungsgemäß selbst nie befasst haben.

## **Das aktuelle Kapitel**

Kein/e vernünftige/r TeilnehmerIn an der derzeitigen Debatte über den Nutzen empirisch gestützter Therapien (EST) bestreitet den Wert randomisierter klinischer Studien (RCS) (Chambless & Ollendick, 2000; Norcross, Beutler & Levant, 2006; Wampold, 2001; Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004b; Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004b). Genau wie nichts so praktisch ist wie eine gute Theorie, ist auch nichts so kausal entscheidend wie ein gutes Experiment (oder genauer gesagt eine Metaanalyse einer Reihe solcher Experimente). Die Frage ist vor allem, inwieweit die bislang durchgeführten RCS die für die alltägliche klinische Praxis maßgeblichsten Probleme lösen können. In diesem Kapitel wird der Standpunkt diskutiert, dass die evidenzbasierte Praxis wie in allen Bereichen der Medizin auch in der Psychotherapie von größter Wichtigkeit ist und sich die Frage, wem womit geholfen ist, am besten anhand von Schlussfolgerungen beantworten lässt, die auf der Anwendung folgender Gestaltungsoptionen basieren: multiple Konzepte, u. a. herkömmliches Wirksamkeitsdesign (RCT), eher naturalistische Konzepte mit differentiell ausgewogener interner und externer Validität sowie Konzepte, die eine Identifizierung und Überprüfung in der ambulanten und stationären Patientenversorgung funktionierender Interventionsstrategien ermöglichen.

Im ersten Teil dieses Kapitels wird die Behauptung aufgestellt, dass die klinisch sensible, evidenzbasierte Praxis sowohl eine breitere Wissensbasis in Bezug auf die Grundlagenforschung erfordert als auch den Schwerpunkt stärker auf das durch klinische Erfahrung und das Trial-and-Error-Prinzip erworbene prozedurale Wissen legen muss, als dies

# 03 Psychotherapeuten sollten zu Experten ausgebildet werden

Rainer Sachse

## 1 Die Situation

Die Politik und die Universitäten planen eine „Direkt-ausbildung“. Ein solcher Plan wird sehr wahrscheinlich zu einer gravierenden Veränderung der Psychotherapie-Ausbildung führen. Aus diesem Anlass ist es sinnvoll, einmal grundlegend zu reflektieren, wozu denn Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PTh) ausgebildet werden sollten und wie eine Psychotherapie-Ausbildung grundsätzlich gestaltet werden sollte.

Auf der Grundlage solcher Überlegungen kann man dann ein vorgelegtes Ausbildungskonzept danach beurteilen, ob es geeignet erscheint, derartige Ziele auch zu erreichen.

## 2 Die Ausbildungsziele

Bezüglich der Ausbildungsziele kann man eine Prozessebene und eine Inhaltsebene unterscheiden.

Die „Prozessebene“ gibt an, was die Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten (ABK) an „psychologischen Kompetenzen“ lernen sollten, damit sie in der Lage sind, den Therapieprozess in Echtzeit zu verstehen und zu steuern.

Die „Inhaltsebene“ definiert, was die ABK an psychotherapeutisch relevanten Inhalten lernen sollten.

Auf beide Ebenen soll hier eingegangen werden.

## 3 Prozessebene

Auf einer „Prozessebene“ kann man für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PT) ein eindeutiges Ausbildungsziel definieren:



PT müssen zu psychotherapeutischen Experten werden und eine Psychotherapie-Ausbildung muss sicherstellen, dass Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten (ABK) zu solchen Experten werden können.

Daher möchte ich mich demgemäß mit zwei Fragen befassen:

- Was ist Expertise und was macht Expertise so wichtig?
- Welchen Prinzipien muss eine Ausbildung folgen, damit ABK zu Experten werden können?

## **4 Was ist Expertise und was macht Expertise so wichtig?**

### **4.1 Was ist Expertise?**

Ganz allgemein definiert ist „Expertise“ ein bestimmter psychischer Zustand einer Person, der sich durch besonderes Wissen, besondere Fähigkeiten und Fertigkeiten, besondere Kompetenzen auszeichnet und der die Person in die Lage versetzt, Aufgaben und Probleme in einem bestimmten Leistungsbereich, in einer speziellen „Leistungs-Domäne“ besonders schnell, besonders sicher und besonders effektiv auszuüben.

„Expertise“ definiert sich damit durch besondere Kompetenzen in bestimmten Tätigkeitsfeldern, aufgrund derer die Personen, die eine solche Expertise aufweisen, besonders effektiv Informationen verarbeiten, besonders effektiv relevantes Wissen abrufen und verwenden und besonders effektiv handeln können. Walter Kintsch hat (auf einer Tagung über therapeutische Informationsverarbeitung in Grindelwald) Expertise knapp operational definiert: „An expert is a person who does the right things at the right time. But it takes 10 years of hard training to become an expert.“

Ericsson (2006a, S. 3) definiert: „Expertise then refers to the characteristics, skills, and knowledge that distinguish experts from novices and less experienced people.“

Die Fähigkeiten und Fertigkeiten, die Experten auszeichnen und die sie von Anfängern („Novizen“) unterscheiden, sind in sehr vielen Studien untersucht worden,

ändern, sondern wenn ein Therapeut komplexe, verzweigte Strategien entwickelt, und wenn die Strategien Angaben darüber enthalten, was zu tun ist, wenn Prozessschwierigkeiten auftreten. Damit überblickt ein Therapeut dann weite Handlungsräume, kann sehr flexibel auf Probleme reagieren und kann sich auch hoch souverän dem Klienten gegenüber verhalten.

**3.** Der Therapeut muss im Hinblick auf längerfristige Ziele aus dem Verstehen aktueller Inhalte und aktueller Bearbeitungen des Klienten Interventionen realisieren, die der Klient verstehen und umsetzen kann und die in der Lage sind, den Bearbeitungsstand des Klienten effektiv zu fördern. Dabei muss der Therapeut die Interventionen immer so realisieren, dass der Klient sie leicht verstehen und umsetzen kann.

**4.** Der Therapeut muss unter Beibehaltung strategischer Ziele in der Lage sein, flexibel auf Probleme auf der Mikro-Ebene von Therapie zu reagieren: Zeigt ein Klient aktuell Vermeidung, muss ein Therapeut jetzt aktuell damit konstruktiv umgehen können; wird durch eine Intervention ein hoch affektives Schema aktiviert und der Klient gerät in einen hoch affektiven Zustand, dann muss der Therapeut diesen handhaben können.

**5.** Therapeuten müssen in der Lage sein, schwierige Interaktionssituationen von Klienten erfolgreich zu handhaben (Sachse, 1999b, 2001, 2003, 2004a): Traurigkeit, Wut, Kritik am Therapeuten, aber auch interaktionelle Tests, Manipulationsversuche usw. Zur Bewältigung dieser Situationen müssen sie Kompetenzen aufweisen, die ihnen im Bedarfsfall zur Verfügung stehen.

### **13 Therapeuten müssen Psychotherapie-Experten sein**

Vergleicht man die Analyse der Anforderungen, die die Therapiesituation an den Therapeuten stellt mit den Fähigkeiten und Fertigkeiten, die Experten aufweisen, dann erkennt man eine extrem hohe Übereinstimmung: Genau das, was Therapeuten in einer Therapiesituation können müssen, um den hohen Anforderungen gerecht werden zu können,

genau das können Experten! Aber es können auch nur Experten: Personen, die Novizen sind oder Personen, die z. B. mangels Training keine hohe Expertise entwickelt haben (obwohl sie u. U. schon lange in dem Arbeitsbereich arbeiten!), weisen die notwendigen Fertigkeiten und Fähigkeiten erkennbar nicht auf! Es ist deutlich, dass Therapeuten die Anforderungen nur dann effektiv bewältigen werden können, wenn sie z. B.

- Informationen schnell verarbeiten können;
- Informationen effektiv verarbeiten können, also schnell relevante von irrelevanten Informationen unterscheiden können;
- schnell relevantes Wissen aktivieren und auf aktuelle Klienten-Informationen beziehen können;
- schnell relevante Spuren erkennen und verfolgen können;
- effektive Modelle (mit Hilfe relevanten Wissens) über den Klienten bilden können;
- in der Lage sind, Klienten gut zu verstehen und zwar was Inhalte, Bearbeitung und Beziehung betrifft;
- in der Lage sind, Informationen parallel und automatisiert zu verarbeiten;
- in der Lage sind, in einem wissensbasierten, intuitiv-holistischen Modus zu verarbeiten;
- über sehr gute, gut verfügbare Handlungsstrategien verfügen,
- die sie sowohl stringent verfolgen, als auch flexibel variieren können.

Anfänger (Novizen) verfügen jedoch (was natürlich nicht verwunderlich ist) über diese Fähigkeiten, meiner Ausbildungs- und Supervisionserfahrung nach, so gut wie gar nicht. Anfänger

- können nur sehr schwer erkennen, welche Information relevant ist und welche nicht, sie halten im Therapieprozess sehr oft Informationen für relevant, die sich aber als bedeutungslos herausstellen;
- lassen sich oft durch irrelevante Spuren in die Irre führen;
- überlasten sehr oft ihren Arbeitsspeicher durch irrelevante Informationen, indem sie versuchen, „alle“

Informationen zu verarbeiten, sich nicht trauen, Informationen zu selektieren und indem sie einfach nicht erkennen, welche Information wirklich relevant ist;

- können sich nur auf einen Aspekt konzentrieren: Entweder auf einen Inhaltsaspekt oder auf einen Bearbeitungsaspekt oder auf einen Beziehungsaspekt. Damit übersehen sie aber sehr viel an sehr relevanter Information;
- können nur linear, sequentiell-analytisch, aber gar nicht intuitiv-holistisch verarbeiten oder sie produzieren (wenn sie es dennoch versuchen) „wilde Spekulationen“, die nichts mit den Daten zu tun haben (da ihre Intuition nicht wissensbasiert ist);
- können Klienten-Modelle nur langsam entwickeln und wenn, sind diese nicht gut organisiert;
- können nur schwer zwischen einem synthetischen und einem analytischen Modus hin und herschalten: Daher gibt es Situationen, in denen sie zwar den Klienten verstehen, aber nicht wissen, welcher Fragestellung sie nun folgen sollen;
- verstehen den Klienten oft nur oberflächlich: Sie haben extrem große Schwierigkeiten, die Implikation einer Annahme zu erkennen oder sie sind nicht in der Lage, aus Daten Schlussfolgerungen zu ziehen; daher sind sie auch kaum in der Lage, Explizierungen zu realisieren;
- können oft nicht einmal zwischen belegbaren Schlussfolgerungen und nicht-belegbaren Spekulationen unterscheiden; sie glauben manchmal sogar, die Tatsache, dass sie eine Idee haben, belege bereits deren Validität;
- haben Schwierigkeiten, Hypothesen zu bilden;
- haben Schwierigkeiten, diese „in der Schwebe zu halten“ und sie kritisch zu überprüfen; sie sind meist bei der Bildung von Hypothesen nicht mehr sensibel für widersprechende Daten und „kleben“ daher oft viel zu lange an falschen Hypothesen;
- können sehr oft keine Verbindung herstellen zwischen der theoretischen Definition eines Phänomens und den Indikatoren, an denen sich das Phänomen tatsächlich in der Realität zeigt: Sie wissen z. B., wie eine Störung im

DSM definiert ist und sie sehen, was der Klient tatsächlich sagt und tut, aber sie erkennen nicht, dass sich die theoretischen Aussagen auf die Daten beziehen lassen, da die Daten nicht genauso „daherkommen“ wie die theoretischen Definitionen! Dies ist meiner Erfahrung nach ein besonders gravierendes Problem von Novizen, das auch sehr deutlich zeigt, dass theoretisches Wissen ohne konkrete Übung und Anwendung in der Praxis allein gar nichts nützt!

– sie sind nur in der Lage, einer Strategie zu folgen, haben aber große Schwierigkeiten, auf der Mikro-Ebene flexibel auf aktuelle Probleme zu reagieren; aktuell auftretende Probleme wirken eher „verwirrend“, „störend“, „irritierend“ und machen die TherapeutInnen oft hilflos; „verzweigte Strategien“ kommen im Handlungsrepertoire der Novizen nicht vor; Anfänger können höchstens „einen Zug“ vorausdenken, längere Sequenzen können sie aber nicht mehr antizipieren;

– sie können gar nicht mit schwierigen Interaktionssituationen umgehen und reagieren darauf meist hilflos, chaotisch oder auch verärgert; bereits einfache Aufgaben (wie den Klienten „Psychotherapie zu erklären“), überfordert sie oft hoffnungslos.

## **14 Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten müssen durch Psychotherapie-Ausbildung zu Experten werden**

Da deutlich geworden ist, wie extrem wichtig eine hohe Expertise von TherapeutInnen im Therapieprozess ist, damit TherapeutInnen die hohen Anforderungen der therapeutischen Arbeit bewältigen können und da deutlich geworden ist, dass Anfänger diese nötige Expertise keineswegs aufweisen, folgt zwingend, dass man Anfänger zu Experten ausbilden muss, damit sie ihren Aufgaben als TherapeutInnen verantwortungsvoll nachgehen können. Eine ganz wesentliche Frage dabei ist aber: Wie macht man aus Anfängern Experten? Da ich dieser Frage in einer anderen Arbeit schon ausführlich nachgegangen bin (Sachse, 2006a), möchte ich hier nur die Essentials noch einmal kurz zusammenfassen:

**1.** Der zentrale Aspekt, der wesentlich ist, um aus einem Anfänger einen Experten zu machen, ist Training: Zwar muss eine Person sich theoretisches Wissen aneignen, doch genügt dieses allein in gar keiner Weise. Wissen muss immer wieder umgesetzt, geübt werden; Handlungen und Ergebnisse müssen reflektiert, erneut mit Wissen verbunden werden und das Wissen muss auf der Grundlage praktischer Erfahrungen neu bewertet und strukturiert werden. Personen müssen von Trainern im Hinblick auf ihr Handeln Feedback erhalten und müssen sich intensiv mit diesem Feedback auseinandersetzen.

