

Von der Psychotherapie-Wissenschaft zur Kunst der Psychotherapie

Herausgegeben von Serge K. D. Sulz

Psychotherapie

2023 | 28. Jg. | Heft 2

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. med. Matthias Berger, Freiburg
Prof. Dr. med. Peter Buchheim, München
Prof. Dr. med. Gerd Buchkremer, Tübingen
Prof. Dr. phil. Josef Duss-von-Werdt, Luzern
Prof. Dr. med. Hinderk Emrich, Hannover
Prof. Dr. med. Manfred Fichter, Dipl.-Psych.,
Prien

Prof. Dr. med. Erdmuthe Fikentscher, Halle
Prof. Dr. Toni Forster, Dipl.-Psych., Dachau
Prof. Dr. med. Michael Geyer, Leipzig
Dr. med. Siegfried Gröninger, Dipl.-Psych.,
München

Prof. Dr. phil. Monika Hasenbring, Bochum
Prof. Dr. phil. Siegfried Höfling, Dipl.-Psych.,
Karlsfeld

Prof. Dr. phil. Renate de Jong, Dipl.-Psych.,
Münster

Prof. Dr. phil. Armin Kuhr, Dipl.-Psych.,
Hannover

Prof. Dr. med. Michael Linden, Dipl.-Psych.,
Berlin

Prof. Dr. phil. Jürgen Margraf, Dipl.-Psych.,
Basel

Prof. Dr. med. Rolf Meermann, Dipl.-Psych.,
Pyrmont

Prof. Dr. phil. Wolfgang Mertens, Dipl.-Psych.,
München

Priv.-Doz. Dr. phil. Mechthild Papousek,
München

Prof. Dr. phil. Franz Petermann, Dipl.-Psych.,
Bremen

Prof. Dr. phil. Eibe-Rudolf Rey, Dipl.-Psych.,
Mannheim

Prof. Dr. phil. Armin Schmidtke, Würzburg

Impressum

Psychotherapie

ISSN 2364-1517 (print)

ISSN 2699-2051 (digital)

www.psychosozial-verlag.de/psychotherapie

28. Jahrgang, 2023, Heft 2

<https://doi.org/10.30820/2364-1517-2023-2>

Herausgeber

Prof. Dr. phil. Willi Butollo, München

Prof. Dr. med. Thomas Bronisch, München

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Möller, München

Prof. Dr. phil. Dr. med. Serge K. D. Sulz, München

Schriftleitung

Serge K. D. Sulz

Manuskriptsendungen bitte an:

prof.sulz@eupehs.org

Erscheinungsweise

halbjährlich (April/November)

Anzeigen

Anfragen zu Anzeigen bitte an den Verlag:

anzeigen@psychosozial-verlag.de

Abonnementbetreuung

Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG

Walltorstr. 10

35390 Gießen

Tel. 0641/969978-26

Fax 0641/969978-19

bestellung@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Bezug

Jahresabonnement 33,90 € (zzgl. Versand)

Einzelheft 34,- € (zzgl. Versand)

Das Abonnement verlängert sich um jeweils ein Jahr, sofern nicht eine Abbestellung bis acht Wochen vor Beendigung des Bezugszeitraums erfolgt.

Copyright

© 2023 Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck – auch auszugsweise – mit Quellenangabe nur nach Rücksprache mit den Herausgebern und dem Verlag.

Hauptredaktion

Thomas Bronisch, Serge K. D. Sulz

Fachredaktionen

Psychiatrie und Psychotherapie: Prof. Dr. med.

Hans Peter Kapfhammer, Graz | Psychotherapeutische Medizin: Dr. med. Friedrich von Heymann,

München | Klinische Psychologie: Prof. Dr.

phil. Eibe-Rudolf Rey, Weinheim | Kinder- und

Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Dr. med.

Peter Altherr, Klagenfurt; Prof. Dr. med. Jörg

Wiese, Nürnberg | Psychotherapie im Alter: Prof.

Dr. Dr. Rolf Hirsch, Bonn | Tiefenpsychologie

und Psychoanalyse: Dr. phil. Matthias Lohmer,

München | Verhaltenstherapie: Prof. Dr. rer. nat.

