

INHALTSVERZEICHNIS

EDITORIAL

- 2 Psychotherapieforschung
- 4 Recherche en psychothérapie
Peter Schulthess

ORIGINALARBEIT (TITELTHEMA)

- 6 Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S): Studiendesign und Machbarkeit
- 22 Étude de la pratique de la psychothérapie ambulatoire en Suisse (PAP-S) : design et faisabilité
Agnes von Wyl, Aureliano Cramer, Margit Koemeda, Volker Tschuschke, Peter Schulthess
- 23 Fehler machen - aus Fehlern lernen? - Perspektiven zur Klassifizierung von psychotherapeutischen Fehlern und dem Umgang damit
- 32 Commettre des erreurs – en tirer des leçons? De la classification des erreurs en psychothérapie et de leur gestion
Brigitte Schigl, Silke Birgitta Gahleitner
- 34 Kompetenzforschung in der Psychotherapie - Bericht über eine Fortbildungstagung der Schweizer Charta für Psychotherapie vom 22.6.2013
Yvonne Traber

DISKUSSION

- 41 Quo vadis Psychotherapie? Ein Studium der Psychologie und Psychotherapiewissenschaft als „dritter Weg“
- 50 Où va la psychothérapie? Des études de psychologie et de science psychothérapeutique en tant que « troisième voie »
Gottfried Fischer, Rosmarie Barwinski

REZENSION

- 58 Wolfgang Senf, Michael Broda (Hrsg.): Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch
Margit Koemeda
- 60 Jean-Michel Quinodoz: Freud lesen: Eine chronologische Entdeckungsreise durch sein Werk
Helen Schmid Blumer

Editorial

Peter Schulthess

Psychotherapieforschung

Mit diesem Heft werden Beiträge aus drei verschiedenen Feldern der Psychotherapieforschung präsentiert: Praxisforschung, Risikenforschung und Kompetenzforschung.

Wie Psychotherapie unter randomisierten und kontrollierten Rahmenbedingungen wirkt, darüber liegen viele Studien vor. Allerdings handelt es sich dabei um Laborstudien. Diese haben als Einschränkung, dass sie nichts darüber aussagen können, wie sich ein Therapieansatz unter gewöhnlichen Praxisbedingungen bewährt, wo man die Stichprobe nicht nach bestimmten Ein- und Ausschlusskriterien auswählt. Es herrscht nach wie vor ein grosser Mangel an Studien, welche die Wirksamkeit und Wirksamkeitsfaktoren unter naturalistischen Praxisbedingungen untersucht. Das gilt für praktisch alle Therapierichtungen, auch für jene, die eine grosse Anzahl von RCT-Laborstudien vorzuweisen haben, denn deren Resultate sind nicht übertragbar auf Therapieverläufe unter naturalistischen Praxisbedingungen.

Bei dieser Ausgangslage waren die OrganisatorInnen der PAP-S (Praxisstudie ambulante Psychotherapie – Schweiz) optimistisch, eine möglichst grosse Zahl von in der Schweiz zugelassenen Psychotherapierichtungen einbeziehen zu können. Nebst den in der Charta vertretenen Richtungen sollten auch die Verhaltenstherapie, die systemische Therapie und die personenzentrierte Psychotherapie mituntersucht werden. Leider ist das nicht gelungen. Die ausserhalb der Charta stehenden Schulen fanden das Projekt zwar interessant, bemängelten aber, nicht von Beginn weg in der Erarbeitung des Studiendesigns einbezogen gewesen zu sein, sowie die hohen Kosten zur Teilnahme (die Institutionen mussten sich an der Finanzierung der Studie entsprechend ihrer Grösse mitbeteiligen, da sie nur teilweise fremdfinanziert werden konnte). Von einer Richtung her wurde gar argumentiert, man wolle doch nicht den kleineren Schulen die Gelegenheit geben, zu zeigen, dass sie möglicherweise ebenso wirksam seien wie die etablierten, deren Wirksamkeit etwa im Rahmen der deutschen Verhältnisse anerkannt ist - das würde nur der eigenen Stellung im Anerkennungswettbewerb schaden. Sollte es noch eines Beweises bedürft haben, dass auch Psychotherapieforschung nicht nur vom Interesse an wissenschaftlichen Fragen zur Wirksamkeit und Effektivität orientiert ist, sondern auch vom finanziellen Verteilungskampf beeinträchtigt wird, hier ist einer.

Dennoch: Auch wenn selbst die in der Charta gut vertretenen tiefenpsychologischen Richtungen in der Studie ebenfalls nur marginal vertreten waren, es ist doch ein spannender Datensatz zu Stande gekommen, dessen Auswertung zu relevanten Aussagen führen kann, was denn in der Psychotherapie wirklich wirkt. Für ein naturalistisches Studiendesign verfügten die Forschenden über optimale Bedingungen: Eine motivierte Praxisorganisation gab den Impuls, mit zwei externen Hochschulen eine Forschungszusammenarbeit zu finden. Doch selbst hier sind nicht alle Hindernisse, PraktikerInnen zur Teilnahme an Forschung zu bewegen, überwunden worden. Einige der mitwirkenden Schulen haben aber doch genügend Therapieverläufe einbringen können, um statistisch bedeutsame Aussagen machen zu können.

Der Beitrag von von Wyl et al. beschreibt das Design der Forschung und präsentiert Ergebnisse.