Für die Therapieausbildung bedeutet das, dass man an Videomaterial trainieren muss, dass man therapeutische Situationen (sog. „Rollenspiele“, die aber keine „Spiele“, sondern therapeutische „Echt-Situationen“ sind) durchführen und sehr ausführlich mit differenziertem Feedback besprechen muss; dass man laufende Therapien auf Band aufnehmen und ausgiebig besprechen muss (Supervision), wobei der Supervisor ebenfalls ein sehr hohes Expertise-Niveau benötigt, damit die Auszubildenden von der Supervision überhaupt profitieren können!

**2.** Um Expertise zu erreichen, müssen spezifische Kompetenzen gezielt trainiert werden: Z. B. muss man trainieren, welchen Heuristiken man als TherapeutIn folgen sollte; woran man relevante Spuren erkennt; wie man belegbare Schlüsse aus Informationen zieht; wie man flexibel zwischen einem synthetischen und analytischen Modus hin und her schaltet; wie man Probleme antizipieren kann und welche Strategien man sich bereitlegen kann, damit fertig zu werden usw.

**3.** Ausbilder müssen sich klarmachen, welche theoretischen Kenntnisse und welche Kompetenzen TherapeutInnen als Experten tatsächlich benötigen und sollten diese gezielt vermitteln (Glaubt wirklich jemand allen Ernstes, Wissen über Physiologie oder Wissen über „Geschichte der Psychotherapie“ würde die Expertise von TherapeutInnen erhöhen? Warum also soll man dieses Wissen dann vermitteln? Wir vermitteln auch kein Wissen über Vergaser oder über schwarze Löcher im Universum!).

**4.** Expertise zu schaffen bedeutet auch, dass den Novizen alle Kompetenzen vermittelt werden, die sie brauchen.

Damit sollte man sie z. B. in Beziehungsgestaltung, in Verarbeitung, in der Bewältigung schwieriger Interaktionssituationen trainieren und nicht nur in der Durchführung von Manualen.

**5.** Wissen von Experten ist gut organisiert: D. h. auch, dass es in sich hochgradig schlüssig, integriert und verbunden ist. Damit ist es aber auch notwendig, den Novizen Wissen zu vermitteln, das in sich schlüssig und integrierbar ist und ihnen aktiv zu helfen, es zu organisieren, zu verbinden und zu integrieren: Diese Aufgabe kann man Anfängern keineswegs selbst überlassen!

**6.** Expertise baut sich auch nur dann auf, wenn ein Novize alle persönlichen Hindernisse beseitigt, die die Ausbildung von Expertise beeinträchtigen: Daher sind Selbsterfahrung und – gegebenenfalls – Eigothérapie notwendige Bestandteile der Bildung von Expertise!

Hat ein Novize Schwierigkeiten, sich mit Feedback auseinander zu setzen, weil er kritikempfindlich ist; fällt ein Novize immer wieder auf „Plausibilitätsfallen“ herein, weil er Informationen von Klienten aufgrund eigener Schemata für „plausibel“ oder „zwingend“ hält; zeigt ein Novize immer wieder „Resonanzeffekte“, weil er aufgrund eigener Schemata auf Klienten oder auf bestimmte Inhalte ärgerlich oder hilflos reagiert; glaubt ein Novize „schon alles zu können“ und setzt sich deshalb nicht ausreichend mit der Materie auseinander; verstrickt sich ein Novize ständig in „Autoritätskonflikte“, weil er Ausbilder als Rivalen, Gegner o. a. ansieht; meint ein Novize sich in Seminaren ständig profilieren zu müssen, anstatt sich mit dem Stoff auseinander zu setzen, dann sollte er diese Probleme erkennen und beseitigen: Denn setzt er sich nicht mit aller Energie und aller Motivation, die er aufbringen kann, intensiv mit dem Stoff auseinander, dann wird er niemals ein Experte, egal, wie viel Zeit er mit Psychothérapie verbringt!

## **15 Wie muss eine Psychotherapie-Ausbildung beschaffen sein, um Expertise zu gewährleisten?**

Aufgrund von Ergebnissen der Expertise-Forschung kann man angeben, wie eine Ausbildung gestaltet sein sollte, die in der Lage ist, Personen zu Experten auszubilden.

Rein theoretische Ausbildung ist zur Bildung grundlegender Wissensstrukturen wesentlich aber in gar keiner Weise ausreichend. Eine rein theoretische Ausbildung schafft zwar eine (notwendige) Wissensgrundlage, bewirkt aber nicht,

- dass Wissen sich anwendungsorientiert organisiert,
- dass Wissen „von Daten“ aus abrufbar wird,
- dass Wissen schnell verfügbar wird.

*Der alles entscheidende Teil der Ausbildung ist: reflektierte Praxis.*

ABK müssen trainieren, trainieren, trainieren:

- Sie müssen die Verarbeitung von Information trainieren: Trainieren, die vom Klienten einlaufende Informationen in Echtzeit zu verarbeiten. Das müssen sie an Audio-Material, Video-Material und als TherapeutIn in „Rollenspielen“ üben. Das müssen sie mit „echten Klienten“ üben unter Supervision und in ausführlichen Reflexionen.
- Sie müssen lernen, durch Trainings Paradigmen zu schaffen: Informationen nach Relevanz zu organisieren.
- Sie müssen systematisch die Anwendung von Heuristiken trainieren, Vorgehensweisen der Analyse und der Synthetisierung von Information; sie müssen trainieren, Klienten-Modelle in Echtzeit zu bilden, zu evaluieren und zu elaborieren.
- Sie müssen trainieren, welche Klienten-Handlungen, welche Klienten-Aussagen auf welche theoretischen Konstrukte hinweisen.
- Sie müssen lernen, die idiosynkratischen Aussagen des Klienten zu verstehen und in psychologische Konstrukte zu übersetzen (was tatsächlich sehr schwierig ist).
- Sie müssen lernen, Informationen auf verschiedenen



Ebenen schnell „parallel“ zu verarbeiten.

– Sie müssen lernen, Pläne zu entwickeln, mit Plänen flexibel umzugehen, Interventionen zu bilden und sie so zu realisieren, dass Klienten sie verstehen können.

Theoretisches Wissen muss auf konkrete Situationen beziehbar werden: Eine Ausbildung im DSM garantiert in gar keiner Weise, dass ein/eine TherapeutIn einen histrionischen Klienten erkennen kann, da sich Verhaltensweisen von Klienten nur selten nach den Beschreibungen des DSM richten: TherapeutInnen müssen lernen, wie sich Kriterien in der Praxis zeigen und das geht nur durch Anwendungstraining.

Das Umgekehrte gilt genauso: Eine rein praktische Ausbildung ohne die Ausbildung grundlegender Wissensstrukturen bewirkt zwar eine praktische Handhabung einzelner therapeutischer Maßnahmen bei genau vorgegebenen psychologischen Targets, aber vernachlässigt die Modellbildung und die Ausbildung von theoretischen Modellen, die dann top-down aktiviert werden können und entsprechende Transferleistungen ermöglichen. Wissen muss in der Praxis trainiert und die Praxis muss im Hinblick auf Wissen reflektiert werden: Immer wieder und wieder, sehr viele Stunden lang!

Um Wissen anwendbar, verfügbar und praxisrelevant zu machen, muss die Anwendung von Wissen auf die Praxis konkret trainiert werden: Verarbeitungs- und Handlungsprozesse müssen konkret trainiert werden, die praktischen Vorgehensweisen müssen unter Feedback-Bedingungen reflektiert werden, aus Fehlern und Erfahrungen müssen Schlussfolgerungen gezogen werden: Anwendbares Wissen entsteht nur über reflektierte Praxis, also durch konkretes, ausgewertetes Training (Ericsson, 2006a, 2006b; Ericsson et al., 1993; Koubek & Salvendy, 1991; Sonnentag, 1995, 1998; Turley & Bieman, 1995).

Die Fähigkeit, Schlüsse aus Daten auf Theorien und aus Theorien auf Daten zu ziehen, entsteht ebenfalls nur durch konkretes Verarbeitungs-Training, nicht durch reine Theorie-Vermittlung. Verarbeitungs- und Modellbildungsprozesse

müssen lange und intensiv trainiert werden, um Personen eine ausreichende Expertise zu vermitteln (Ericsson & Lehmann, 1996; Hoffman & Lintern, 2006; Proctor & Vu, 2006).

Auch die Fähigkeit, aus Modellen Entscheidungen für therapeutische Handlungen abzuleiten, Strategien zu bilden und Interventionen zu bilden und deren Effekte auf den Klienten zu überwachen und auszuwerten, bilden sich durch entsprechendes Training: Sie bilden sich keineswegs „automatisch“ durch Theorievermittlung (Ericsson, 2006a, 2006b; Ericsson & Lehmann, 1996; Gobet & Simon, 1996; Shanteau, 1992)!

Expertise zu erlangen bedeutet, genau diejenigen Kompetenzen zu erwerben, die man für das jeweilige Praxisfeld auch wirklich benötigt. Das bedeutet, dass didaktisch auch die tatsächlich relevanten Inhalte vermittelt werden und dass irrelevante Inhalte nicht vermittelt werden (Ericsson & Lehmann, 1996; Gobet & Simon, 1996; Shanteau, 1992). In theoretischen Prüfungen Wissen zu vermitteln, das kein/e erfahrene/r TherapeutIn hat oder braucht, ist kompletter Unfug (wie es heute aber geschieht!).

Daher sind DozentInnen und Ausbilder nötig,

- die über relevantes theoretisches Wissen verfügen
- und, vor allem, die über relevantes praktisches Wissen verfügen,
- sodass sie anwendungsorientiert und praxisorientiert ausbilden können.

Daher ist es unerlässlich, dass DozentInnen, die auf ein Praxisfeld vorbereiten, die Praxis und die Erfordernisse der Praxis sehr gut kennen: DozentInnen müssen ebenfalls Experten sein und das setzt voraus, dass sie über mindestens 10 Jahre reflektierte Praxiserfahrung verfügen (ca. 10.000 reflektierte Praxisstunden, vgl. Norman et al., 2006; Simon & Chase, 1973). Im Therapie-Ausbildungsfeld sind DozentInnen für den Praxisteil der Ausbildung (der mit Abstand der wichtigste Ausbildungsteil ist!) nicht denkbar, die selbst nur 3 bis 6 Klienten therapiert haben, die weit unter 3000 Stunden Therapieerfahrung und weit unter 500 Stunden Supervision liegen: Sie sind keine Experten und können ABK damit auch nicht zu Experten ausbilden!

Natürlich müssen DozentInnen auch über fundiertes theoretisches Wissen verfügen, um den angehenden TherapeutInnen eine theoretische Integration zu ermöglichen, sonst läuft die Ausbildung doch wieder auf einen „Koffer voller Tools“ hinaus: Praxis muss auf Theorie bezogen sein und durch theoretische Modelle integriert werden können.

Außerdem müssen die DozentInnen über die didaktischen Mittel wie Trainings, Analyse von Therapieprozessen auf Mikro-Niveau, Analyse von Audio- oder Video-Material usw. verfügen.

Expertise-Entwicklung bedeutet auch, dass Auszubildende alle relevanten Kompetenzen erlernen, die sie in ihrem Praxisfeld benötigen (Becker & Sachse, 1998; Ericsson & Lehmann, 1996; Sachse, 2007; Sachse & Rudolf, 2008). Damit reicht es nicht, Manuale zu lernen und die Kompetenz zu haben, mit Achse-I-Klienten umzugehen. Ein/e TherapeutIn muss in der Lage sein,

- ein gutes Klienten-Modell zu bilden, zu elaborieren, zu modifizieren und anzuwenden,
- in der Lage sein, einlaufende Informationen schnell und valide zu verarbeiten, Hypothesen zu bilden, sie in der Schwebe zu halten, sie zu modifizieren und zu verwerfen und zwar in Realzeit (was nur durch ausführliches und langes Training zu erreichen ist!),
- eine angemessene Beziehungsgestaltung zu Therapiebeginn und über die gesamte Therapie hinweg zu leisten,
- Strategien der Klärung, der Ressourcenaktivierung und der Bewältigung zu realisieren,
- Klienten angemessen zu motivieren,
- mit Vermeidungsverhalten von Klienten angemessen umzugehen,
- mit schwierigen Interaktionssituationen angemessen umzugehen,
- störungsspezifische Strategien für Achse-I-Klienten zu entwickeln bzw. umzusetzen,
- mit schwierigen Klienten wie psychosomatischen Klienten oder Sucht-Klienten therapeutisch zu arbeiten,

- mit persönlichkeitsgestörten Klienten konstruktiv Therapie zu machen, einschließlich Borderline-Klienten.