Winfried Rief, Marburg | Familientherapie: Dr.

phil. Jörg Kaspar Roth, München | Gruppen-

therapie: Univ.-Doz. Dr. phil. Dieter Sandner,

München; Prof. Dr. phil. Volker Tschuschke,

Köln | Neue Psychotherapien: Dr. med. Wolf

Büntig, Penzberg | Pharmakotherapie: Prof. Dr.

med. Gerd Laux, Wasserburg | Klinische Ent-

wicklungspsychologie: Dr. phil. Gisela Röper,

München | Klinische Persönlichkeitspsycholo-

gie: Prof. Dr. rer. nat. Thomas Fydrich, Berlin |

Sexuologie: Dr. phil. Andreas Rose, Nürnberg;

PD. Dr. med. Thomas Moesler, Erlangen | Psy-

chotherapieforschung: Prof. Dr. med. Mathias

Berger, Freiburg; Prof. Dr. med. Horst Kächele,

Ulm | Prävention und Rehabilitation: Dr. med.

Mark Schmid-Neuhaus, München | Kliniken:

Prof. Dr. phil. Wolfgang Hiller, Mainz; Dr. med.

Rainer Schors, München | Tageskliniken: Dr. med.

Igor Tominschek, München | Ambulante Praxis:

Dipl.-Psych. Jochen Weidhaas, Bad Dürkheim |

Geschichtliches: Prof. Dr. med. Matthias Weber,

München | Ethik: Dr. med. Gebhard Allert, Ulm |

Redaktion Österreich: Prof. Dr. med. Gerhard

Lenz, Wien | Redaktion Schweiz: Dr. phil. Peter

von Tessin, St. Gallen

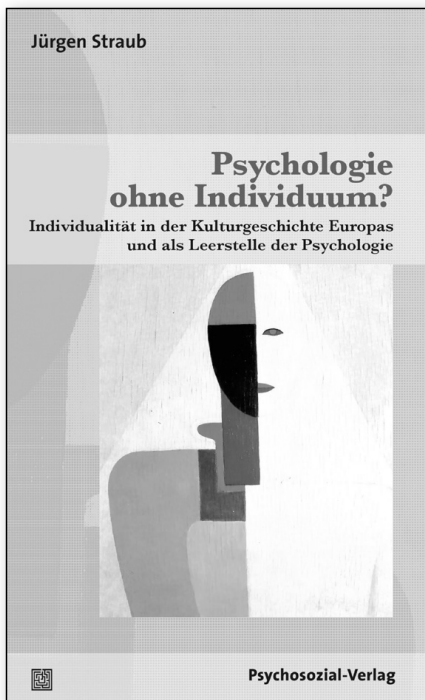
Inhalt

Editorial	5
Von der Psychotherapiewissenschaft zur Kunst der Psychotherapie: Die Kunst des Heilens lehren die PatientInnen und die erfahrenen PsychotherapeutInnen <i>Lars Theßen & Serge K. D. Sulz</i>	
Psychotherapie als Profession	11
<i>Michael B. Buchholz</i>	
Psychotherapieverfahren – im Unterschied zu allgemeiner, schulenspezifischer oder modularer Psychotherapie	23
<i>Michael Linden</i>	
Wie evident ist Evidenzbasierung?	33
Über ein gutes Konzept – und seine missbräuchliche Verwendung <i>Jürgen Kriz</i>	
Der wissenschaftliche Zugang der Hermeneutik zur Psychotherapie	55
<i>Hans-Joachim Hannich</i>	
Von der Psychotherapiewissenschaft zur Kunst der Psychotherapie	67
<i>Serge K. D. Sulz</i>	
Die Entwicklung von der Affekt- auf die Denken-Stufe	95
Der psychotherapeutische Schritt zu Affektregulierung und Selbstwirksamkeit <i>Lars Theßen</i>	
Die Entwicklung auf die Empathie-Stufe	115
Perspektivenwechsel führt zu Empathie und Mitgefühl <i>Lars Theßen</i>	
Rezension	135
Lieselotte Ahnert, <i>Auf die Väter kommt es an – Wie ihr Denken, Fühlen und Handeln unsere Kinder von Anfang an prägen</i> <i>Erika Butzmann</i>	