Schigl und Gahleiter präsentieren ein Forschungsprojekt zu Fehlern in der Psychotherapie. Es ist unbestritten, dass auch in Psychotherapien Fehler geschehen, teils mit fatalen Auswirkungen für die PatientInnen. Nötig ist wie in anderen Berufen eine Fehlerkultur, so dass man aus Fehlern auch lernen kann, was wiederum Rückwirkungen auf die Ausbildung haben soll. Das Forschungsprojekt der Donau Universität Krems liefert hierzu gute Vorarbeit.

Auch aus einem dritten Forschungsbereich wird berichtet. Traber fasst eine Präsentation an einer Charta-Fortbildungstagung zusammen, wo es um ein Projekt zur Kompetenzforschung der Universität Kassel ging. Die Kompetenzforschung ist noch wenig etabliert, dabei liegt da ein grosses Feld brach: Welche Kompetenzen benötigen PsychotherapeutInnen, um wirksame TherapeutInnen zu sein? Wie werden diese optimal im Rahmen der Ausbildung erworben und vermittelt? Wie kann überprüft werden, ob diese Kompetenzen am Ende einer Ausbildung auch wirklich erworben worden sind? Das sind Fragen, welche alle Ausbildungsinstitute im Interesse einer Qualitätsüberprüfung und laufenden Verbesserung der Ausbildungsqualität beschäftigen müssen.

Diese drei Forschungsfelder berühren sich und die jeweiligen Resultate werden auch die Fragestellungen und Antworten im jeweils anderen Feld befruchten.

Im Beitrag „Quo vadis Psychotherapie“ präsentieren Fischer und Barwinski Überlegungen zur Notwendigkeit und zum Aufbau eines Direktstudiums in Psychotherapie-Wissenschaft. Sie fordern eine Abkehr von der Konstruktion, dass erst ein Abschluss in Psychologie vorliegen müsse, um danach eine postgraduale Weiterbildung in Psychotherapie zu machen. Sie skizzieren, wie die Psychotherapie an den Universitäten eigenständig durch Institute für Psychotherapie im Direktstudium gelehrt werden könnte.

Zwei Buchbesprechungen runden die Texte dieses Heftes ab.

Éditorial

Peter Schulthess

Recherche en psychothérapie

Le présent numéro contient des articles en rapport avec trois domaines différents de la recherche en psychothérapie : pratique, risques et compétences.

De nombreuses études se sont intéressées aux effets de la psychothérapie dans des conditions randomisées et sous contrôle. Mais il s'agit de travaux menés en laboratoire, qui ne fournissent que certaines informations sur la manière dont une méthode donnée agit dans les conditions habituelles de la pratique ; à ce niveau, on ne peut pas définir un échantillon en fonction de certaines critères d'inclusion ou d'exclusion. Il y a donc encore un manque d'études examinant l'efficacité et ses facteurs contributifs dans les conditions naturelles de la pratique. Ceci s'applique à pratiquement tous les courants de thérapie, même ceux qui ont mené de nombreuses études en laboratoire, puisque leurs résultats ne peuvent pas être transférés dans le quotidien des traitements.

Compte tenu de ce contexte, les responsables de la PAP-S (étude de la pratique ambulatoire en Suisse) espéraient pouvoir examiner un nombre aussi grand que possible de courants psychothérapeutiques reconnus en Suisse. En plus des courants représentés par les membres de la Charte, il aurait fallu également étudier la thérapie du comportement, la thérapie systémique et la psychothérapie centrée sur la personne. Cela n'a malheureusement pas été possible. Les institutions qui ne sont pas affiliées à la Charte ont trouvé le projet intéressant mais elles se sont plaintes du fait qu'elles n'avaient pas participé dès le début à l'élaboration de ce dernier. Elles ont également critiqué ses coûts élevés (les institutions devaient contribuer financièrement à l'étude en fonction du nombre de leurs affiliés, car l'ensemble du projet ne recevait pas de subsides). L'argument suivant a en outre été utilisé, du moins par les représentants d'une méthode : il ne faut pas que les 'petits courants' aient l'occasion de démontrer que leurs méthodes sont aussi efficaces que celles des courants établis (comme ceux qui sont reconnus en Allemagne) – cela ne ferait que nuire aux 'grands courants' au moment où ils demanderaient à être homologués. Cela montre bien que la recherche en psychothérapie n'est pas axée uniquement sur des questions scientifiques, mais également sur des questions liées à la répartition des moyens financiers – la preuve en a été faite dans le contexte de la PAP-S!

Et pourtant : même si les courants appartenant à la psychologie des profondeurs n'ont joué qu'un rôle marginal dans l'étude, celle-ci a permis d'acquérir des données intéressantes sur la manière dont la psychothérapie agit. Les conditions sous lesquelles une étude naturaliste pouvait être menée étaient excellentes et ses responsables ont réussi à obtenir la collaboration de deux universités. Il reste qu'il n'a pas été facile de motiver un nombre important de praticiens à une participation. Mais certains courants ont contribué un nombre suffisant de traitements pour qu'il soit possible de formuler des énoncés statistiquement valides. Dans leur article von Wyl et al. décrivent le design de l'étude et présentent certains de ses résultats.

Schigl et Gahleiter traitent d'un projet de recherche qui s'est intéressé aux erreurs en psychothérapie. Il est indéniable que des erreurs sont commises et qu'elles peuvent avoir des effets fatals pour les patients. Comme dans d'autres professions, il faut donc mettre en place une culture qui permette d'en tirer des enseignements ; cela a également des conséquences au niveau de la formation. La recherche menée à l'Université du Danube (Krems) représente une bonne base dans ce sens.