Eine Ausbildung sollte alle diese Inhalte vermitteln und zwar (wie oben ausgeführt) mit entsprechenden Trainings, um den Auszubildenden eine wirkliche Expertise zu ermöglichen (Ericsson & Lehmann, 1996; Gobet & Simon, 1996; Shanteau, 1992).

Um Experte zu werden, ist es wesentlich, dass Auszubildende ein einheitliches Konzept von Psychotherapie entwickeln: Sie sollen ein Rahmenkonzept entwickeln, in das sie verschiedene Inhalte sinnvoll integrieren können, denn sonst bildet sich kein organisiertes Netzwerk von Wissen.

Der Person einen „Koffer von Werkzeugen“ („Tools“) zu vermitteln, der keine Einheit bildet, macht sie noch lange nicht zu einem Experten (Hoffman & Lintern, 2006; Proctor & Vu, 2006). Denn Tools nützen nichts, wenn man

- ihre Handhabung nicht trainiert hat,
- wenn man nicht weiß, wann man welches Tool benutzt und welche Tools in welcher Reihenfolge Sinn machen.

Wiederum machen Tools keine Experten: Jeder kann ein Skalpell halten, aber nur wenige können damit Herzen transplantieren!

Man muss sich klarmachen: Die hohe Verarbeitungsgeschwindigkeit von Experten geht auf die gute und praxisrelevante Organisation von Wissen bei Experten zurück: Sind Elemente unverbunden und unintegriert, wird das die Verarbeitung stark beeinträchtigen und es wird die Personen darüber hinaus verunsichern.

Daher muss eine Ausbildung ein Rahmenkonzept von Psychotherapie vermitteln, unterschiedliche Ausbildungsinhalte und Seminare müssen inhaltlich aufeinander beziehbar sein und wenn unterschiedliche DozentInnen unterschiedliche Inhalte vermitteln, muss den Ausbildungsteilnehmern systematisch bei einer Integration geholfen werden. Somit reicht es auch nicht, wenn unterschiedliche Experten inkompatible Inhalte vermitteln: Daraus entsteht bei Auszubildenden kein integriertes Konzept, sondern eher ein Chaos.

AusbildungskandidatInnen Seminare über unterschiedliche Inhalte, aus unterschiedlichen theoretischen Konzepten zukommen zu lassen, ist keine Therapie-Ausbildung: Auch dann nicht, wenn die DozentInnen jeweils hochkarätig sind und Inhalte gut vermitteln!

Expertise baut sich am besten „von einem Kern“ aus zu komplexeren Strukturen hin auf. Didaktisch ist es sinnvoll, Ausbildungsteilnehmern zuerst Basis- oder Kernkompetenzen zu vermitteln und zwar gleich von Anfang an in einer Theorie-Praxis-Vermittlung, um dann Schritt für Schritt komplexe Kompetenzen aufzubauen.

Expertise im Bereich Psychotherapie bedeutet auch, dass man eigene Schemata, persönliche Hindernisse und Schwierigkeiten reflektiert und beseitigt. Daher ist Selbsterfahrung nicht ein überflüssiger oder gar „veralteter“ Teil der Ausbildung, sondern ein extrem wichtiger und unverzichtbarer Teil der Ausbildung (vgl. Fasbender, 2011; Schlebusch, 2011; Zimmermann, 2006). Und Selbsterfahrung (SE) darf sich auch nicht auf Aufgaben beschränken, wie man lernt, seinen Schlüssel nicht mehr zu verlegen, sondern SE muss sich auf relevante Schemata und Verarbeitungsprozesse beziehen.

## **16 Konsequenzen für eine qualitativ hochwertige Psychotherapieausbildung**

Aus den bisherigen Ausführungen lässt sich nun ableiten, wie eine qualitativ hochwertige Psychotherapie-Ausbildung im Prinzip aussehen müsste und wie sie nicht aussehen sollte, als eine Ausbildung, die Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten (ABK) zu „Experten für Psychotherapie“ macht und sie in die Lage versetzt, die Verarbeitungs- und Handlungsqualifikationen aufzuweisen, die man von Experten erwarten kann.

- Eine gut fundierte theoretische Ausbildung ist wichtig. ABK profitieren sehr davon, wenn sie wesentliche Grundlagen von Psychologie kennen und können: Sprachpsychologie, Kognitionspsychologie, Motivationspsychologie, Emotionspsychologie, Lernpsychologie,

## 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 (Kanfer, 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 (widerstreitende 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

## 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.

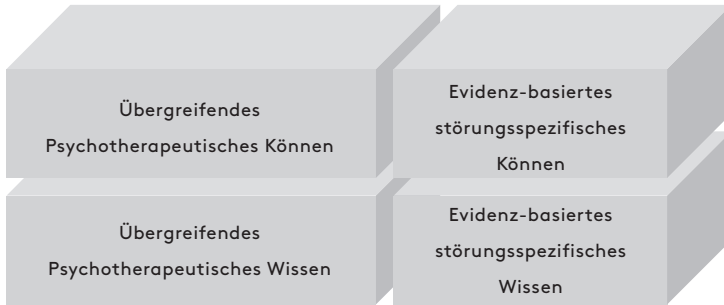


Abbildung 1: Komponenten psychotherapeutischer Kompetenz

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 überprüfaren 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 können 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 großenteils 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-sequentielles 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, Hinzu-fügen, Weglassen, Einfühlen, Reflektieren, Abstrahieren, Theoretisieren, Meta-Kommunizieren, Rückmelden, Erfragen, Bestätigen, Schützen, Fördern, Konkretisieren, Konfrontieren, Fordern, Verhandeln, Anbieten, Abgleichen, Festhalten, Beharren, Loslassen, Preisgeben, Zurücknehmen.

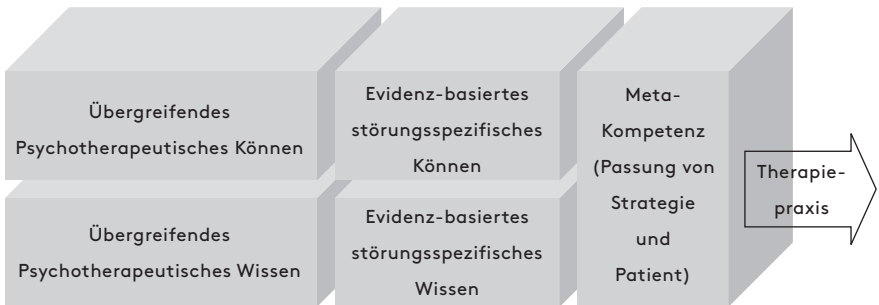


Abbildung 2: Psychotherapeutische Meta-Kompetenz

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

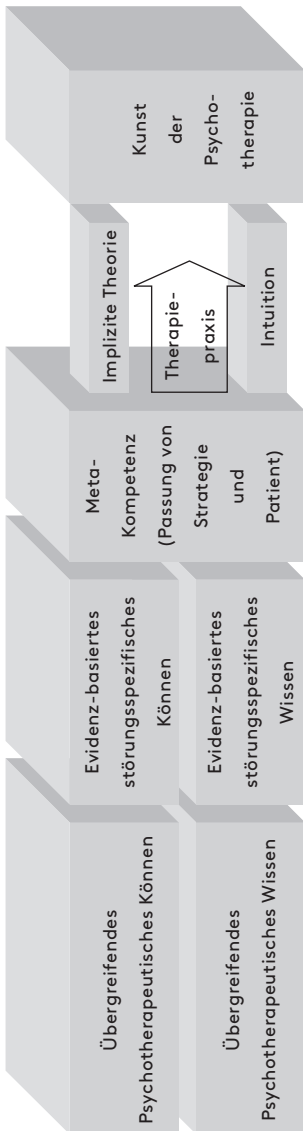


Abbildung 4: Psychotherapeutische Kunst

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.

# 05 Der wissenschaftliche Zugang der Hermeneutik zur Psychotherapie

Hans-Joachim Hannich

Im Kontext der Diskussion um die Ausbildung von PsychotherapeutInnen geht es nicht nur um die Festlegung, wie die Versorgungsqualität mit psychotherapeutischen Leistungen in Zukunft gewährleistet bleibt. Es geht auch um das Selbstverständnis von PsychotherapeutInnen als Profession. Durch Verkammerung und Anerkennung als akademischer Heilberuf sind auf dem Wege zur äußeren Professionalisierung bereits wichtige Schritte unternommen worden. Die Entwicklung individueller Professionalität und damit verbunden therapeutischen Könnens ist nur im Laufe der beruflichen Biographie zu erwerben. Es findet ein über die gesamte Zeit der Berufstätigkeit andauernder Lernprozess statt, in dem theoretisches Wissen und klinische Praxis miteinander abgeglichen werden. Auf diese Weise kann sich langfristig eine individuelle, wissenschaftlich fundierte psychotherapeutische Theorie menschlichen Handelns formen.

Die Aneignung von professionsspezifischem Wissen und Habitus erfolgt im psychotherapeutischen Praxisfeld. Deshalb ist zu fragen, durch welche Anforderungsstruktur die praktische psychotherapeutische Tätigkeit gekennzeichnet ist und welche Konsequenzen für das therapeutische Handeln daraus zu ziehen sind.

## 1. Strukturmerkmale des psychotherapeutischen Handelns

Als Voraussetzung für die Aufnahme einer Psychotherapie durch eine/einen PatientIn gilt in der Regel, dass

- die/der PatienIn unter seelisch bedingten Symptomen leidet, die sie/er nicht versteht und nicht willkürlich kontrollieren kann,
- sie/er keine Möglichkeiten mehr hat, sich aus eigener bewusster Anstrengung oder mit Hilfe anderer Quellen helfen zu können,



– sie/er sich abhängig von Hilfe fühlt und solche Abhängigkeit scham- oder schuldhaft bzw. als Scheitern verarbeitet (Sasse, 2011).

Gleichzeitig verbindet der/die PatientIn in Anlehnung an Wampold (2001) mit der Psychotherapie

- die Hoffnung auf Heilung, Besserung oder Milderung seines Leidens,
- die Erwartung eines plausiblen, wahrhaftigen Verständnisses für die Entstehung, Entwicklung und Veränderung der Symptomatik,
- die Sicherheit, dass der/die BehandlerIn hilft, schützt, unterstützt und nicht schadet,
- die Sicherheit, dass der/die TherapeutIn im Interesse des/der PatientenIn tätig wird,
- die Hoffnung, nach der Genesung nicht wieder an der gleichen Symptomatik zu erkranken bzw. prophylaktisch selbst wirksam sein zu können,
- die Erwartung auf annehmende Unterstützung, auf eine/n freundliche/n, zugewandte/n, taktvolle/n und nicht negativ bewertende/n, tadelnde/n oder strafende/n TherapeutIn.

Die/der PatientIn geht damit davon aus, dass die/der TherapeutIn über Expertenwissen, fachliche Kompetenz und die Fähigkeit zu sorgfältigem Handeln verfügt. Gleichzeitig wünscht sie/er sich menschliches Verständnis für ihre/seine Ängste und für weitere Nöte und Sorgen. Und er/sie setzt voraus, dass die/der PsychotherapeutIn qua ihrer/seiner Funktion die Bereitschaft besitzt, die Kenntnisse und Fertigkeiten in ihrem/seinem Falle zu ihrem/seinem Wohl einzusetzen. Entscheidend ist für sie/ihn die helfende Handlung, wodurch Heilung herbeigeführt wird. Im Zentrum der/des PatientIn steht somit das therapeutische Handeln als professionelles Geschehen.

Mit dem Primat der Praxis ähnelt das psychotherapeutische Vorgehen dem der/des somatischen Arztes/Ärztin, der/dem es primär nicht um das Verständnis von Krankheitsprozessen im Allgemeinen geht, „sondern um die Ermöglichung eines vernünftigen Handelns am individuellen Patienten“

(Rager, 1994, S. 18). Damit unterscheiden sich Psychotherapie und Medizin deutlich von anderen Wissenschaften, deren Ziel es ist, allgemeine Gesetzmäßigkeiten und Theorien über einen untersuchten Gegenstandsbereich zu generieren. Beide haben es nicht mit dem Allgemeinen zu tun, sondern mit dem Einzelnen und mit der Entscheidung, für das Individuum richtig zu handeln. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse aus anderen Wissenschaften (im Falle der Psychotherapie Physiologie, Psychologie, Soziologie, Kommunikations- und Neurowissenschaften u. a.) gewinnen erst in der klinischen Anwendung und Erfahrung ihre therapeutische Bedeutung.

Dieses spezifische Theorie-Praxis-Verhältnis, das sich durch den Bezug auf den Einzelfall bedingt, ist ein wesentliches Merkmal psychotherapeutischer Profession (vgl. Buchholz, 1999, 2006). Und der Einzelfall, der sich von allen anderen Fällen unterscheidet (sonst wäre er kein solcher), stellt den/die TherapeutIn vor die Schwierigkeit, dass der/die BehandlerIn selbst bei allem Bemühen um ein Verstehen des/der PatientIn immer unter endlicher Information handelt. Endlichkeit der Information entsteht vor allem daraus, dass sich TherapeutIn und PatientIn als Subjekt begegnen. Beide sind als solche unergründlich, sie leben – wie alle anderen Menschen – aus einem existentiellen Kern der Unerreichbarkeit und Unverfügbarkeit.