Jürgen Straub

Psychologie ohne Individuum?
Individualität in der Kulturgeschichte Europas
und als Leerstelle der Psychologie



2023 · 276 Seiten · Hardcover
ISBN 978-3-8379-3203-4

Das Individuum in seiner Einzigartigkeit spielt in der Psychologie so gut wie keine Rolle. Jürgen Straub analysiert diesen Sachverhalt und entfaltet ein Plädoyer für die Rehabilitierung einer Psychologie des Individuums und seiner Welt.

Er erinnert an das Erscheinen und die Aufwertung des modernen Individuums in der Geistes-, Ideen- und Kulturgeschichte Europas – von Jacob Burckhardts umstrittener »Entdeckung des Individuums in der italienischen Renaissance« bis hin zu neueren Forschungen Peter Burkes oder Larry Siedentops. Der Autor erörtert, weshalb das Prinzip der Individualität eine Herausforderung der nomologischen Psychologie darstellt, und er argumentiert dafür, dass gerade eine Wissenschaft vom Subjekt nicht daran mitwirken sollte, Individualität für irrelevant oder nicht erforschbar zu erklären. Konkrete Individuen in ihrer Einzigartigkeit zu beachten, zu beschreiben und zu verstehen, verspricht nicht nur eine Horizonterweiterung der zeitgenössischen Psychologie. Dieser die übliche Perspektive ergänzende Blick kommt auch der ethisch-moralischen und politischen Wertschätzung entgegen, die das Individuum seit Langem in vielen Teilen der Welt genießt.

Editorial

Von der Psychotherapiewissenschaft zur Kunst der Psychotherapie: Die Kunst des Heilens lehren die PatientInnen und die erfahrenen PsychotherapeutInnen

Lars Theßen & Serge K. D. Sulz

Psychotherapie 2023, 28(2), 5–9

<https://doi.org/10.30820/2364-1517-2023-2-5>

www.psychosozial-verlag.de/psychotherapie

Psychotherapie liegt im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Kunst. Im Spannungsfeld welcher Wissenschaft und welcher Kunst, das kann eine der Fragen sein, die sich stellen. Aber auch die Frage, ob es eine eigenständige Psychotherapiewissenschaft gibt, die abgrenzbar ist von Psychologie, Medizin oder Pädagogik. Wittchen und Rief (2015) bezeichneten 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, eine 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, in dem mehr Fortbildungsbereitschaft und lebens-

lange 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 Feldforschung, statt im veralteten hoch quantifizierten RCT-Labor-Paradigma à la Pharmakologieforschung 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 Editorial 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 noch 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 nur Scientists oder nur Practitioner zu sein – jeweils von sich überzeugt, den an-

deren 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 noch 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 in dem 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 Psychotherapieausbildung 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 Patienten und keiner Patientin leibhaftig in der professionellen

BehandlerInnenrolle gegenübergestanden wurde, dass also keine eigene Behandlung unter Supervision stattfand (als StudentIn auch nicht stattfinden 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. Solange sie ihre Prämissen nicht infrage stellen, bestätigen sie sich mit ihrer Logik.

Ihre Argumentation ist dabei widersprüchlich. Einerseits setzen sie Psychologie und Psychotherapie gleich, andererseits denken sie nicht daran, das künftige Studium der Psychotherapiewissenschaft ebenso praxisorientiert (bis zu 50 % Praxislernen) 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. Ab 1999 war sie das angestrebte Ziel der Psychotherapieausbildung. 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 UniversitätsärztInnen MedizinstudentInnen zu approbierten ÄrztInnen ausbilden können und Univer-

sitätspsychologInnen nicht PsychologiestudentInnen 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 UniversitätspsychologInnen 40 bis 60 Stunden in einer theoretischen Einrichtung und höchstens fünf 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 sehr geeignet, den praktischen Teil der Psychotherapieausbildung 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/der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn ist und wie komplex diese Ausbildung ist, scheint bislang nicht erfasst worden zu sein. Sonst würde niemand den Mut aufbringen, dies zu behaupten.