Un article est consacré à un troisième domaine de recherche : Traber résume un projet mené par l'Université de Kassel et présenté lors d'une rencontre de la Charte. Il s'agit d'une étude s'intéressant aux compétences des thérapeutes, un domaine encore peu étudié : quelles sont les compétences dont les psychothérapeutes doivent disposer pour être efficaces ? Comment celles-ci peuvent-elles être acquises et enseignées dans le cadre de la formation ? Comment peut-on vérifier que cela a bien été le cas, s'agissant des diplômés ? Il s'agit de questions qui devraient intéresser tous les instituts de formation qui souhaitent maintenir et améliorer la qualité de leurs filières.

Ces trois domaines de recherche sont proches les uns des autres et les résultats acquis par les chercheurs dans l'un d'eux devraient permettre de répondre à des questions relatives aux deux autres.

Enfin, dans l'article intitulé « Où va la psychothérapie ? » Fischer et Barwinski présentent des arguments favorables à la mise en place de filières directes en science psychothérapeutique. Ils demandent que l'on abandonne le système selon lequel l'accès à la formation postgrade n'est possible qu'une fois que la personne a

terminé ses études de psychologie. Ils esquissent la manière dont la psychothérapie pourrait être enseignée dans les universités, des départements spécifiques et autonomes étant créés dans ce but.

Deux comptes-rendus d'ouvrages publiés en allemand sont également inclus dans le présent numéro.

Originalarbeit (Titelthema)

Agnes von Wyl, Aureliano Cramer, Margit Koemeda, Volker Tschuschke, Peter Schulthess

Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S): Studiendesign und Machbarkeit

Zusammenfassung: Im Rahmen der Forderung nach Evidenzbasierung in der Medizin wird auch von der Psychotherapie der Nachweis verlangt, dass sie wirksam ist. Deshalb hat die Charta für Psychotherapie, der schweizerische Dachverband für psychotherapeutische Ausbildungsinstitutionen, im Jahr 2004 die Initiative ergriffen, eine prospektive, naturalistische Psychotherapie-Outcomestudie durchzuführen. Alle der Charta angegliederten Institute wurden angefragt, sich an der Studie zu beteiligen. In der Schweiz sind nach wie vor verschiedenste psychotherapeutische Richtungen präsent. Deshalb bietet diese Studie auch die einmalige Gelegenheit zu untersuchen, ob die TherapeutInnen der verschiedenen Schulen tatsächlich die als schulenspezifisch deklarierten Techniken benutzen, oder ob es z.B. einige wenige Techniken gibt, die breit angewendet werden.

Im vorliegenden Artikel werden in erster Linie das Studien-Design und deskriptive Daten der Baseline-Erhebung vorgestellt. Aus 9 verschiedenen psychotherapeutischen Instituten waren 86 Therapeuten bereit, an der Studie teilzunehmen. Sie rekrutierten insgesamt 362 PatientInnen, 238 Patientinnen und 124 Patienten im Alter zwischen 17 und 72 Jahren.

Bezogen auf die 5 wichtigsten Outcome-Instrumente zeigte sich, dass 80% der PatientInnen zu Beginn der Therapie in mindestens einem Instrument eine Einschätzung im dysfunktionalen Bereich hatten. 90% der PatientInnen hatten eine Diagnose auf der Achse I des DSM IV. Weitere Auswertungen werden Outcome- und Prozess-Outcome-Ergebnisse zum Inhalt haben.

Schlüsselwörter: Psychotherapie, Outcome-Studie, prospektiv naturalistisches Design, psychotherapeutische Techniken

Effectiveness of Outpatient Psychotherapy in Switzerland (PAP-S study): Study design and feasibility.

Abstract: In the context of the demand for evidence-based medicine, also psychotherapy is expected to demonstrate its effectiveness. For this reason, the Swiss Charta for Psychotherapy, the umbrella organization for psychotherapy education and training institutions in Switzerland, launched a prospective, naturalistic psychotherapy outcome study in 2004. All member institutions of the Charta were invited to participate in the study. In Switzerland many types and subtypes of psychotherapy continue to exist. The study therefore also provides the unique opportunity to investigate whether therapists belonging to the different schools of therapy in fact utilize the techniques declared to be specific to their types of psychotherapy, or whether, for instance, there are just a few techniques that are widely utilized.

This article primarily presents the study design and the descriptive data in the baseline survey. Participating were 86 therapists at nine psychotherapy institutes. They recruited a total of 362 patients (238 women, 124 men) aged 17 to 72 years. With regard to the five most important outcome instruments, 80% of the patients had a rating in the dysfunctional range on at least one instrument. Ninety percent of the patients had a diagnosed disorder on Axis I of the DSM-IV. Further analyses of the data will yield outcome and process-outcome results.

Keywords: Psychotherapy, outcome study, prospective naturalistic design, psychotherapeutic techniques

Die Psychotherapieforschung – sowohl die Outcomeforschung wie die Prozessforschung – wird von einigen wenigen psychotherapeutischen Richtungen dominiert. Die kognitive Verhaltenstherapie ist vor allem in randomisiert-kontrollierten Studien stark (randomised controlled trial, RCT-Studien), aber auch psychoanalytische Psychotherapie, klientenzentrierte Psychotherapie und systemische Therapie haben eine lange Forschungstradition in RCT und in anderen Forschungsdesigns. Andere Psychotherapierichtungen hingegen sind bisher weniger wissenschaftlich untersucht. Im Zuge der Evidenzbasierung in der Medizin und Psychotherapie wird von allen medizinisch-therapeutischen Verfahren, also auch der Psychotherapie, der Nachweis verlangt, wirksam zu sein. Deshalb hat die Charta für Psychotherapie, der schweizerische Dachverband für psychotherapeutische Ausbildungsinstitutionen, Fachverbände und Berufsverbände, im Jahr 2004 die Initiative ergriffen, eine prospektive, naturalistische Psychotherapie-Outcomestudie durchzuführen.