Endlichkeit der Information ergibt sich aber auch daraus, dass trotz wissenschaftlichen Erkenntnisfortschritts oftmals die unbestreitbaren Beweise für die Wirkweise der Therapie fehlen. Der/die TherapeutIn weiß oftmals nicht, was, wie, wann und warum wirkt, denn der Einzelfall kann den statistischen Regeln oder den eigenen Erfahrungswerten folgen, muss es aber nicht. Demgemäß kann auch der Erfolg der professionellen Intervention nicht oder nur mit einem großen Unsicherheitsfaktor versehen vorausgesagt werden. Auch kann der Ausgang nicht eindeutig auf die geleistete Intervention zurückgeführt werden.

Trotz der Unwägbarkeit der Situation steht der/die TherapeutIn unter Handlungsdruck. Die Notlage, aus der heraus der/die PatientIn seine/ihre Hilfe aufsucht, verlangt von ihm/ihr ein therapeutisch motiviertes Handeln, wobei auch ein Nicht-Handeln als ein Tun zu bewerten ist. Er/sie kann

darauf nicht verzichten, kann aber gleichzeitig für den Erfolg seines/ihres Handelns nicht garantieren. Die direkten Folgen seines/ihres Tuns (oder Nicht-Tuns), den Nutzen oder den Schaden trägt nicht er/sie, sondern der/die PatientIn. Dennoch bleibt der/die TherapeutIn für seine/ihre Interventionen ungeteilt verantwortlich, so dass er/sie im schlimmsten Falle juristische Folgen zu vergegenwärtigen hat.

In der therapeutischen Situation offenbart sich zudem der Gegensatz zwischen Wissen und Handeln. Wissen ist reversibel, es kann korrigiert werden. Das Handeln dagegen ist irreversibel. Man kann sein Tun oder Lassen nicht mehr aus der Welt schaffen, sondern sich nur bemühen, dass die Konsequenzen des Handelns nicht schaden mögen. Hier greift das *nil-nocere*-Prinzip als Leitlinie für ein ethisch angemessenes Handeln auf dem Hintergrund seiner prinzipiellen Irreversibilität.

Da der/die TherapeutIn weiterhin Bestandteil der professionellen Situation ist, bestimmt er/sie als solcher das Geschehen nicht nur entscheidend mit, sondern ist auch darin unausweichlich eingebunden. Er/sie wirkt in seiner/ihrer Person und in seiner/ihrer Funktion als ExpertIn. Beide Dimensionen müssen im therapeutischen Geschehen zur Geltung kommen, einmal, um die nötige Nähe zum Gegenüber und damit ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, das andere Mal, um die für die Therapie erforderliche Distanz zum/zur PatientIn zu wahren. Die Regulation des angemessenen Nähe-Distanz-Verhältnisses erfolgt in der aktuellen Situation, wobei man oftmals erst im Nachhinein weiß, ob der optimale Nähe-Distanz-Abstand getroffen wurde.

Diese strukturellen Merkmale einer therapeutischen Situation scheinen trotz ihrer skizzenhaften Darstellung für jegliches professionelles Handeln im helfenden Kontext zuzutreffen. Sie sind in der somatischen Medizin vorfindbar (Wiesing, 1995) wie auch im psychotherapeutischen Zusammenhang, d. h. damit auch unabhängig von der theoretischen Ausrichtung der jeweiligen Psychotherapieform. Sie weisen auf die Stör- und Fehleranfälligkeit als konstitutive Grundlage jeglichen therapeutischen Handelns hin.

Zusammengefasst können folgende situationsspezifische Merkmale dafür als verantwortlich angesehen werden:

Das Behandlungsfeld ist geprägt von

- Überkomplexität,
  - Unsicherheit,
  - Instabilität,
  - Einzigartigkeit,
  - Entscheidungs- und Handlungsdruck
- sowie
- Verstricktheit.

Die Frage stellt sich nun, wie sich die psychotherapeutische Profession unabhängig von ihrer theoretischen Provenienz gegenüber diesen Strukturmerkmalen ihrer Praxis positioniert. Als akademische Disziplin bedeutet das für die Psychotherapie, diesen Auftrag an die Psychotherapiewissenschaften weiterzugeben.

## **2. Die Antwort der Wissenschaft**

Die Antwort auf die Ambiguität der psychotherapeutischen Praxis ist vor allem mit Ansätzen gegeben worden, die auf einem naturwissenschaftlichen Grundverständnis von Wissenschaft beruhen. Zurückgehend auf R. Descartes und F. Bacon bis hin zu T. Hobbes wird dieser Methodenbereich seit Habermas (1973) als empirisch-analytisch bezeichnet. Dieser Ansatz entspricht dem Postulat der sog. Evidence-Based Medicine (EBM). Er ist mit dem Anspruch konzipiert worden, dass das Vorgehen im medizinischen Kontext wissenschaftsbasiert stattfinden solle. Im Idealfall soll der Arzt/Therapeut bzw. die Ärztin/Therapeutin via Datenbanken das existierende Wissen über die bestmögliche Wirksamkeit einer Behandlung bei einem gegebenen Fall abrufen und zum Einsatz bringen.

### **2.1 Der empirisch-analytische Zugang**

Seine Kriterien für eine verlässliche Erkenntnisgewinnung sind neben der beobachterunabhängigen Objektivität und Reliabilität die Quantifizierbarkeit, Validität und

Wiederholbarkeit. Das Experiment ist die Methode der Wahl. Auf diesem Hintergrund werden Wirksamkeitsstudien durchgeführt, wobei zwischen drei Arten von Wirksamkeitsprüfungen unterschieden wird:

- Efficacy: Die Wirksamkeitsprüfung findet unter kontrollierten Bedingungen im Rahmen randomisierter klinischer Prüfungen statt.
- Effectiveness: Die Wirksamkeitsprüfung geschieht im klinischen Setting bzw. unter Praxisbedingungen ohne Kontrollprozeduren.
- Efficiency: Damit ist das Verhältnis der Therapiewirksamkeit zu ihren medizinisch-ökonomischen Kosten und Risiken gemeint.

Laut EBM sind Efficacy-Studien als sog. „Level I-Studien“ der „Goldstandard“ zur Gewinnung patientenübergreifender objektiver Aussagen über die Wirksamkeit einer Behandlungsmethode. Entsprechend werden sie von der APA (American Psychiatric Association) und mit ihr im Zuge von namhaften Fachzeitschriften derzeit nur noch als wissenschaftlich akzeptiert. Weniger wertvoll sind die Level II-Studien, die mithilfe klinisch-naturalistischer Untersuchungen „Effectiveness“ erfassen. Pilot- und fallkontrollierte Studien sowie Reviews mit Datenanalyse sind in einem Mittelbereich wissenschaftlicher Aussagekraft angesiedelt (Level III und IV). Fallberichte/Kasuistiken sind Level V- bzw. Level-VI-Studien und gelten im EBM statt als „evidence-based“ als „eminence-based“. Auf Erfahrung und klinischer Beobachtung basierend kommen ihren Aussagen zum Therapieerfolg die geringste Wissenschaftlichkeit und damit der niedrigste Ausgewert zu.

Speziell für die Psychotherapie besteht das Bestreben, über diesen wissenschaftlichen Zugang manualisierte störungsspezifische Therapieanweisungen zu entwickeln, die zukünftig von PsychotherapeutInnen als „scientific practitioners“ bei der Patientenbehandlung eingesetzt werden können.

Die Eignung der Ergebnisse von randomisiert-kontrollierten Studien (RCT) für die psychotherapeutische Praxis ist aus methodischen Gründen vielfach in Zweifel gezogen

worden. Insbesondere wurde der Einwand mangelnder externer Validität erhoben. Die mithilfe der randomisierten Kontrollstudien gewonnenen Ergebnisse beziehen sich auf eine hoch selektive Patientenstichprobe, die für die „Störungsbilder“ in den therapeutischen Praxen mit ihren Komorbiditäten nicht repräsentativ sind. Weitere Kritikpunkte sind die der mangelnden Vergleichbarkeit von Stichproben sowie der Nicht-Berücksichtigung von Therapeuten- und Patientenvariablen (Wampold, 2001, Lambert & Ogles, 2004). Daraus folgt, dass der empirisch-analytische Ansatz mit seinen RCT-Studien für die Belange der Psychotherapie als unterkomplex angesehen wird (Henningens & Rudolf, 2000).

Aus diesem Grunde müssen andere Wissenschaftskonzepte in Hinsicht auf ihren Aussagewert zum Umgang mit den professionsbedingten Fallstricken in der Psychotherapie befragt werden. Hierbei soll es sich im Folgenden speziell um den hermeneutischen Wissenschaftszugang handeln, dessen Forschungsansatz weniger am Allgemeinen, sondern am Individuellen orientiert ist.

## **2.2 Der hermeneutische Zugang**

Die hermeneutische Erkenntnismethode gehört zu den ältesten wissenschaftlichen Methoden überhaupt. Sie hat ihren Ursprung in der antiken Philosophie und Rhetorik und bezog sich zunächst auf die Auslegung (Exegese) poetischer und theologischer Inhalte, später auch auf historische, philosophische und juristische Zusammenhänge. Bedeutende Vertreter der Hermeneutik sind der Theologe und Philosoph Schleiermacher (1768–1834) und der Philosoph Dilthey (1833–1911) sowie im 20. Jahrhundert der Philosoph H.-G. Gadamer (1900–2002). Für den Bereich der Psychotherapie hat Freud (1856–1939) mit der Psychoanalyse die Verbindung zwischen naturwissenschaftlichen Methoden und dem biographisch-interpretativen Verfahren hergestellt. Im zweiten Viertel des 20. Jahrhunderts verwendete die Psychosomatische Medizin hermeneutische Methoden zur retrospektiven Deutung krankhafter somatischer und psychischer Phänomene. Ein bedeutender Vertreter dieser Richtung ist der Heidelberger Internist und Neurologe V. von Weizsäcker (1886–1957). Er

betrachtete Körper und Seele als Instanzen der gegenseitigen Repräsentationen, deren „Handeln“ aus der Biographie des/der PatientIn verständlich gemacht werden könne (vgl. Bauer, 2000).

### *2.2.1 Grundzüge des hermeneutischen Zugangs in der Psychotherapie*

Das übergreifende Ziel der hermeneutischen Verständigungs-, Auslegungs- und Erklärungsmethoden besteht darin, möglichst adäquat und zutreffend Bedeutungs- und Sinnzusammenhänge aufzuklären und eine Verständigung darüber herbeizuführen (Hahn, 2000). Dabei umfasst der hermeneutische Erkenntnisakt idealerweise vier Schritte:

Er teilt sich auf in

- 1.** das Bemühen um das Verstehen des Gemeinten,
- 2.** die Auslegung des Gemeinten unter Einbezug verschiedener, auch abweichender Möglichkeiten,
- 3.** die Interpretation des bislang „Verstandenen“ mit dem Ziel einer erweiterten Verstehensmöglichkeit,
- 4.** die Applikation des Verstandenen auf einen Problembereich.

(Lay, 1973; Hahn, 2000)

Damit wird deutlich, dass viele Bereiche auch der klassisch-empirischen Wissenschaften der hermeneutischen Methodik folgen.

Nicht nur für andere wissenschaftliche Zugänge, sondern speziell für die hermeneutische Erkenntnismethode bedarf es einer wissenschaftlichen Einstellung. Im Anschluss an Jaspers (1953) und Popper (1975) definiert Hahn (2000) eine solche als eine nur dem Menschen mögliche Denk- und Handlungsweise, die gekennzeichnet ist durch

- prinzipielle Bereitschaft zur Offenheit
- Fähigkeit zur Kritik und
- zur permanenten gefühlsmäßigen und rationalen Überprüfung, Korrektur und Veränderung des Erkannten
- Akzeptanz der „Vorläufigkeit“ des „Erkannten und Bewiesenen“.

Wissenschaftlichkeit als Einstellung drückt somit eine „Suchhaltung“ aus in der Gewissheit, dass die Wahrheit immer woanders liegen kann. Der Suchprozess ist kein willkürlicher, sondern durch definierte Kriterien geleitet. Deren Qualität wird bestimmt durch die Nähe der Daten zur Wirklichkeit. Um sich die Wissenschaftlichkeit zu erhalten, verlangt es die Fähigkeit und Bereitschaft, sich von nicht (mehr) zutreffenden Vorstellungen und (Vor-)Urteilen zu trennen. „Vor allem muss man sich hüten, sich in den eigenen Gedanken zu verlieben“ – diese Warnung von R. Y. Cajal (1938, S. 111) gilt damals wie heute.

Auf dem Hintergrund der für die Psychotherapie spezifischen Unwägbarkeit kann das hermeneutische Vorgehen in diesem Bereich beschrieben werden als ein tastend-deutender Versuch, zu einem intersubjektiven Verstehen der Lebensäußerungen des Gegenübers zu kommen. Diese sind – entsprechend dem Wortsinn von Hermeneutik – gleichzeitig sowohl „verborgen und verschleiert“ als auch „offenbar und einsichtig“ (Pieringer, 2001). „In dieser Paradoxie wird ein Prinzip des Lebens erkennbar, das zwar immer schon da war, aber sich jeweils neu situationsspezifisch Ausdruck verleiht.“ (Pieringer, 2001, S. 84).