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 20-jährigem 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 15 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 StatuskämpferInnen 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 vergleichbarer systematischer Lernprozess möglich ist – im Erwachsenenbereich nicht und erst recht nicht im Kinder- und Jugendbereich. Denn die Kliniken haben weder die personellen noch die strukturellen oder 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 Psychotherapie nicht umfassend 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 berufsbegleitend statt, sodass kein Flaschenhals an Arbeitsstellen entstehen musste, wie es künftig der Fall sein wird. Es müssen 5.000 Klinikstellen vorgehalten werden, wenn der Bedarf an PsychotherapeutInnen gedeckt werden soll (bei 2.500 Abschlüssen pro Jahr und zwei Jahren Klinikfähigkeit). Da dies nicht realisierbar ist, weil weder der Staat noch die Krankenkassen die finanziellen Mittel dafür aufbringen, werden nicht wenige 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 hinausgeht, sei dahingestellt. Psychotherapie ist auch in dieser Hinsicht nicht vergleichbar mit Medizin.

Literatur

- Buchholz, M.B. (1999). Einleitung. In Buchholz, M.B., *Psychotherapie als Profession* (S. 5–24). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Sachse, R., Fasbender, J. & Hammelstein, P. (2014). Wie sollte eine Ausbildung in Psychotherapie beschaffen sein? Eine psychologische Analyse didaktischer Erfordernisse. In Sulz, S.K.D. (Hrsg.), *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* (S. 15–37). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (Hrsg.). (2014). *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* München: CIP-Medien.
- Wittchen, H.-U. & Rief, W. (2015). Wieviel Psychologie steckt in der Psychotherapie? *Verhaltenstherapie*, 25(2), 90–91. <https://doi.org/10.1159/000430796>

Psychotherapieverfahren – im Unterschied zu allgemeiner, schulenspezifischer oder modularer Psychotherapie

Michael Linden

Psychotherapie 2023, 28(2), 23–32

<https://doi.org/10.30820/2364-1517-2023-2-23>

www.psychosozial-verlag.de/psychotherapie

Zusammenfassung: Es gibt viele Formen verbaler Intervention, von hilfreichen Gesprächen zwischen Laien, über die allgemeine Patientenführung, die Psychoedukation, Krisengespräche, kurzfristiges therapeutisches Counselling. Darüber hinaus gibt es nach gesetzlicher Vorgabe Psychotherapie, die an eine spezielle Fachkunde gebunden ist, das heißt die fachärztliche verfahrensspezifische Psychotherapie und die Richtlinienpsychotherapie. »Psychotherapieverfahren« sind definiert über eine Therapietheorie, aus der sich theoretische, hypothetische Konstrukte bzw. Theoriebegriffe ableiten, mit Übersetzung in technische Operationalisierungen und empirischer Evidenz, dass ein derartig begründetes Vorgehen die Chance hat, dem Patienten mehr zu helfen als zu schaden. Dies kann so für idiosynkratische oder beliebige Therapiekonzepte nicht angenommen werden. Eine Verfahrensbindung ist damit eine unverzichtbare Voraussetzung für die Qualitätssicherung in der Psychotherapie und die Ausbildung von Psychotherapeuten.

Schlüsselwörter: Richtlinienpsychotherapie, Qualitätssicherung, verbale Interventionen, Psychotherapietheorie, Evidenzbasierung

Definition von Psychotherapie

Psychotherapie ist eine unverzichtbare Therapieform in der Behandlung vieler Krankheiten und Patienten, erbracht durch viele Therapeuten. Wie für alle Therapien, so ist aus klinischer wie versorgungspolitischer Sicht auch von der Psychotherapie zu fordern, dass sie wissenschaftlich fundiert, evidenzbasiert, indikationsspezifisch und qualifiziert zur Anwendung kommt. »Psychotherapie« ist dabei abzugrenzen von vielen anderen Formen allgemeiner hilfreicher Gespräche. Des Weiteren sind eine Reihe professioneller verbaler Interventionen zu unterscheiden, die nicht alle als Psychotherapie zu bezeichnen sind (Tab. 1).