An dieser Stelle soll nicht der Unterschied von naturalistischen und randomisiert-kontrollierten Studien diskutiert werden (für eine Vertiefung s. Tschuschke et al., 2009). Vielmehr soll das spezifische Potential einer Prozess-Outcome-Studie mit noch kaum erforschten Therapieschulen und damit therapeutischen Techniken dargelegt werden. In der Schweiz sind im Unterschied zu Deutschland immer noch verschiedene psychotherapeutische Verfahren zugelassen. Dies bietet die einmalige Gelegenheit, therapeutische Verfahren, die nicht zum Mainstream gehören, wissenschaftlich zu untersuchen.

Die Frage, ob Psychotherapie allgemein wirksam ist oder ob vielmehr spezifische Wirkfaktoren die therapeutische Wirksamkeit ausmachen, wird kontrovers diskutiert. Spezifische Wirkfaktoren werden in der Regel einem bestimmten Psychotherapiemodell zugeordnet oder als spezifische Therapietechnik bei bestimmten psychischen Störungen verstanden (Pfammatter & Tschacher, 2010). Allgemeine Wirkfaktoren hingegen sind diejenigen, die implizit in jeder Psychotherapie vorkommen. Lambert und Ogles (2004) schlagen z.B. folgende drei Kategorien allgemeiner Wirkfaktoren vor: unterstützende allgemeine Faktoren (z.B. Therapiebeziehung), Lernfaktoren (z.B. Einsicht) und handlungsbezogene Faktoren (z.B. Übungen). Vielfach wird beschrieben, dass es in der Psychotherapiepraxis wie Psychotherapieforschung zwei Welten gebe: die Anhänger des sog. Äquivalenzparadoxons, also der Tatsache, dass es in verschiedenen metaanalytischen Studien nur geringe Unterschiede in den Effektstärken verschiedener Psychotherapierichtungen gibt (z.B. Stiles et al., 1986). Eine andere Sichtweise hält dem entgegen, dass sehr wohl Unterschiede auszumachen sind, wenn man störungsspezifische Forschungsansätze wählt (z.B. DeRubeis et al., 2005). Verschiedene Autoren versuchen eine Integration der beiden Ansätze: Pfammatter und Tschacher (2010) entwickeln eine synergetische Sichtweise der Wirkung der beiden Faktoren und betonen deren Zusammenspiel mit Störungsparametern und individuellen Patientenmerkmalen. Strauss (2001) argumentiert, dass neben allgemeinen Wirkprinzipien auch spezifische Störungen eine Eigendynamik entwickeln können, was schliesslich eine Integration der beiden Ansätze fordere.

Psychotherapeutische Methoden und Schulen konzentrieren sich allerdings in der Regel nicht auf allgemeine Wirkfaktoren, sondern auf ihre spezifischen therapeutischen Techniken. Zwar ist zu erwarten, dass Therapeuten mit zunehmender Erfahrung eklektischer arbeiten (z.B. Jensen et al., 1990). Trotzdem: Angehende Therapeuten wählen eine bestimmte Therapierichtung, weil ihnen diese Richtung sinnvoll erscheint, sie diese als tatsächlich wirkungsvoll einschätzen (im Gegensatz zu anderen) und sie sich schliesslich mit dieser Schule identifizieren. Eine Therapieschule beruft sich in der Regel auf ein spezifisches Störungs- und Therapiemodell und davon abgeleitete schulenspezifische Therapietechniken. Im Folgenden sollen die neun Therapieschulen, die in der PAP-S-Studie vertreten sind, mit einer kurzen Beschreibung des theoretischen Hintergrundes (nach Schlegel et al., 2011) und einer Auswahl von je drei spezifischen therapeutischen Techniken (s. Tschuschke et al., im Druck) vorgestellt werden.

1) Transaktionsanalyse

Dieser als humanistisch eingestufte Therapieansatz bezieht sich auf den früheren Psychoanalytiker Eric Berne. Neben psychoanalytischen Bausteinen integrierte Eric Berne auch solche der Verhaltenstherapie; beides auf dem Hintergrund eines humanistischen Menschenbildes mit der Betonung der einmaligen Individualität und den potentiellen Möglichkeiten von Menschen.

Therapeutische Techniken

- Grundpositionen-Konzept
- Kommunikationsarbeit nach Diagramm
- Skriptarbeit

2) Prozessorientierte Psychologie

Der Begründer, der Physiker Arnold Mindell, liess sich ursprünglich am C.G. Jung-Institut zum Jungschen Psychoanalytiker ausbilden. In seinen prozessorientierten Ansatz integrierte er ausserdem Gruppendynamik, Spiritualität, Körperwahrnehmung und kreativen Ausdruck.

Therapeutische Techniken

- Arbeit an der Prozessgrenze
- Bewusstseinsferneren Prozess (Sekundärprozess) entfalten
- Interaktion mit kritischer innerer Figur

3) Integrative Körperpsychotherapie IBP (IBP, Integrative Body Psychotherapy)

Die von Jack Lee Rosenberg in den 60er Jahren begründete Therapierichtung integrierte verschiedene humanistisch ausgerichtete Ansätze, liess sich aber auch von Wilhelm Reich beeinflussen. Im Zentrum steht das Körpererleben, ausserdem werden Emotionen, Kognitionen, spirituelles Erleben und Verhalten als wichtig erachtet.