Im Erkennen und Verstehen der Wirklichkeit des anderen ist der/die TherapeutIn forschend tätig, aber auf eine andere Weise als im empirisch-analytischen Kontext. Er/sie setzt seine Urteilskraft und sein/ihr Erkenntnisvermögen ein, um seinen/ihren Fall richtig unter das Allgemeine zu subsumieren. Urteilskraft und Erkenntnisvermögen sind weiterhin gefragt, um in der unendlichen Verkettung von Erscheinungen, Umständen, Faktoren und Möglichkeiten das für die individuelle Behandlung Wesentliche zu erkennen. Hierzu benötigt der/die TherapeutIn den klinischen Blick, die Aufgeschlossenheit für den einzelnen Kranken, klinische Erfahrung, Auffassungsbereitschaft für das ihm/ihr Neue, die Beobachtungen des Leibes, der Bewegungen, des Benehmens, den Sinn für die Umwelt des Kranken (Jaspers, 1986). Das psychotherapeutische Urteilen geht damit in zwei Richtungen: einmal hat es eine bestimmende Ausrichtung, indem die für den besonderen Krankheitsfall mit seinen Symptomen zutreffenden Gesetzmäßigkeiten erkannt werden sollen. Das



andere Mal besteht eine reflektierende Aufgabe, indem nach der Bedeutung des Leidens für das individuelle Leben des/der Betroffenen gefragt wird. Das Bemühen um eine Re-Konstruktion von Lebenswirklichkeit in seiner individuellen Besonderheit kann der Wirklichkeit des anderen entsprechen, muss es aber nicht: es kann so sein, es kann aber auch ganz anders sein, es gibt kein erstes und kein letztes Wort. Insofern ist es die Aufgabe des/der TherapeutIn, im Bemühen um das Wohl des/der Kranken von einem „größeren“ Irrtum zu einem „kleineren“ Irrtum voranzuschreiten (Adler, 1933).

Hinzu kommt, dass die hermeneutische Methodik nicht primär über Wissen vermittelt werden kann, sondern ein ständiges Einüben, Praktizieren, Reflektieren und Entwickeln erfordert. Auf diese Weise bilden sich klinische Erfahrung und die offene Haltung gegenüber dem/der PatientIn heraus. Auch werden dadurch Beobachtungs- und Einfühlungsgabe geschärft, die für die schrittweise Annäherung an die Realität des/der anderen notwendig sind.

Eine Einübung muss auch in die Abstinenzregel erfolgen, die den/die TherapeutIn davor schützt, seine/ihre (Vor-) Urteile für allein gültig zu erachten. Er/Sie muss in der prinzipiellen Lage sein, einen Modus des In-der-Schweben-Haltens herzustellen. Ein solcher Modus erinnert an die berühmte Pilatus-Frage „Was ist Wahrheit“ aus Joh. 18, 38. Pilatus stellt die Frage nach der Wahrheit, weil er unschlüssig ist, ob die Anklagen der Hohen Priester gegenüber Jesus wahr genug sind, um Jesu zu verurteilen, und wird gleichzeitig mit der Aussage Jesu konfrontiert, dass er für die Wahrheit zeuge. Er nimmt dabei, wie Gadamer (1993) interpretiert, als „Statthalter des Nicht-Wissens“ eine neutrale Position ein. Diese macht es möglich, von einem gedachten Nullpunkt sich sowohl in die eine als auch andere Richtung gleichermaßen zu bewegen. Inhaltlich umfasst die neutrale Position ein „Sowohl-Als Auch“, ein „Weder-Noch“ oder auch ein „Ich weiß es (noch) nicht“. Behandlungstechnisch kommt dieser inneren Einstellung die „gleichschwebende Aufmerksamkeit“ der Psychoanalyse am nächsten.

# 11 Das Studium der Psychotherapie-Wissenschaft

## *Qualitätskriterien und Mängelliste*

Serge Sulz

Die Approbation ist die Zulassung zur Ausübung eines Heilberufs. Wie muss eine Approbationsordnung für PsychotherapeutInnen beschaffen sein? Was muss sie zwingend enthalten, damit Patientenschutz und Versorgungsqualität gewährleistet sind? Ein neues Psychotherapeutengesetz, das analog zur Bundesärztleordnung dann Psychotherapeutenordnung heißen kann, wird festlegen, was eine psychotherapeutische Approbationsordnung enthalten muss. Sie sollte mindestens so viel Praxiskompetenz erfordern wie die ärztliche Approbation. Beginnen wir deshalb mit einer vergleichenden Betrachtung der ärztlichen Ausbildung und Approbation:

Die ärztliche Approbation ist gemäß Bundesärztleordnung BÄO (Stand 1987 mit Änderung 2014) Voraussetzung für die Zulassung als Arzt. § 4 legt fest, dass das Bundesministerium für Gesundheit eine Approbationsordnung als Rechtsverordnung erlässt:

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates in einer Approbationsordnung für Ärzte die Mindestanforderungen an das Studium der Medizin einschließlich der praktischen Ausbildung in Krankenhäusern und anderen geeigneten Einrichtungen der ärztlichen Krankenversorgung sowie das Nähere über die ärztliche Prüfung und über die Approbation.

Die BÄO gibt im § 4 (2) recht konkret vor, welche Ausbildungsziele das Medizinstudium haben soll. Es geht um die Fähigkeit zu eigenverantwortlicher und selbstständiger Ausübung des Berufs nach den Regeln der ärztlichen Kunst:

(2) Die Regelungen in der Rechtsverordnung sind auf eine Ausbildung auszurichten, welche die Fähigkeit zur eigenverantwortlichen und selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufs vermittelt. In der Ausbildung sollen auf

wissenschaftlicher Grundlage die theoretischen und praktischen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt werden, deren es bedarf, um den Beruf nach den Regeln der ärztlichen Kunst und im Bewußtsein der Verpflichtung des Arztes dem einzelnen und der Allgemeinheit gegenüber auszuüben und die Grenzen des eigenen Wissens und Könnens zu erkennen und danach zu handeln. Dabei sind insbesondere ausreichende Kenntnisse in den versorgungsrelevanten Bereichen zu vermitteln. ...

In Absatz 3 werden zudem Vorschläge zur inhaltlichen und strukturellen Gestaltung des Studiums gemacht:

(3) In der Rechtsverordnung können ein vor Beginn oder während der unterrichtsfreien Zeiten des vorklinischen Studiums abzuleistender Krankenpflegedienst, eine Ausbildung in Erster Hilfe sowie eine während der unterrichtsfreien Zeiten des klinischen Studiums abzuleistende Famulatur vorgeschrieben werden. Die Zulassung zur ärztlichen Prüfung darf vom Bestehen höchstens zweier Vorprüfungen abhängig gemacht werden. Es soll vorgesehen werden, daß die ärztliche Prüfung in zeitlich getrennten Abschnitten abzulegen ist. Dabei ist sicherzustellen, daß der letzte Abschnitt innerhalb von drei Monaten nach dem Ende des Studiums abgelegt werden kann. Für die Meldung zur ärztlichen Prüfung und zu den Vorprüfungen sind Fristen festzulegen. In der Rechtsverordnung ist vorzusehen, daß die Auswahl der Krankenhäuser und anderen geeigneten Einrichtungen der ärztlichen Krankenversorgung für die praktische Ausbildung nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 durch die Hochschulen im Einvernehmen mit der zuständigen Gesundheitsbehörde erfolgt; dies gilt nicht für Einrichtungen der Hochschulen.

Für die beiden neuen Heilberufe Psychologische/r PsychotherapeutIn und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn gilt bisher das Psychotherapeutengesetz (PsychThG von 1999) als Pendant zur Bundesärzteordnung. § 1 regelt die Berufsausübung folgendermaßen:

(1) Wer die heilkundliche Psychotherapie unter der Berufsbezeichnung „Psychologische Psychotherapeutin“ oder „Psychologischer Psychotherapeut“ oder die heilkundliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unter der Berufsbezeichnung „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin“

oder „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ ausüben will, bedarf der Approbation als Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut.

Was nichtärztliche Psychotherapie ist, wird in Absatz 3 als sogenannte Legaldefinition festgelegt:

(3) Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung ist eine somatische Abklärung herbeizuführen. Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben.

Wir haben somit zwei Messlatten für die Approbation, das Psychotherapeutengesetz ist die höhere, sie entspricht dem Facharzniveau. Die Bundesärztleordnung ist die niedrigere, sie setzt das stark praxisorientierte Medizinstudium voraus. Sie ist zugleich das unterste Qualitätsniveau, das eine Approbation noch rechtfertigt. Es ist also sinnvoll, sie als Maßstab für die Reform des Psychotherapeutengesetzes zu nehmen. Dazu muss man die Ärztliche Approbationsordnung ÄAppO studieren.

Als Vergleichsgrößen dienen Dauer und Umfang des Studiums, Anteil der praktischen Ausbildung und geforderte und geprüfte Fähigkeiten zum Zeitpunkt der Approbation.

Um diese Zahlen lesen zu können, muss man zuerst die Kennwerte verstehen, die immer wieder angeführt werden. Am häufigsten werden ECT-Punkte angegeben (European Credit Transfer), mit denen Studienleistungen angegeben werden, damit europäische Hochschulen vergleichbar werden.

Ein Studienjahr soll 1500 bis 1800 Stunden umfassen, das sind also 60 ECT jährlich. Damit entspricht ein ECT etwa 25 bis 30 Arbeitsstunden. Während des Semesters wird von einer 40-Stundenwoche ausgegangen. Das sind 1,3 bis 1,6 ECT pro Woche.

## a) Umfang und Dauer des Medizin-Studiums

6 Jahre und 3 Monate inkl. Praktischem Jahr und Praktika

1. Abschnitt: 1. und 2. Studienjahr	120 ECT	vorklinisch
2. Abschnitt: 3. bis 5. Studienjahr	180 ECT	klinisch
3. Abschnitt: 6. Studienjahr	60 ECT	
Insgesamt	360 ECT	

Hier fällt zweierlei auf:

1. Das Studium dauert 6,25 Jahre im Vergleich zu einem Masterstudium der Psychotherapie-Wissenschaft, das nur 5,00 Jahre dauert

2. Das Studium des gesunden Menschen beansprucht nur zwei Jahre und das Studium des kranken Menschen und dessen Therapie vier Jahre. Das ist sehr viel im Vergleich zu einem nur zweijährigen Masterstudium der Psychotherapie-Wissenschaft, wie es von der DGPs projiziert ist. Dort ist das Verhältnis umgekehrt: drei Jahre Bachelor als vorklinisches Studium versus zwei Jahre Master als klinisches Studium.

## b) Anteil der praktischen Ausbildung im Studium

- Zu Beginn ein Erste-Hilfe-Kurs
- Ein Krankenpflegepraktikum 3 Monate
- Famulaturen insgesamt 4 Monate
- Praktisches Jahr 11 Monate
- 476 Stunden (16 ECT) müssen am Krankenbett unterrichtet werden, also in Gegenwart des/der PatientIn – entsprechend elf ganztägigen Studienwochen
- 5 Wochen Blockunterricht ganztägig die ganze Woche lang.

Die relative Aufteilung von Theorie und Praxis ist von Universität zu Universität verschieden (wir berücksichtigen nur den klinischen Abschnitt). An der Charité gibt es 90 ECT Vorlesungen und 90 ECT SPU-Veranstaltungen (Seminare, Praktika und Unterricht am Krankenbett). An der Universität Gießen ist das Verhältnis 100 (V) zu 70 (SPU). Greifswald bietet 55 SWS Vorlesungen versus 104 SWS SPU-Veranstaltungen an.

- V Vorlesungen (keine Praxis)
- S Seminare (kaum Praxis) mit einer Gruppengröße von max. 20 Studenten
- P Kurse Übungen (Praxis ohne Patient)
- U Unterricht am Krankenbett (Praxis mit Patient) mit max. 3 bzw. 6 Studenten

Die Ärztliche Approbationsordnung schreibt für 5 Fächer ganztägigen Blockunterricht vor, jeweils eine ganze Woche lang mit einer Dauer von einer bis sechs Wochen. Das sind mindestens 10 ECT.

Die ECT-Berechnungen gingen davon aus, dass 4 Tage je 7,5 Stunden ein ECT ergibt.

Insgesamt kann von etwa 40 bis 50 % Praxis-Veranstaltungen ausgegangen werden, von denen etwa ein Viertel mit direktem PatientInnenkontakt stattfindet.

### c) Geforderte und geprüfte Fähigkeiten zum Zeitpunkt der Approbation

Es wird geprüft, ob die für Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlung eines/einer PatientIn erforderlichen Fähigkeiten vorhanden sind. Dabei ist entscheidend, ob dies auf den konkreten Einzelfall übertragen werden kann:

(3) In der Prüfung hat der Prüfling fallbezogen zu zeigen, dass er die während des Studiums erworbenen Kenntnisse in der Praxis anzuwenden weiß und über die für den Arzt erforderlichen fächerübergreifenden Grundkenntnisse und über die notwendigen Fähigkeiten und Fertigkeiten, auch in der ärztlichen Gesprächsführung verfügt.

Es werden an zwei Tagen über einen Prüfungszeitraum von je vier Stunden hinweg praktische Prüfungsaufgaben gestellt, durch die der Prüfling seine Fähigkeit zu selbständigem ärztlichen Handeln nachweisen soll.

Dies ist das unterste Qualitätsniveau für die Zulassung zur Ausübung von Heilkunde, mit dem dem Patientenschutz Genüge getan wird. Es darf auch in der Psychotherapie nicht unterschritten werden. Da aber ärztliche Heilkunde anders ist als psychotherapeutische Heilkunde, müssen wir überlegen, welche praktischen Fähigkeiten am Ende eines unmittelbar

zur Approbation führenden Studiums der Psychotherapie-Wissenschaft vorhanden sein müssen.