Psychotherapie ist eine heilkundliche Maßnahme, die an eine Approbation und eine spezielle Fachkunde gebunden ist. Nach den rechtlich verbindlichen Vorgaben des »Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie« (WBP, 2022) ist *Psychotherapie* eine zielgerichtete, theoriegeleitete, evidenzbasierte Beeinflussung von körperlichen und seelischen Prozessen und Zuständen im Zusammenhang mit Störungen von Krankheitswert durch angeleitetes Lernen und Interaktionsverhalten eines approbierten Psychotherapeuten. Es gibt eine nahezu unendliche Fülle von *Psychotherapieformen* und -namen. Nur einige davon erfüllen die Voraussetzungen, um als *Psychotherapieverfahren* im Sinne einer heilkundlichen Behandlung angesehen zu werden. Darunter

Tabelle 1: Beispiele verbaler Interventionen

Allgemeinmenschliche verbale Interaktionen	
zwischenmenschliche Begegnungen	jedermann
Ratschläge	jedermann
Schulung	Fachkunde
Selbsthilfeunterstützung	Betroffene
Führung	Vorgesetzte
Beratung	Fachkunde
Coaching	Fachkunde
Training von Fähigkeiten	Trainerstatus
Menschenführung, Agitation	jedermann
Pastorale, Erziehung	Beauftragung
Professionelle Gesprächsführung	
allgemeine Arzt-Patient-Interaktion	jeder Therapeut
psychotherapeutische Krisenintervention	jedermann
Unterstützung zur Krankheitsverarbeitung	jeder Therapeut
Psychoedukation	jeder Therapeut
therapeutische Beratung	jeder Therapeut
partizipative Entscheidungsfindung	jeder Therapeut
supportive Psychotherapie (> 30 Min.)	jeder approbierte Therapeut
psychosomatische Grundversorgung	Ärzte mit spez. Fachkunde
Psychotherapie	
psychiatrische Psychotherapie	Facharzt
Richtlinienpsychotherapie	Ärztl. und Psychol. Psychotherapeuten
stationäre Psychotherapie	multidimensional und interdisziplinär

versteht man unter Bezug auf das Psychotherapeutengesetz, PsychThG (BMJ, 2020), einen Kanon von psychotherapeutischen Techniken und Störungstheorien, die einer psychotherapeutischen Grundorientierung zuzurechnen sind, die ermöglichen, weitgehend das gesamte Spektrum an psychischen Störungen zu behandeln, sodass ein Therapeut, der ein Psychotherapieverfahren erlernt hat, danach in der Lage ist, mit den ihm zur Verfügung stehenden Theorien und

Techniken unterschiedliche Erkrankungen erfolgreich zu behandeln.

Elemente von Verfahren sind *Methoden* (z. B. EMDR) und *Strategien* (z. B. Selbstsicherheitstraining), das heißt therapeutische Interventionen mit technisch und theoretisch eingeschränktem Indikationspektrum. Schließlich gibt es noch Techniken im Sinne umschriebener Vorgehensweisen eines Psychotherapeuten, die auf dem Boden eines verfahrensspezifischen Krankheitsmodells zum Einsatz kommen und zumeist auch transdiagnostisch bei unterschiedlichen Störungen eingesetzt werden.

Zusätzlich ist der Begriff der *Richtlinienpsychotherapie* von Bedeutung. Das sind Verfahren, die vom G-BA in der Psychotherapierichtlinie (G-BA, 2021) als honorierungsfähig aufgelistet sind und für die es enge inhaltliche und umfangsmäßige Vorgaben gibt.

Unabhängig von diesen Regularien ist Psychotherapie das, was ein Psychotherapeut tut. Sie muss daher lehr- und

lernbar sein. In diesem Sinne ist ein Verfahren das, was ein angehender Therapeut in etwa drei Jahren Ausbildungszeit lernen kann, um danach für seine Berufsausübung gerüstet zu sein. Daraus folgt, dass ein »Psychotherapieverfahren« nicht nur über theoretische Annahmen definiert wird, sondern auch einen Set an Handlungsvorschriften und -kompetenzen umfasst. Das PsychThG (BMJ, 2020) ist daher auch ein Berufsgesetz.