Therapeutische Techniken

- Charakter- und Schutzstilarbeit (Agency)
- Energetische Grenzen
- Selbsthilfetechniken

4) Existenzanalyse und Logotherapie

Viktor Frankl legte seiner Logotherapie oder Existenzanalyse (die Begriffe werden mehrheitlich synonym verwendet) eine anthropologische Sichtweise des Menschen zugrunde. Ausgehend von der philosophischen Strömung des Existenzialismus wird dem Menschen ein freier Wille zugestanden, der sich im Geist der Dreidimensionalität Körperlichkeit, Psyche und Geist manifestiert. In den 1980er Jahren kam es zu einer Aufspaltung zwischen den Anhängern von Viktor Frankl und einem seiner Schüler, Alfred Längle. In der PAP-S-Studie sind sowohl ein Institut in der Tradition von Frankl wie auch ein Institut in der Tradition von Längle vertreten.

Therapeutische Techniken

- Arbeit an der Beziehung zum Leben
- Sinn- und Wertorientierung
- Dereflexion

5) Kunst- und ausdrucksorientierte Psychotherapie

Zentrale Techniken dieser Therapierichtung sind verschiedenste Ausdruckformen aller Kunstdisziplinen. Als Hintergrund dieser künstlerischen Ausdruckformen geht man von psychotherapeutischen Grundlagen psychodynamischer, systemischer und daseinsanalytischer Herkunft aus, integriert aber auch salutogenetische Annahmen.

Therapeutische Techniken

- Kunstästhetische Verantwortung einsetzen
- Wahrnehmungssensibilisierung bezüglich erstelltem Werk
- Werkbezogene Standortbestimmung

6) Analytische Psychotherapie nach C. G. Jung

C. G. Jung, ein Schüler Freuds, trennte sich früh von der Psychoanalyse. Grund waren unter anderem seine von Freud abweichenden Auffassungen bezüglich des Triebkonzeptes. Die Postulierung eines kollektiven Unbewussten darf als eigenständige Entwicklung einer tiefenpsychologischen Theorie eingeschätzt werden.

Therapeutische Techniken

- Symbolarbeit
- Arbeit mit Komplexepisoden
- Individuationsprozess fördern

7) Bioenergetische Analyse und Therapie

Die Wurzeln dieses körperbezogenen Ansatzes liegen in der klassischen Psychoanalyse Freuds. Ausgehend von Wilhelm Reich hat Alexander Lowen, der als Begründer der bioenergetischen Analyse bezeichnet werden kann, das heutige Konzept entwickelt, bei dem die Bedeutung des Sexualtriebes und der Ich-Bedürfnisse im Zentrum stehen. Körperbezogene Interventionen haben zum Ziel, Primärbedürfnisse des Baby- und Kleinkindalters nach zu erleben und zu heilen.

Therapeutische Techniken

- Affektregulation
- Verkörperte Aspekte der therapeutischen Beziehung
- Körperübung

8) Gestalttherapie

Die Gestalttherapie, als deren wichtigster Begründer Fritz Perls gilt, entstand wie viele humanistisch ausgerichtete Psychotherapien in den 1960er Jahren. Auch sie kann als typisch integrative Therapierichtung bezeichnet werden, verbindet sie doch die Philosophie des Existenzialismus, die Phänomenologie Husserls und die Grundlagen der Gestalttheorie nach Wertheimer und andern und integrierte dies auf der Grundlage der humanistischen Psychotherapie und Psychoanalyse.

Therapeutische Techniken

- Aufmerksamkeitslenkung auf aktuelle Emotion
- Identifikationsaufforderung
- Verhaltensexploration

9) Psychoanalytische Psychotherapie

Die Psychoanalyse und psychoanalytische Psychotherapie bezieht sich auf Sigmund Freud als Gründungsvater. In der über 100-jährigen Geschichte haben etliche Weiterentwicklungen stattgefunden, insbesondere ist die Bedeutung von Objektbeziehungen zu nennen.

Therapeutische Techniken

- Assoziationen (freie)
- Deutung
- Konfrontation

Die Übersicht lässt erahnen, dass einige der aufgeführten Methoden viele theoretische und technische Ähnlichkeiten aufweisen. Der Versuch, einen Überblick über die verschiedenen Therapierichtungen zu schaffen, zeigte, dass z.B. körperpsychotherapeutische Ansätze sowohl aus der psychoanalytischen wie aus der humanistischen Tradition entstanden sind. Auch bei den therapeutischen Techniken gibt es solche, die explizit von mehreren Schulen genannt werden, wie z.B. Experimentieren mit neuem Verhalten von der Bioenergetische Analyse und Therapie und der Gestalttherapie wie auch der Verhaltenstherapie. Neben der schulenspezifischen Integration von therapeutischen Techniken nehmen viele TherapeutInnen Elemente aus verschiedenen Weiterbildungen auf und arbeiten eklektisch. Deshalb soll als eine zentrale Fragestellung der PAP-S-Studie geprüft werden, in welchem Ausmass die TherapeutInnen der verschiedenen Schulen die als schulenspezifisch deklarierten Techniken benutzen und ob es Techniken gibt, die breit angewendet werden. Es kann gut sein, dass damit vordem spezifische Wirkfaktoren zu allgemeinen Wirkfaktoren geworden sind. In diesem Artikel werden allerdings ausschliesslich das Design der Studie und deskriptive Informationen zu TherapeutInnen und PatientInnen aufgeführt.