Das Ziel der neuen Approbationsordnung für PsychotherapeutInnen ist es, die Inhalte der bisherigen Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz ins Studium vor zu verlagern. Deshalb müssen auch dessen Inhalte zum Vergleich herangezogen werden. Die Bundespsychotherapeutenkammer nennt diese Überführung Translation. Es ist nun zu prüfen, inwieweit diese Translation gelingt. Da der DGPs-Entwurf die einzige Vorlage ist, muss er dahingehend geprüft werden.

Tabelle 1 Vergleich der Praxisorientierung DGPs-Studium, Medizinstudium, Psychotherapie-Ausbildung

Ausbildungs- Inhalte	jetzige Psychotherapie -Ausbildung			Ärztliche Ausbildung Medizinstudium			DGPs Psychotherapie- Wissenschaftsstudium		
	Zeit in Stunden	Wertigkeit	gewich- tene Zeit	Stunden	Wertigkeit	gewich- tene Zeit	Stunden	Wertigkeit	gewich- tene Zeit
Praxis-Kurse	<u>400</u>	<u>2</u>	<u>800</u>	<u>910</u>	<u>1</u>	<u>910</u>	<u>910</u>	<u>1</u>	<u>910</u>
Live-Arbeit mit Patien- tInnen	<u>600</u>	<u>10</u>	<u>6000</u>	<u>476</u>	<u>2</u>	<u>952</u>	<u>0</u>	<u>2</u>	<u>0</u>
Selbst- erfahrung	<u>120</u>	<u>20</u>	<u>2400</u>	<u>0</u>	<u>10</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>10</u>	<u>0</u>
Supervision	<u>150</u>	<u>20</u>	<u>3000</u>	<u>0</u>	<u>10</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>10</u>	<u>0</u>
Prakt. Tätig- keit Monate	<u>18</u>	<u>4</u>	<u>72</u>	<u>16</u>	<u>4</u>	<u>64</u>	<u>1</u>	<u>4</u>	<u>4</u>
Prakt. Tätig- keit Stunden	<u>3096</u>	<u>688</u>	<u>12384</u>	<u>2752</u>	<u>688</u>	<u>11008</u>	<u>172</u>	<u>688</u>	<u>688</u>
Praxis- orientierung Stunden	<u>4366</u>	<u>740</u>	<u>24584</u>	<u>4138</u>	<u>711</u>	<u>12870</u>	<u>1082</u>	<u>711</u>	<u>1598</u>

Legen wir diesen Maßstab an den gegenwärtigen DGPs-Entwurf für ein psychologisch-psychotherapeutisches Direktstudium an, so lässt sich das Ergebnis des Vergleichs wie in Tabelle 1 und Abbildung 1 darstellen.



Abbildung 1: Vergleich der Praxisorientierung DGPs-Studium, Medizinstudium, Psychotherapie

Die Praxisvermittlung im DGPs-Direktstudium der Psychotherapie-Wissenschaft beträgt nur 25 % Praxis-Zeitstunden der bisherigen Psychotherapie-Ausbildung. D. h. die Approbation wird mit nur einem Viertel der bisherigen praktischen Kompetenz erteilt. Bezüglich der reinen Zeitstunden ist das Medizinstudium fast gleich auf mit der postgraduierten Psychotherapie-Ausbildung.

Da aber die Wertigkeit der einzelnen Praxis-Bausteine sehr verschieden ist, muss man diesen eine spezifische Wertigkeit zuschreiben und dann die Relationen neu berechnen. Supervision und Selbsterfahrung werden von den AusbildungsteilnehmerInnen und ihren LehrerInnen als mit Abstand die hilfreichsten Bausteine erlebt. Sie erhalten deshalb von uns den Wert-Faktor 20. Die Durchführung eigener Therapien erhält den Wert-Faktor 10 und die praktische Tätigkeit bzw. das Praktikum den Wert 4. Berücksichtigt man also den praktischen Lernwert, so sinkt das DGPs-Direktstudium auf 6,5 % der heutigen Psychotherapie-Ausbildung und auf 12,4 % des Medizinstudiums ab.

Wenn wir also als unterstes zu verantwortendes Kompetenzniveau für eine Approbation die praktische Kompetenz des Arztes unmittelbar nach der Erteilung der Approbation nehmen, dann sind die künftigen frisch approbierten Psychotherapeuten weit unterhalb dieser Grenze, so dass der Patientenschutz nicht gewahrt ist.



Wenn man dazu noch den Umfang des Studiums vergleicht, dann fällt das Direktstudium auch diesbezüglich deutlich ab: 5 Jahre versus 6 Jahre und drei Monate. Bei den hier dargestellten Mängeln müsste eher an eine Verlängerung als an eine Verkürzung des Studiums gedacht werden.

Fügt man die fehlenden Bausteine hinzu (Praktisches Jahr, Supervision und Selbsterfahrung), dann müssen wir auf die gleiche Studiendauer wie beim Medizinstudium hochgehen.

## **Personelle und strukturelle Ausstattung**

Eine Hochschulambulanz an einem psychologischen Institut oder Department eignet sich nicht für die praktische Ausbildung. Sie ist in keiner Weise vergleichbar mit den Polikliniken und Ambulanzen im medizinischen Bereich. Dort kommen die schwierigsten Behandlungsfälle an, in einer psychologischen Institutsambulanz aber oft nur per Anzeige oder Rundschreiben gewonnene Freiwillige. In der Medizinischen Poliklinik und Ambulanz arbeiten sehr erfahrene ExpertInnen – alle ÄrztInnen der universitären Ambulanz arbeiten ganztags klinisch-therapeutisch. Hier werden dagegen von den ProfessorInnen nur wenige Stunden, oft nur eine Stunde pro Tag mit Therapie verbracht.

Das wissenschaftliche Personal der psychologischen Institute/Departments hat zu einem großen Teil zu wenig psychotherapeutische Erfahrung, um den Praxisteil der Psychotherapie-Ausbildung übernehmen zu können. Ohne Einbeziehung der bisherigen Ausbildungsinstitute, deren erfahrenem Lehrpersonal und deren Versorgungsambulanzen kann derzeit und in naher Zukunft (die nächsten 10 bis 15 Jahre) die Vermittlung von praktischen Kompetenzen nicht geleistet werden.

Die Befähigung des Lehrpersonals ist zudem nach Psychotherapie-Verfahren und nach Altersbereichen zu prüfen. Tabelle 2 zeigt das Ergebnis.

Tabelle 2 Qualifikation des Lehrpersonals der Universität für die Verfahren und Altersbereiche

Altersbereich	sozialrechtl. Anerkennung (Richtlinienverfahren)	Verfahren	Universitäts-Niveau?	Hochschul-Niveau (HAW)?	völliges Fehlen von akadem. Lehrkompetenz
Erwachsene	Richtlinienverfahren	Verhaltenstherapie bei Erwachsenen	JA		
		Tiefenpsychologische Psychotherapie bei Erwachsenen		JA	
		Analytische Psychotherapie bei Erwachsenen			JA
	nur berufsrechtl. Anerkennung	Klientenzentrierte Gesprächstherapie bei Erwachsenen			JA
		Systemische Therapie bei Erwachsenen			JA
Kinder und Jugendliche	Richtlinienverfahren	Humanistische Psychotherapieverfahren bei Erwachsenen			JA
		Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen		JA	
		Tiefenpsychologische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen			JA
		Analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen			JA

Das jeweilige Niveau ist gegeben, wenn hauptamtliches Lehrpersonal (ProfessorInnen) die Lehre überwiegend bestreiten können.

Hier geht es nicht um Pläne für eine ferne Zukunft. Vielmehr gilt es, die psychotherapeutische Versorgung der nächsten zehn bis fünfzehn Jahre zu gewährleisten – auf dem gleich hohen Qualitätsniveau wie bisher.

Wenn eine Universität alle Verfahren und Altersbereiche lehren muss, bedeutet dies, dass sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine einzige psychologische Universitätsabteilung bewerben kann.

Wenn ohne eine Unterbrechung von zehn bis fünfzehn Jahren (so lange dauert es, bis genügend viele ausgebildete PsychotherapeutInnen habilitiert sind) der Nachwuchs in den Richtlinienverfahren für alle Altersbereiche gesichert werden soll, kann den Universitäten die Aufgabe, ein Direktstudium der Psychotherapie einzurichten, nicht übergeben

werden. Hier schafft auch eine Übergangsregelung keine Abhilfe. Einzige Möglichkeit ist, Universitäten und Ausbildungsinstitute gemeinsam und gleichberechtigt zu beauftragen. Neu wäre dann die 50-%-Beteiligung der Universitäten statt einer 100-%-Übernahme. In diesem Fall wäre es sinnvoll, den Ausbildungsinstituten den Status von Hochschulen für Angewandte Wissenschaft (HAW) zu geben – als Psychotherapie-Akademien. De facto haben sie mit ihrer postgraduierten Ausbildung diesen Status ohnehin schon.

Andernfalls gibt es keinen Grund, den Hochschulen für Angewandte Wissenschaft HAWs die Durchführung dieses Studiums zu verwehren. Sie sind schneller so weit (etwa fünf Jahre im Vergleich zu fünfzehn Jahren bei den Universitäten), dass sie ausreichend viele qualifizierte ProfessorInnen (die dort ja nicht habilitiert sein müssen) für alle erforderlichen Verfahren und Altersbereiche einstellen können.

Wenn man als Kriterium das Promotionsrecht einführt, muss man die gegenwärtige Wissenschaftsdiskussion berücksichtigen. Denn an deutschen Universitäten wird eine fast ausschließlich naturwissenschaftliche Forschung betrieben, die sich methodisch streng an der pharmakologischen Forschung orientiert. Diese Forschung, d. h. diese Wissenschaftlichkeit wird der Psychotherapie nicht gerecht. Es werden zu viele Fragestellungen überhaupt nicht aufgegriffen bzw. nicht qualifiziert beforscht. Zu diesem Thema gibt es umfangreiche Literatur in USA, wo die APA (American Psychological Association) zwei Task Forces eingerichtet hat.

Es ist also derzeit keine Qualitätsgarantie, Promotionsrecht zu fordern, sondern eher eine Qualitätsverhinderung, da die Psychotherapie an deutschen psychologischen Universitätseinrichtungen wissenschaftlich nicht ausreichend erfasst wird und diese Forschung deshalb die Weiterentwicklung der Psychotherapie hemmt. Es wird viele Jahre dauern, bis die Psychotherapieforschung in Deutschland ihre Forschungsinteressen und Forschungsparadigmen so geändert hat, dass Promotionen auch in tiefenpsychologischer, analytischer, systemischer, gesprächstherapeutischer Psychotherapie qualifiziert betreut werden können – und noch länger, bis das auch im Kinder- und Jugendlichenbereich möglich sein wird.

Neben der unzureichenden geplanten Praxiskompetenz zum Zeitpunkt des Studienabschlusses und der damit nicht zu verantwortenden frühen Approbation ist also das Fehlen von Hochschulen der zweite Grund, weshalb das Direktstudium in den nächsten fünf bis fünfzehn Jahren nicht flächendeckend eingeführt werden kann.

Bei so umfassenden Umwälzungen, bei denen niemand das Ergebnis vorhersagen kann, ist die Frage, weshalb nicht mit Modellstudiengängen begonnen wird, so dass die Reform besser geplant werden kann – mit einer gewissen Gewährleistung von Qualitätserhalt und Patientenschutz.

Oder das ehrgeizige Ziel einer sofortigen Approbation wird aufgegeben. Es könnte wie früher bei den MedizinerInnen (MedizinalassistentIn) eine zweijährige Psychotherapie-Assistentenzeit ohne Approbation nach dem Studium etabliert werden oder zwei Jahre als PsychotherapeutIn im Praktikum mit einer Teil-Approbation folgen (analog dem/der früheren Arzt/Ärztin im Praktikum). Beides würde die Situation deutlich entschärfen.

Die strukturellen Voraussetzungen bezüglich notwendigen Räumen und Geräten wurden hier noch nicht diskutiert. Vor allem wird eine größer Zahl von Therapieräumen (15 bis 20, denn im Therapieraum sitzen nur zwei bis drei Personen) mit Video-Ausstattung benötigt sowie mehrere gut ausgestattete Testlabore.

## **Supervision und Selbsterfahrung**

Bei Supervision und Selbsterfahrung im engeren Sinne kann bei der ärztlichen Ausbildung kein Vorbild gefunden werden. Das ist das Originäre der Psychotherapie, ohne die eine Ausbildung keine Ausbildung ist. Wenn diese beiden zentralen Bestandteile jeglicher Psychotherapie-Ausbildung im geplanten Studium nicht vorkommen, dann kann auch am Ende des Studiums keine psychotherapeutische Kompetenz entstanden sein und darf keine Approbation erteilt werden.

Auch wenn es den Rahmen universitärer Ausbildung zu sprengen scheint, so muss, wenn man den Anspruch an eine psychotherapeutische Approbation hat, die Selbsterfahrung

in das Studium hinein genommen werden. Der DGPs-Entwurf sieht keine Selbsterfahrung vor. Im Alternativentwurf der dgkjp (Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) wird dagegen ein Psychotherapie-Studium beschrieben, das ein Mindestmaß von praktizierbarer Selbsterfahrung enthält.