Psychotherapietheorie

Ein Psychotherapeut muss beschreiben können, was er vorhat oder getan hat. Dazu bedarf es einer Fachsprache zur Kommunikation mit Kollegen, um idiosynkratischen Definitionen und Missverständnissen vorzubeugen und um gegebenenfalls auch überprüfen zu können, ob getan wurde, was behauptet wurde. Wenn ein Therapeut beispielsweise einen Antrag auf Einleitung einer Verhaltenstherapie stellt, dann muss überprüfbar sein, ob er auch die bewilligte und bezahlte Therapieform erbracht hat, gegebenenfalls sogar vor Gericht. Das erfordert, dass es eine Operationalisierung von Verhaltenstherapie geben muss, auf die sich Therapeut, Patient und Kostenträger beziehen können (Linden & Hautzinger, 2022). Dies erfordert wissenschaftstheoretisch, wie in der Praxis, eine Theoriebindung und daran geknüpfte Operationalisierungen der verwendeten Begriffe. Gleiches gilt für jedes andere Psychotherapieverfahren. Es gibt keine wissenschaftliche Psychotherapie ohne eine zugrunde liegende Theorie und einen darin eingebetteten Begriffsapparat.

Wenn also beispielsweise jemand den Begriff »Übertragung« oder »automatischer Gedanke« benutzt, dann sind dies keine Gegenstände, die man sehen könnte, sondern unter wissenschaftstheoretischer Betrachtung »hypothetische Konstrukte« (Wirtz, 2021). Ihre Konnotation ist nur zu verstehen unter Bezug auf die Theorie, aus der sie stammen. Durch den Theoriebezug wird der Begriff der »Übertragung« überhaupt erst verstehbar, einschließlich weitreichender theoretischer Annahmen über frühkindliche Beziehungen. Gleichermäßen macht das Wort »Widerstand« fachlich nur Sinn im Kontext der psychodynamischen Übertragungstheorie, während es im verhaltenstherapeutischen Kontext inhaltsfrei ist. Wenn in der Verhaltenstherapie

ein Patient nicht tut, was von ihm erwartet wird, dann hat das nichts mit »Widerstand« zu tun, sondern eine Verhaltensanalyse dürfte hundert andere Erklärungen finden. Auch der Begriff des »automatischen Gedankens« ist nicht gleichzusetzen mit dem, »was der Patient sich gedacht hat«, sondern nur zu verstehen unter Bezug zum Beispiel auf die Theorie der Grundannahmen und die Attributionstheorie. Die theoriefreie Verwendung von Fachbegriffen im Sinne der Alltagssprache sind ein häufiger Kunstfehler in Psychotherapiekreisen. Ebenso ist die »Reifizierung«, das heißt Verdinglichung hypothetischer Konstrukte, wissenschaftstheoretisch und fachlich ein Fehler und ein Kennzeichen von Unprofessionalität (Kornmesser & Büttemeyer, 2020; Gabriel et al., 2021). Aus diesen Überlegungen folgt, dass psychotherapeutische Begriffe nicht aus einer Therapietheorie (psychotherapeutische Schule) in eine andere übertragen werden können.

Evidenzbasierung

Psychotherapie muss zielorientiert sein und ist nur erlaubt, wenn mit gewisser Wahrscheinlichkeit eine Besserung des vorliegenden Problems möglich erscheint. Dies kann nicht aus dem Optimismus, guten Wünschen oder dem Selbstbewusstsein aller Beteiligten abgeleitet werden, sondern nur aus einer Evidenzbasierung. Der Patientenschutz und die Anforderungen an die Qualitätssicherung verlangen empirische Belege dafür, welches Vorgehen zumindest im Grundsatz als wirksam anzusehen ist. Dies erfordert Daten aus der empirischen Psychotherapieforschung. Die Therapieevaluation folgt grundsätzlich einem Stufenprozess (Linden, 1987; BUVEBA, 2022; GCP-Network, 2022). Dies gilt für die Pharmakotherapie, die Chirurgie oder jede

andere Heilmethode, also auch die Psychotherapie.