Methoden

Das Gesamt-Design

Im Jahr 2004 hat die Charta für Psychotherapie die Initiative ergriffen, eine prospektive Psychotherapie-Outcomestudie durchzuführen. Neun Charta-Institute bzw. Therapieschulen haben sich zur Teilnahme bereit erklärt. Ausserdem beteiligten sich einige PsychotherapeutInnen an der Studie, deren Schule nicht offiziell teilnahm. Die Teilnahme bedeutete für die Institute auch eine finanzielle Verpflichtung, wobei der grössere Teil der Kosten durch ein grosszügiges Legat einer Stiftung abgedeckt werden konnte.

Die Studie wurde als naturalistische quasi-experimentelle Studie durchgeführt. Dabei wurde darauf geachtet, dass Qualitätsstandards umgesetzt werden konnten (s. z.B. Leichsenring, 2004). Die zur Teilnahme bereiten TherapeutInnen verpflichteten sich, alle PatientInnen, die neu um einen Therapieplatz anfragten, zur Mitwirkung an der Studie einzuladen. Willigten PatientInnen ein, wurden sie vor der fünften Therapiesitzung zum Prä-Assessment in eines der fünf regionalen Assessmentcenter eingeladen. Unabhängige AssessorInnen führten ein diagnostisches Interview durch, das einerseits die psychiatrische Diagnose mithilfe des SKID-Interviews und andererseits aus der OPD-Diagnostik die Achsen Struktur und Konflikt einschätzte. Ausserdem wurden den PatientInnen verschiedene Fragebogen ausgeteilt. Für die Prozessmessungen machten die TherapeutInnen von jeder Therapiesitzung eine Tonaufnahme und füllten eine Checkliste zu den Interventionen der aktuellen Sitzung aus. Ausserdem beantworteten sowohl die TherapeutInnen wie auch die PatientInnen alle fünf Sitzungen Fragebogen. Im Anschluss an die letzte Therapiesitzung meldeten die TherapeutInnen die PatientInnen für die Post-Messung im Assessmentcenter an. Ein Jahr nach Abschluss der Therapie fand die katamnestiche Untersuchung im Assessmentcenter statt. In fünf regionalen Assessmentcentern war jeweils eine Koordinatorin für die Planung der Assessments zuständig. Insgesamt wurden 23 Assessoren zur Durchführung der Prä-, Post- und Katamnese-Assessments ausgebildet. Abbildung 1 zeigt das Design im Überblick. In allen Kantonen, in denen teilnehmende TherapeutInnen ihre Praxis hatten, wurde die Bewilligung eines Ethikantrags eingeholt. Die wissenschaftliche Co-Leitung der Studie oblag zwei Hochschulen. Eine der beiden Hochschulen, die ZHAW, Departement Angewandte Psychologie, fungierte als Projektkoordinationsstelle. Die Leitungsgruppe der Studie setzte sich aus dem Charta-Präsidenten, der wissenschaftlichen Leitung und zwei weiteren Personen zusammen. Vier der fünf Mitglieder des Leitungsgremiums arbeiten auch psychotherapeutisch in vier unterschiedlichen Therapierichtungen (bioenergetische Analyse, Gestaltpsychotherapie, systemische Therapie, psychoanalytische Psychotherapie).

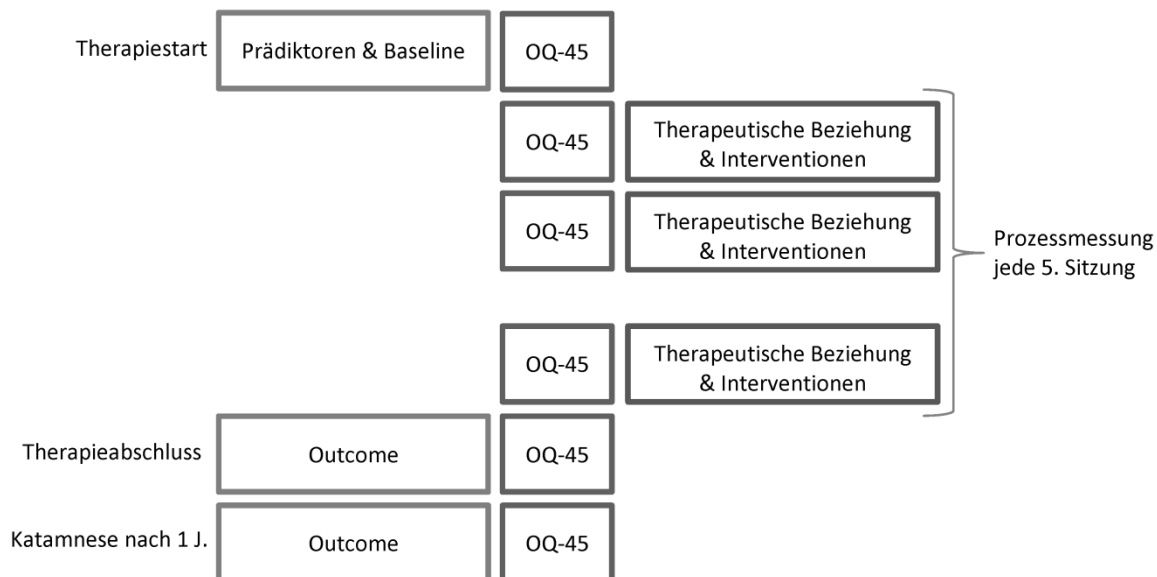


Abbildung 1: Schematische Darstellung Designs PAP-S-Studie

Stichprobe

Beteiligte Institute und TherapeutInnen

Neun Psychotherapieinstitute bzw. Verbände beteiligten sich an der Studie:

- 1) Die Schweizerische Gesellschaft für Transaktionsanalyse (deutsche und französische Sektion; SGTA/ASAT)
- 2) Institut für Prozessarbeit (IPA, vorher FG POP)
- 3) Institut für Integrative Körperpsychotherapie (IBP)
- 4) Internationale Gesellschaft für Existenzanalytische Psychotherapie (IGEAP)
- 5) Schweizer Institut für Logotherapie und Existenzanalyse (ILE)
- 6) Europäische Gesellschaft für interdisziplinäre Studien (EGIS)
- 7) Schweizer Gesellschaft für Analytische Psychologie (SGAP)
- 8) Schweizer Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie (SGBAT)
- 9) Schweizer Verein für Gestalttherapie und Integrative Therapie (SVG)

Zwei TherapeutInnen psychoanalytischer Richtung beteiligten sich ebenfalls an der Studie. Ausserdem wurde die SGBAT durch Therapien der Schwestergesellschaft aus Österreich ergänzt.