Supervision ist nur sinnvoll, wenn therapeutisches Handeln gleichzeitig erfolgt. D. h. Studierende müssen am gesunden oder am kranken Menschen therapeutische Maßnahmen unter Supervision durchführen. Entweder sitzt der/die SupervisorIn dabei oder die Videoaufnahme der Therapiesequenz wird gemeinsam analysiert. Supervision darf aber nur ausüben, wer als SupervisorIn anerkannt ist – mit mindestens fünfjähriger ganztägiger Praxiserfahrung und absolvierter Supervisorenausbildung.

Was nicht diskutiert wurde, ist die Gleichsetzung von Psychotherapie und Wissenschaft. Dieser Irrtum führte maßgeblich dazu, dass die Psychotherapie-Ausbildung zum Universitäts-Studium gemacht werden soll. Nicht nur, dass es hier nicht um bloße Naturwissenschaft geht, die den Menschen mit all dem was den Menschen ausmacht, niemals abbilden kann. Wir brauchen andere Wissenschaften wie die Geistes- und Kulturwissenschaften, um die gesunden und nicht gesunden Variationen menschlichen Erlebens und Handelns gerecht zu werden.

Noch bedeutsamer ist, dass die Psychotherapie zwar auf wissenschaftlichem Fundament steht, aber zum größeren Teil nicht reine Wissenschaft ist, sondern mehr als Wissenschaft – weshalb sie niemals von WissenschaftlerInnen umfassend gelehrt werden kann. Insofern sie darüber hinaus Kunst ist in dem Sinne wie auch von ärztlicher Kunst gesprochen wird, so vermitteln die erfahrenen SupervisorInnen genau den Teil, den die Wissenschaft (noch) nicht erfassen kann: Die Kunst der Psychotherapie, die man eben nicht studieren kann, sondern die man sich mit PatientIn und SupervisorIn zusammen aneignen muss.

Da man also Psychotherapie nicht studieren kann und eine sehr große Gefahr besteht, sie mit Wissenschaft gleichzusetzen, darf man dieses Studium nicht Psychotherapie-Studium nennen, sondern Studium der Psychotherapie-Wissenschaft.

Das heißt, dass der wissenschaftliche Teil der Psychotherapie an der Universität oder Hochschule studiert wird, während der Teil der mehr ist als Wissenschaft außerhalb von Hochschule und Universität gelehrt und gelernt werden kann und auch sollte. Wenn aber nur ein Teil der Psychotherapie an der Universität vermittelt werden kann, kann eine Approbation nicht das Ergebnis des Studiums sein. Es sei denn, Ausbildungsinstitute erhalten den Status einer Hochschule und teilen sich die Aufgabe der Ausbildung mit der Universität: die einen vermitteln die Wissenschaft und die anderen die Praxis. Dann würde eine Universität nicht allein die Ausbildung übernehmen können, sondern nur in Kooperation mit einem Ausbildungsinstitut, das dann als HAW z. B. Psychotherapie-Akademie heißen könnte.

Wenn wir einteilen in Wissenschaft – Handwerk – Kunsthandwerk – Kunst, dann vermittelt die Universität nur das erstere (im Zahnmedizinstudium auch das zweite und das dritte). Schon der zweite Teil, nämlich, wie man mit einem Therapie-Manual am konkreten Patienten arbeitet, liegt außerhalb des universitären Bereichs – schon hierzu sind erfahrene anerkannte SupervisorInnen notwendig, die wie erwähnt eine Supervisorenausbildung haben sollten.

## **Literatur**

Soldz, S. & McCullough, L. (2000). *Reconciling Empirical Knowledge and Clinical Experience. The Art and Science of Psychotherapy*. Washington DC: American Psychological Association.

Hofmann, S. G. & Weinberger, J. (2007). *The Art and Science of Psychotherapy*. New York: Routledge.

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

Sulz, S. K. D. (Hrsg.) (2015). *Von der Psychotherapie-Wissenschaft zur Kunst der Psychotherapie. Die Kunst des Heilens lehren der Patient und der erfahrene Psychotherapeut*. München: CIP-Medien.

## **Mängelliste 1: Approbationsordnung und Psychotherapeutengesetz-Reform und die Versäumnisse des BMG**

Dgkjpgf

**1.** Ziel ist die Angleichung der Psychotherapeutenausbildung an das Medizinstudium. Dabei wird nicht beachtet, dass psychologische UniversitätsprofessorInnen nur ForscherInnen und LehrerInnen sind, aber keine erfahrenen und praktizierenden PsychotherapeutInnen. In der Medizin ist ein/e UniversitätsprofessorIn zugleich hoch kompetente/r, erfahrene/r Facharzt/-ärztin und HochschullehrerIn. Das ist in der Psychologie nicht so. Psychologische UniversitätsprofessorInnen sind nur zu einem geringen Prozentsatz erfahrene PsychotherapeutInnen. Ihre universitären Aufgaben lassen nur eine bis vier Therapiesitzungen pro Woche zu, also wird Psychotherapie nur nebenbei betrieben. Sie können deshalb nur Psychotherapie-Wissenschaft vermitteln, sie können aber nicht die Praxis der Psychotherapie und erst recht nicht die Kunst der Psychotherapie lehren.

**2.** Auch ist der Ort der medizinischen Ausbildung die Universitätsklinik mit ihren umfangreichen Versorgungsaufgaben, die eine Beteiligung der Studierenden an der Patientenversorgung ermöglicht. Dagegen sind die psychologischen Forschungsambulanzen kein fester Teil der praktischen Patientenversorgung, die deshalb dort nicht gelernt werden kann (PatientInnen werden für Projekte durch Annoncen rekrutiert oder Studierende sind die ProbandInnen). Die Universitätspsychologie ist kein geeigneter Ort für das Erlernen praktischer Behandlungskompetenz in der Psychotherapie.

**3.** Ein weiterer wichtiger Unterschied zur Medizin ist, dass Psychotherapie ohne Selbsterfahrung nicht ausgeübt

werden darf. Diese fehlt völlig im vom BMG favorisierten DGPs-Entwurf eines Direktstudiums.

4. Hinzu kommt, dass ohne an der Behandlung von real anwesenden PatientInnen beteiligt gewesen zu sein, keine heilkundliche Behandlungskompetenz entstehen kann – wie es beim DGPs-Entwurf eines Direktstudiums der Fall ist.

5. Und diese Beteiligung an der Patientenbehandlung erfordert Supervision, ohne die ebenfalls Psychotherapie-Praxis nicht erlernt werden kann.

6. Ein weiterer nicht zu behebender Mangel ist, dass psychologische HochschullehrerInnen keine ausgebildeten z. B. psychodynamischen Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen sind. Sie können deshalb keine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie lehren. Das bedeutet, dass in den nächsten fünfzehn Jahren keine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie-Ausbildung mehr angeboten werden kann, wenn nicht durch einen unverantwortlichen Qualitätsverlust der PatientInnenschutz grob fahrlässig verletzt werden soll.

*Diese Unterschiede werden vom BMG nicht gesehen.  
Das Direktstudium darf deshalb nicht zur Approbation  
führen, wenn diese Mängel nicht behoben werden.  
(siehe grüne Textstellen im Anhang)*

Wirkliche Sicherheit für den PatientInnenschutz ergibt sich nur, wenn die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie weiterhin nach dem bestehenden Psychotherapeutengesetz ausgebildet wird, also bei der anstehenden Gesetzesreform ausgeklammert wird und die Reform nur für die Erwachsenen-therapie gilt.

Oder die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie darf frühestens in 15 Jahren von den Universitäten angeboten werden, falls inzwischen (insbesondere psychodynamisch) ausgebildete Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen den wissenschaftlichen Weg eingeschlagen haben und in diesem Forschungsbereich habilitiert sind. Und zwar so viele,



dass diese Ausbildung deutschlandweit angeboten werden kann.

Oder anerkannte Ausbildungsinstitute für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erhalten als Hochschulen neuen Typs den Status einer Hochschule für Angewandte Wissenschaften HAW – als Psychotherapie-Akademien, die nicht eine Mindestzahl verschiedener Studiengänge anbieten müssen.

# Praktische Ausbildung im Direktstudium der Psychotherapie-Wissenschaft

## *Alternative zum DGPs-Entwurf*

Serge Sulz

Während der DGPs-Entwurf eines Direktstudiums so gut wie keine praktische Ausbildung vorsieht, deshalb auch nicht zu einer Approbation als Berechtigung zur Ausübung eines Heilberufs führen kann bzw. dazu führt, dass eine so minderwertige Approbation das Ergebnis ist, dass PsychotherapeutInnen in Zukunft nicht mehr ebenbürtig neben ÄrztInnen mit einem „großen“ Heilberuf stehen können, sondern sie zu „kleinen“ Heilberuflern degradiert werden – mit geringerem Status, geringerem Einkommen und geringeren Rechten.

Dies kann verhindert werden, wenn in das Direktstudium eine praktische Ausbildung integriert wird, die allerdings die Universitätspsychologie allein nicht anbieten kann, da Wissenschaftler nicht diejenigen sind, die am besten Psychotherapie-Praxis vermitteln können. Dazu haben sie selbst zu wenig Praxis-Erfahrung (Psychotherapie findet nur als Nebentätigkeit neben der sehr umfangreichen wissenschaftlichen Tätigkeit statt).

Es muss mindestens so viel Praxis ins Studium integriert werden wie im Medizinstudium, das von der formalen Seite her als Referenz dienen muss.

Allerdings gibt es bessere Möglichkeiten der praktischen Ausbildung als das Praktische Jahr in der Klinik. Auf diese Möglichkeiten soll hier eingegangen werden.

Im Praktischen Jahr im Krankenhaus kann keine systematische Ausbildung in der Praxis der Psychotherapie erfolgen, die aber nach dem theoretischen Teil des Direktstudiums dringend erforderlich ist.

Wenn dieses Jahr dagegen genutzt wird, um 12 Monate lang ganztags praktisch zu üben und mit Patienten im Kontakt zu sein, dann besteht die Chance die gelernte Theorie so mit Leben zu füllen, dass die erforderlichen Basiskompetenzen zum Zeitpunkt der Approbation vorhanden sind.

In dem Kapitel, in dem ein Vorschlag einer Approbationsordnung vorgestellt wird, sind bereits die wichtigsten Inhalte genannt und beschrieben:

„Die Praktika bestehen aus:

a) Der kontinuierlichen Teilnahme an Psychotherapien (je eine aus dem Kinder-, Jugend- und Erwachsenenbereich) im Tandem-Modus der klientenzentrierten Gesprächstherapie. (vom ersten Semester an während der ersten vier Semester)

b) Der anschließenden Interaktionellen Fallarbeit im Selbsterfahrungsmodus mit maximal 15 Teilnehmer zur emotionalen und reflektierenden Nachbearbeitung der Therapiesitzungen (Übertragung aus der eigenen Biographie verstehen und Gegenübertragung aus der Biographie des Patienten verstehen etc.) (vom ersten Semester an während der ersten vier Semester)

c) Praktisches Jahr: je drei Monate in der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Psychosomatischen Medizin und der ambulanten Psychotherapie (im vierten und fünften Semester)

d) Kasuistische-Technische Seminare, die sich ebenfalls auf die Therapien beziehen, an denen teilgenommen wurde und die den inhaltlichen Fortgang der therapeutischen Interventionen zum Thema haben (im vierten und fünften Semester)

Alle vier Practicando-Unterrichtseinheiten beziehen sich auf die konkreten Patienten, an deren Behandlung teilgenommen wurde. Es besteht eine Verschränkung zwischen Theorie und Praxis:

Die erlebte Therapie mit deren Reflexion in der Interaktionellen Fallarbeit einerseits und das Praktische Jahr in der Klinik mit dessen Reflexion im Kasuistisch-Technischen Seminar.“ (Anhang 2 dieses Buches)

Hier soll allerdings das Praktische Jahr neu konzipiert werden, um dieses für die Aneignung praktischer Kompetenz nutzen zu können. Wichtig ist, dass der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapiebereich gleichwertig in die praktische Ausbildung eingeht:

– 6 Monate Erwachsenenbereich

– 6 Monate Kinder- und Jugendlichenbereich.

Und dies nicht wie oben beschrieben im Krankenhaus, sondern in der Ambulanz eines Aus- und Weiterbildungsinstituts mit ausreichend vielen Patienten.

Systematische Ausbildung in der Praxis der Psychotherapie können nur die bisherigen Ausbildungsinstitute leisten. Deshalb müssen die beiden praktischen Semester, die zusammen das Praktische Jahr ergeben, ganztags in einem der künftigen Aus- und Weiterbildungsinstitute absolviert werden.

Dies kann so geschehen, dass an fünf Tagen der Woche vormittags Kurse mit Praxis-Übungen stattfinden, in denen die therapeutischen Vorgehensweisen geschult werden. Dazu gehören auch persönliche und patientenzentrierte Selbsterfahrung sowie Kasuistisch-Technische Seminare und Supervision. Nachmittags wird in der Institutsambulanz an Erstgesprächen und an laufenden Therapien teilgenommen, sowie diagnostische und co-therapeutische Aufgaben übernommen.

Abzüglich 6 Wochen Urlaub und Feiertagen bleiben 48 Wochen je 40 Stunden, davon 10 Stunden zum häuslichen Lesen und Lernen, also 30 Stunden in der Ambulanz des Instituts.