Die »Phase 0« umfasst Laborstudien. In der Psychotherapie könnten dies Tierexperimente zu Konditionierungsprozessen sein. Die »Phase 1« beinhaltet Untersuchungen an gesunden Probanden, zum Beispiel Übungen zur Angstbewältigung mit Psychologiestudenten. Die »Phase 2« umfasst erste Therapieerprobungen an Patienten, häufig mit kleinen Fallzahlen und offenen Studien. In »Phase 3« werden größer angelegte randomisiert-kontrollierte Studien (RCT, randomized controlled clinical trial) mit sauber definierten Populationen durchgeführt, das heißt typischerweise mit ausgewählten Erkrankungen und festgelegten Interventionen. Dies ist zum einen unverzichtbar, weil nachvollziehbar sein muss, was überhaupt gemacht und behandelt wurde. Zum Zweiten verlangen auch die Sozialversicherungen und der Gesetzgeber störungsspezifische Wirkungsnachweise. Selbstsicherheitstraining ist eine gute Sache für Manager. Für die Krankenkassen kommt eine Kostenübernahme jedoch nur infrage, wenn das Selbstsicherheitstraining zur Linderung einer Angststörung taugt. Daher verlangt auch der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie bei der Verfahrensprüfung eine Mindestzahl an störungsspezifischen RCTs (WBP, 2022). Im Ergebnis spricht man von einem »Effizienznachweis«. In der »Phase 4« wird dann mittels Anwendungsbeobachtungen erfasst, in welchem Umfang bei welchen Indikationen eine bestimmte Therapie in der Routine zum Einsatz kommt, mit welchen Modifikationen und auch Wirkungen. In dieser Phase kann kein Wirksamkeitsbeleg erbracht werden, sondern nur geprüft werden, inwieweit die aus den RCT abgeleiteten Effektivitätserwartungen unter Routineanwendungsbedingungen noch Bestand haben. Man spricht von »Effektivitätsnachweisen«.

Es wird immer wieder eine Grundsatzkritik an RCTs in der Psychotherapieforschung geäußert (Eckert, 2019; Kriz, 2019). Das Argument ist, dass die eingeschlossenen Populationen sehr selektiert seien, es in der Praxis keine vergleichbaren »sauberen« Krankheitsfälle gebe und dass das standardisierte methodische Vorgehen den Therapeuten in seiner Kreativität inakzeptabel einschränke. Deshalb seien Beobachtungen der Anwendungsroutine sehr viel aussagekräftiger und als Wirksamkeitsnachweis hinreichend. Ähnliches wurde vor Jahren von der pharmazeutischen Industrie vorgetragen, um sich RCT zu ersparen, jedoch von Fachverbänden und den Regulierungsbehörden in aller Deutlichkeit als inakzeptabel zurückgewiesen (Linden et al., 1994), da es fachlich nicht korrekt ist und gegebenenfalls von einem unzureichenden Verständnis der Grundlagen der therapeutischen Wirkungs- und Wirksamkeitsforschung zeugt. Es gilt grundsätzlich, dass ein Therapieansatz, der unter »sauberen« Therapiebedingungen einer RCT keine Wirkung zeigen konnte, unter komplexen Praxisbedingungen erst recht keine Wirksamkeit haben kann.

Qualitätssicherung und Verfahrensspezifität

Die Qualitätssicherung erfordert, dass sich ein Therapeut möglichst eng an das anlehnt, was empirisch als wirksam und sinnvoll beschrieben wurde. Für ein idiosynkratisches Vorgehen nach »Bauchgefühl« oder gute Einfälle eines Therapeuten gibt es keine Evidenzbasierung, keine kritische Möglichkeit zur Prognoseabschätzung und keine Kenntnis über potenzielle Negativwirkungen. Ein Therapeut muss sich daher an etablierte Fachstandards halten. Darüber hinaus muss sein therapeutisches Vorgehen