Insgesamt erklärten sich 86 TherapeutInnen bereit, sich an der Studie zu beteiligen. Tabelle 1 zeigt einen Überblick über die TherapeutInnen. Von einigen TherapeutInnen fehlen die Angaben. 66.7% von ihnen sind weiblich, allerdings nahmen bei einigen Instituten nur Therapeutinnen teil, bei anderen Instituten war das Verhältnis Therapeutinnen zu Therapeuten ausgeglichener. Das Alter der TherapeutInnen variiert zwischen 32 und 77 Jahren. Mit einem Durchschnittsalter von 51 Jahren handelt es sich insgesamt um erfahrene TherapeutInnen.

Patientinnen und Patienten

Die TherapeutInnen verpflichteten sich, während zwei Jahren alle PatientInnen, die eine Therapie begannen, zur Mitwirkung an der Studie einzuladen. Sie führten dazu eine Patientenliste. Die Hochrechnung der auswertbaren Patientenlisten ergab, dass insgesamt ca. 1660 PatientInnen angefragt wurden. Davon haben 379 PatientInnen der Teilnahme zugestimmt. Allerdings sind 17 davon nicht zum Prä-Assessment erschienen. Sie werden nicht als StudienpatientInnen aufgeführt. Somit besteht das Gesamtsample aus 362 PatientInnen (s. Tabelle 1).

Institut	Therapeut					Patient				
	Alter					Alter				
	N	% weiblich	M	SD	Range	N	% weiblich	M	SD	Range
SGTA/ASAT	14 (13)	69.2	55.3	9.76	42-77	63 / 61	62%	38.1	10.88	21-65
IPA	10	50	51.4	4.67	39-56	61 / 61	57%	42	10.98	20-67
IBP	20 (19)	57.9	48	8.00	35-65	83 / 82	69%	40.7	10.82	19-64
IGEAP	6 (5)	100	52.4	9.59	38-64	19 / 18	89%	41.2	12.23	25-71
ILE	2	100	52.1	8.16	46-58	13 / 10	77%	49.8	9.80	28-63
EGIS	3	100	56	6.99	51-64	16 / 16	87%	36.9	11.93	19-56
SGAP	6 (4)	50	60.1	4.82	53-64	13 / 12	38%	36.8	15.21	20-70
SGBAT	14	71.4	49.9	7.00	38-60	49 / 48	71%	36.7	12.49	17-65
SVG	9	66.7	44.8	9.92	32-60	35 / 35	54%	38.5	11.14	19-64
Psychoanalyse	2	50	56.3	4.58	53-60	10 / 10	79%	38.5	18.91	20-73
Gesamt	81	66.7	51	8.52	32-77	362 / 353	66%	39.6	11.80	17-73

Tabelle 1: Teilnehmende Institute und Verbände, Anzahl TherapeutInnen und PatientInnen und demographische Angaben

Die PatientInnen setzten sich aus 238 Frauen und 124 Männern zusammen. Sie hatten ein Durchschnittsalter von 39.7 Jahren (SD = 11.80), der oder die jüngste PatientIn war 17.2 Jahre, der oder die älteste 72.7 Jahre alt (n=353). Die SGTA/ASAT hatte im Durchschnitt die jüngsten PatientInnen (M = 38.1; SD = 10.88), ILE die ältesten PatientInnen (M = 49.8; SD = 9.80).

232 PatientInnen waren während 2 Jahren vor der aktuellen Therapie nicht in psychotherapeutischer oder psychiatrischer ambulanter Behandlung, 87 waren in ambulanter psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung und 28 wurden auch stationär oder teilstationär psychotherapeutisch oder psychiatrisch behandelt (n = 347; s. Tabelle 2). 91 der PatientInnen waren verheiratet. Insgesamt lebten aber 189 PatientInnen in einer festen Partnerschaft (n=341). 216 PatientInnen gaben an, keine Kinder zu haben; 137 der PatientInnen hatten zwischen 1 und 4 Kinder (n=353). Knapp 40% der PatientInnen hatten einen Abschluss auf Hochschulebene, 3 PatientInnen verfügten über keinen Schulabschluss. 263 PatientInnen (73%) arbeiteten Voll- oder Teilzeit, weitere 31 PatientInnen waren in Ausbildung. Knapp 12% der PatientInnen waren arbeitslos, krankgeschrieben oder berentet.