Die Vormittage einer Woche könnten so aussehen:

Tabelle 1 Stundenplan im Praktischen Jahr

Uhr	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Std.
9	Interventionen	Interaktionelle Fallarbeit	Kasuistisch-technisches Seminar	Supervision	Selbsterfahrung	1
10	Interventionen	Interaktionelle Fallarbeit	Kasuistisch-technisches Seminar	Supervision	Selbsterfahrung	1
11	Interventionen	Interaktionelle Fallarbeit	Kasuistisch-technisches Seminar	Supervision	Selbsterfahrung	1
14	Diagnostik von Ambulanzpatienten	Diagnostik von Ambulanzpatienten	Diagnostik von Ambulanzpatienten	Diagnostik von Ambulanzpatienten	Diagnostik von Ambulanzpatienten	1
15	Co-Therapie bzw. Psychoedukation	Co-Therapie bzw. Psychoedukation	Co-Therapie bzw. Psychoedukation	Co-Therapie bzw. Psychoedukation	Co-Therapie bzw. Psychoedukation	1
16	Teilnehmende Beobachtung in der Therapie-sitzung	Teilnehmende Beobachtung in der Therapie-sitzung	Teilnehmende Beobachtung in der Therapie-sitzung	Teilnehmende Beobachtung in der Therapie-sitzung	Teilnehmende Beobachtung in der Therapie-sitzung	1
Std.	6	6	6	6	6	6 30

Das sind insgesamt 1920 Unterrichtsstunden, davon 1440 Unterrichtsstunden Präsenzzeit plus 480 Stunden selbständiges Lernen. Diese Stundenzahl macht es erforderlich, dass das Masterstudium drei Jahre dauert, die Gesamtstudienzeit also gleich lang wird wie das Medizinstudium.

An jedem Vormittag konzentriert sich das praktische Lernen auf eines der Kernthemen (Intervention – Prozess – Patient – Interaktion – Therapeut):

- Montag Interventionen der Psychotherapie
- Dienstag Interaktionelle Fallarbeit: Therapeutischer Prozess mit dem Patienten
- Mittwoch Kasuistisch-Technisches Seminar: Therapeutischer Fall
- Donnerstag Supervision – Therapeutische Interaktion
- Freitag Selbsterfahrung – Therapeutische Persönlichkeit.

Am Nachmittag findet die praktische Arbeit mit Patienten statt. Täglich:

- eine Stunde Durchführung von psychodiagnostischen Maßnahmen
- eine Stunde Durchführung co-therapeutischer bzw. psychoedukativer Aufgaben mit Ambulanzpatienten, einzeln oder in der Gruppe (themen- oder störungszentriert)
- eine Stunde beobachtende Teilnahme an einer Therapiesitzung durchgängig während der gesamten Therapie eines Patienten (Tandem-Modell der klientenzentrierten Gesprächstherapie)

D. h. dass die Hälfte der praktischen Ausbildung in Anwesenheit des Patienten erfolgt (770 Stunden).

Man kann sowohl die Vormittage als auch die Nachmittage mit anderen Schwerpunkten versehen, es darf aber nicht wieder in die wiederholte Vermittlung wissenschaftlicher Theorie gehen. Zu dieser müssen allerdings ständig Berührungspunkte hergestellt werden, so dass der praktische Teil nicht etwas ganz anderes ist, sondern der zweite Schritt, der aus dem ersten Schritt des theoretischen Teils des Studiums hervorgeht.

Die Lehrer des Praktischen Jahrs können auch keine Vollzeit-Wissenschaftler sein, die zu wenig praktische Erfahrung als PsychotherapeutIn haben. Es müssen sehr erfahrene praktizierende PsychotherapeutInnen sein, möglichst mit Supervisorenausbildung und Supervisorenanerkennung.

Der Ort der praktischen Ausbildung darf auch nicht das Psychologische Institut der Universität sein, da dort keine Infrastruktur der Patientenversorgung vorzufinden ist, welche erst praktisches Lernen ermöglichen würde. Hierzu ist ein ausreichend großer Ambulanzbetrieb mit Patienten der Regelversorgung erforderlich, so dass die StudentIn an der Versorgungsrealität unserer Gesellschaft teilnehmen kann.

Dass die Psychotherapien im Ausbildungsinstitut, an denen die Studenten teilnehmen, nicht von PsychotherapeutInnen mit abgeschlossener Ausbildung durchgeführt werden, tut keinen Abbruch. Die StudentIn kann idealerweise (beobachtend) auch an der Supervision der TherapeutIn teilnehmen.

Es bleibt die Frage nach der Bezahlung der praktischen Ausbildung.

Es ist zunächst eine Leistung der Universität, die sie für die StudentInnen erbringt und deshalb auch die finanziellen Mittel dafür aufbringen muss (Bezahlung von Miete und Personal für die Vormittage).

Ein weiter gehender Schritt wäre, das Direktstudium in zwei Teile zu teilen, den theoretischen Teil an der Universität und den praktischen Teil am Ausbildungsinstitut. Damit der zweite Teil aber noch ein Hochschul-Studium ist, müsste in diesem Fall den Ausbildungsinstituten der Status eine Hochschule für Angewandte Wissenschaften gegeben werden, ohne dass sie weitere Studiengänge anbieten könnten und müssten. In diesem Fall würde ein an der Universität angesiedeltes Ausbildungsinstitut den praktischen Teil für Studenten kostenlos anbieten und ein privates Institut als private Hochschule kostendeckende Semestergebühren verlangen – was der Versorgungsrealität und -notwendigkeit (für eine verantwortbare Approbationserteilung) mehr gerecht werden würde als ein kostenloses Universitätsstudium ohne praktische Ausbildung, wie sie das DGPs-Modell darstellt.

Es bleibt für alle Überlegungen unabdingbar, dass alle Lernschritte doppelt erfolgen, sowohl in der Erwachsenen-

therapie als auch in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Und für jeden Lernschritt in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie muss hoch qualifiziertes Lehrpersonal vorhanden sein. Eine Universität, die das nicht vorweisen kann, darf dieses Studium nicht anbieten. Insofern ist auch die Zertifizierung eines Studiengangs durch eine Akkreditierungsagentur nicht ausreichend, da diese das Kriterium der umfassenden Vermittlung von Studieninhalten in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nicht als Maßstab anlegt.

Wir müssen leider davon ausgehen, dass die Universitäten frühestens in zehn bis fünfzehn Jahren so weit sind, dass sie das Direktstudium so anbieten können, dass die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie so qualifiziert gelehrt wird, dass eine Approbation wirklich zu verantworten ist. Wenn eine Universität den Kinder- und Jugendlichenbereich nicht lehren kann, kann nach dem Studium nur eine Approbation erteilt werden, die auf Erwachsenenpsychotherapie begrenzt ist.

Oder es wird der Forderung der dgkjp gefolgt, die das einzig verantwortbare Vorgehen im Abkoppeln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie von der Reform sieht.

# Autorenverzeichnis

**Martin Brentrup** (Dipl.-Psychologe) seit 1992 Praxis für Psychotherapie, Beratung und Supervision; Approbation und Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut (VT), Kinder- und Jugendpsychotherapeut (VT); Supervisor (BDP, KBV für VT u. TP), Dozent und Lehrtherapeut in Ausbildungsinstituten. Ausbildungen in syst. Familientherapie (Weinheim), Gesprächspsychotherapie (GwG), Verhaltenstherapie (IVO). Veröffentlichungen zu den Bereichen: Systemische Therapie und Sucht, Geschlechtsspezifische Aspekte in Therapien, Diagnostik in Familien, Reflektierendes Team als Methode in der Praxis, burnout und selfcare, Lernen und Therapie, Familien- und Paartherapie, Verbinden von Verfahren in der Praxis und Ausbildung, Spiritualität und Rituale in Psychotherapien.

**Michael B. Buchholz**, (Dipl.-Psych., Dr. phil.) habilitierter Sozialwissenschaftler, vollausgebildeter Psychoanalytiker und Lehranalytiker in Göttingen; o. Univ.-Prof. für Sozialpsychologie an der International Psychoanalytic University (IPU), Berlin, und zuständig für das Promotionsprogramm. Zahlreiche Arbeiten über behandlungstechnische Probleme in der Psychotherapie, Supervision, Familien- und Paartherapie; Forschungsgebiete sind Konversations-, Narrations- und Metaphernanalyse (KANAMA); derzeit zusammen mit Horst Kächele Leiter eines Forschungsprojekts zu Konversationsanalyse der Empathie in der psychotherapeutischen Prozessforschung; generelles Interesse an jeder Art mikroanalytischer Interaktionsforschung, auch zur Gewalt.

**Hans-Joachim Hannich** ist Universitätsprofessor für Medizinische Psychologie und Direktor des Instituts für Medizinische Psychologie der Universitätsmedizin Greifswald und Gastprofessor an der MedUni Graz im Bereich Medizinische Psychologie und Psychotherapie. Er ist zudem Leiter des Instituts für Psychotherapie und Psychoanalyse Mecklenburg-Vorpommern (IPPMV), einem staatlich anerkannten DGPT-Ausbildungsinstitut. Er ist approbierter Psychotherapeut,



Psychoanalytiker und Lehranalytiker (DGPT). Seine Arbeitsschwerpunkte sind: transkulturelle Medizin, das Subjekt-Objekt-Verhältnis in der Medizin, Erkenntnismethoden in der Medizin, psychotherapeutische Versorgungsforschung.

**Josef Könning** (Dr. Dipl.-Psych.) ist approbierter Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in eigener Praxis. Er ist seit 30 Jahren im Bereich Verhaltenstherapieausbildung und -Supervision tätig. Im Bereich Krankheitsbewältigung bei Asthma hat er über viele Jahre Konzepte entwickelt, geforscht und promoviert. Seit 2000 leitet er die Akademie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, ein staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut für Kinderpsychotherapie mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie in Osnabrück. Josef Könning ist seit 20 Jahren in Gremien der Landes- und Bundeskammer und der Landes- und Bundeskassenärztlichen Vereinigungen in berufspolitischen Interessensvertretung aktiv. Veröffentlichungen im Bereich Krankheitsbewältigung bei Asthma, Enuresis, Körpertherapie, Problemanalyse und euthyme Techniken.

**Bernhard Kleining** ist approbiert als Psychologischer Psychotherapeut und als Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeut. Ausbildung in Verhaltenstherapie und Humanistischen Verfahren. Tätig in eigener Praxis, Kassenzulassung. Psychoonkologischer Arbeitsschwerpunkt seit ca. 30 Jahren. Lehraufträge an Uni und Ausbildungsinstituten. Supervisor und Selbsterfahrungsleiter bei der AKJP Osnabrück.

**Hamid Peseschkian** (Dr. med. habil.) leitet als Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie die Wiesbadener Akademie für Psychotherapie (WIAP), eine staatlich anerkannte bzw. ermächtigte tiefenpsychologisch fundierte Ausbildungs- und Weiterbildungsstätte für Psychologische Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Ärztliche Psychotherapie. Ärztlicher Direktor des Wiesbadener Psychotherapie-Zentrums (Aus- und Weiterbildungsambulanz). Weiterbildungsermächtigter für Psychotherapie der Landesärztekammer Hessen. Vorstandsmitglied des Weltverbandes für Positive Psychotherapie. Habilitation über

transkulturelle Psychotherapie. Internationale Seminar- und Ausbildungstätigkeit. Buchautor und wissenschaftliche Publikationen. Schwerpunkte: Psychotherapie-Ausbildung, humanistische Tiefenpsychologie, transkulturelle Psychotherapie, Positive Psychotherapie, psychodynamisches Stressmanagement und Life-Balance.

**Rainer Sachse** ist seit 1998 außerplanmäßiger Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Ruhr-Universität Bochum. Er ist Leiter des Instituts für Psychologische Psychotherapie (IPP), einem staatlich anerkannten Ausbildungs-, Forschungs- und Therapie-Institut. Sachse entwickelte die Klärungsorientierte Psychotherapie als eine Erweiterung der Gesprächspsychotherapie, beeinflusst von Carl Rogers, Leslie Greenberg und Klaus Grawe. Besonders bekannt sind seine Publikationen über Persönlichkeitsstörungen.

**Florian Sedlacek** (Dr. phil.) Dipl. Sozialpädagoge (FH), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (VT); Leitung Tagesklinik für Jugendliche, Kinder- und Jugendpsychosomatik, Klinikum rechts der Isar, TU München. Arbeitsschwerpunkt in der Klinik: Evaluation der Strategischen Jugendlichentherapie im teilstationären Setting für Jugendliche mit internalisierenden Störungen und Schulverweigerung.

**Serge Sulz** ist Psychologischer Psychotherapeut, approbierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Facharzt für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie – Psychoanalyse. Honorarprofessor am Lehrstuhl für Sozial- und Gesundheitspädagogik der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt für Grundlagen der Verhaltensmedizin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie für pädagogische Berufe. Bis 2012 Leiter der CIP-Akademie München. Feeling-Seen Therapeut und Supervisor (Familientherapie nach PBSP).

**Alfred Walter** (Dr. phil.) Psychotherapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen (PA, TP), Gruppen-, Paar- und Familientherapie, Traumatherapie. Abteilungsleitung CIP

TP-PA Kinder/Jugend. Lit.: u. a. zur psychoanalytischen Theorie und Behandlungstechnik, zur Paartherapie, Gruppentherapie sowie zur AIDS-Problematik.