auch durch Dritte beurteilt werden können, um Verstöße gegen geltende Fachstandards feststellen und gegebenenfalls haftungs- und strafrechtlich ahnden zu können. Schließlich muss Psychotherapie nach der Vorgabe der Solidarversicherungen auch zu unterscheiden sein von Manager-Training, Well-being-Angeboten, Partnerschafts-, Berufs- und Erziehungsberatung oder Zauberei. Psychotherapie ist eine Krankenbehandlung und damit auch eingeordnet in allgemeine Regeln des Sozial- und Heilkunderechts, was die Freiheit eines Therapeuten erheblich einschränkt, da er nicht tun kann, was er will, und nicht einmal das, was er für gut oder optimal hält, sondern das, was den Indikations- und Notwendigkeitsregeln des Sozialsystems entspricht.

Diese Anforderungen an eine professionelle heilkundliche Psychotherapie setzen auch Grenzen für eine Methodenintegration. Die wissenschaftliche wie versorgungspolitische Diskussion um die Stichworte »allgemeine Wirkfaktoren«, »modulare Psychotherapie« oder »integrative Psychotherapie« ist getragen von dem Ziel einer schulenübergreifenden »allgemeinen Psychotherapie«. Dies beinhaltet, dass eine neue Therapietheorie entwickelt wird, die den Anspruch für sich erhebt, besser zu sein als die bisherigen Theorien und diese damit überflüssig zu machen. Das Konzept der »allgemeinen Psychotherapie« ist vielfach brillant formuliert und publiziert worden, müsste jedoch erst einmal empirisch belegt werden. Für das Konzept der sogenannten »Methodenintegration« oder »allgemeinen Psychotherapie« gilt aber, dass es letztlich nichts anderes ist als eine »neue Psychotherapieschule« und dass für die dort benutzten Begriffe dasselbe gilt wie für die Begriffe der anderen Psychotherapieschulen. Sie haben keine allgemeine Anwendbarkeit, sondern sind ebenfalls theoriegebunden, nicht übertragbar und

müssten zunächst einen Wirksamkeitsnachweis zeigen. Zudem gilt, dass vieles, was als »integrativ« bezeichnet wird, bei näherer Betrachtung sehr wohl verfahrensspezifisch ist. Die »allgemeine Psychotherapie« glaubt an die Wirkung von Basisvariablen und stellt im Kern eine Form der klientenzentrierten Psychotherapie dar, die ebenfalls an allgemeine Wirkfaktoren glaubt, wofür es aber nur begrenzt empirische Evidenz gibt. Die sogenannte »modulare Psychotherapie« ist bei genauerer Betrachtung eine Auflistung verhaltenstherapeutischer Techniken und Strategien, wie sie seit jeher transdiagnostisch zur Anwendung kommen.

Ein weiteres Argument gegen die Psychotherapieverfahren ist die Behauptung, dass dadurch der Fortschritt in der Psychotherapieentwicklung, -verbreitung und -anwendung behindert werde (Nübling, 2008; Eckert, 2019; Kriz, 2019). Dies ist ein geradezu ethisch bedenkliches Argument, da es impliziert, dass wissenschaftlicher Fortschritt dadurch zustande komme, dass Therapeuten ihre ungeprüften Einfälle, so genial und neu sie sein mögen, grenzenlos an Patienten ausprobieren dürften. Das ist seit der Nazizeit und der folgenden Deklaration von Helsinki (WMA, 2022) nicht mehr erlaubt. Kein Wissenschaftler ist deswegen jedoch gehindert, neue Psychotherapiemethoden und -verfahren zu entwickeln. Bevor er sie jedoch in die Routinetherapie überführen darf, sind erst einmal wissenschaftliche Belege für die Wirksamkeit und Unbedenklichkeit vorzulegen. Dies folgt klaren Regeln mit Studienplänen, Prüfung durch Ethikkommissionen, spezieller Aufklärung der eingeschlossenen Patienten usw. Neue Einfälle eines Wissenschaftlers oder Berufspolitikers ohne derartige Prüfung anzuwenden, verletzt Grundregeln des Patientenschutzes, der Aufklärungsregeln und der Deklaration von Helsinki (WMA, 2022).