	Anzahl (%) Teilnehmer
Geschlecht	
Weiblich	238 (66)
Männlich	124 (34)
Alter in Jahren	
Durchschnittsalter	39.7
Psychiatrische/ psychotherapeutische Behandlung letzte 2 Jahre (n=347)	
Keine	232 (66.9)
Ambulante Behandlung	87 (25.1)
Stationäre oder teilstationäre Behandlung	28 (7.7)
Zivilstand (n=350)	
ledig	189 (54)
verheiratet	91 (26)
Getrennt/ geschieden	62 (17.1)
verwitwet	8 (2.3)
In fester Partnerschaft lebend	189 (55.4)
Anzahl Kinder	
Keine Kinder	216 (61.2)
Ein Kind	37 (10.5)
Zwei Kinder	69 (19.5)
Drei Kinder	24 (6.8)
Vier Kinder	7 (2)
Ausbildung (n=350)	
Keine Schulbildung	3 (9)
Obligatorische Schule	26 (7.4)
Berufslehre	126 (36)
Matura, Lehrerseminar	52 (14.9)
Höhere Fachschule, Fach- hochschule	67 (19.1)
Universität	76 (21.7)
Arbeitssituation (n=353)	
Vollzeit arbeitend	148 (41.9)
Teilzeit arbeitend in Ausbildung	115 (32.6)
31 (8.8)	
arbeitslos	19 (5.4)
krankgeschrieben	18 (5.1)
AHV/Rente	9 (2.5)
Hausarbeit	8 (2.3)
IV-Rente	5 (1.4)

Tabelle 2: Beschreibung der Patientenstichprobe zum Zeitpunkt des Prä-Assessments

Instrumente

Ergebnismessung

a) Selbsterteil des Patienten, der Patientin

- **OQ-45** (Outcome Questionnaire; Lambert, Burlingame, Umphress, et al., 1996; Lambert, Hannover, Nisslmüller, et al., 2002): Dieses ökonomische und verbreitete Qualitätssicherungsinstrument misst wesentliche Bereiche der psychotherapeutischen Veränderung wie Symptombelastung (25 Items), interpersonelle Beziehungen (11 Items) und soziale Rolle (9 Items). Die 45 Items sind mit einer jeweils 5-stufigen Antwortskala (1 = nie / 5 = immer) einzuschätzen. Der Fragebogen ist sowohl für Ergebnismessungen als auch für therapiebegleitende Veränderungsmessungen konzipiert. Er weist in der englischen Originalversion eine hohe Reliabilität (Gesamtwert Cronbachs Alpha = .93) und Validität auf (Lambert & Ogles, 2004); dies auch in der deutschen Version (Lambert et al, 2002).
- **BSI** (Brief Symptom Inventory; Franke, 2000): Der BSI ist ein Kurzform des bekannten SCL-90. Er dient als ökonomischer Fragebogen zur Messung der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome auf folgenden 9 Skalen: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsi-

cherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität / Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus. Jedes der 53 Items wird auf einer 5-stufigen Likert-Skala (0-4) eingeschätzt, welche von „überhaupt nicht“ bis „sehr stark“ reicht.

- **BDI** (Beck Depression Inventory; Hautzinger, Bailer, Worall, et al., 1994): Selbstbeurteilungsfragebogen bestehend aus 21 Fragen zur Erfassung der affektiven, kognitiven, motivationalen, somatischen und verhaltensmässigen Komponenten der Depression. Der Schweregrad wird auf einer 4-stufigen Skala (0-3) erfasst. Wie die Originalversion weist die deutsche Version eine befriedigende Reliabilität wie auch Validität auf (Hautzinger et al., 1994).
- **SOC-9** (Sense of Coherence; Antonovsky, 1987; Schumacher, Wilz, Gunzelmann & Brähler, 2000): Der Selbsteinschätzungsfragebogen zum Kohärenzgefühl orientiert sich an den Dimensionen „Verstehbarkeit“, „Handhabbarkeit“ und „Sinnhaftigkeit“. Die hier verwendete Kurzversion umfasst 9 Items; die Antwortmöglichkeiten reichen von „sehr oft“ (1) bis „sehr selten“ (7).
- **K-INK** (Inkongruenzfragebogen Kurzversion; Grosse-Holtforth & Grawe, 2003): Das Konstrukt der motivationalen Inkongruenz, das aus der Konsistenztheorie von Grawe stammt, wird als unzureichende Umsetzung der Ziele in Interaktion mit der Umwelt definiert. Es wird zwischen Annäherungs- und Vermeidungszielen unterschieden. Die 5-stufigen Likertskalen (1 bis 5) haben die Pole „viel zu wenig“ (1) und „völlig ausreichend“ (5).
- **FMP** (Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation; Schneider, Basler, Beisenherz, 1989): Dieser Fragebogen berücksichtigt vier Aspekte der Behandlungsmotivation: Krankheitserleben (Leidensdruck), allgemeine Behandlungserwartungen, Erfahrungen und Einstellungen hinsichtlich Psychotherapie und Laienätiologie. Er umfasst 47 Items, die auf einer 5-stufigen Likertskala von 1 (stimmt uneingeschränkt) bis 5 (stimmt überhaupt nicht) eingeschätzt werden.

b) Fremdurteil durch den externen Assessor, die externe Assessorin

- **SKID-I und -II** (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV; dt. Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997): Das strukturierte klinische Interview eignet sich als effizientes und reliables Instrument zur Abklärung der Diagnosekriterien für die verschiedenen psychischen Störungen nach DSM-IV. Dabei bezieht sich SKID-I auf die Achse I, SKID II auf die Achse II des DSM-IV. Anhand offener Fragen und Verweisen, mit welcher Frage fortgefahren werden soll, wird der Assessor systematisch durch das Interview geführt.
- **GAF** (Global Assessment of Functioning; Sass, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003): Auf der Achse V des DSM-IV wird das allgemeine Funktionsniveau eines Patienten eingeschätzt. Es handelt sich um ein 100-Punkte-Kontinuum, auf dem die psychische, soziale und berufliche Funktionsfähigkeit der PatientInnen eingeschätzt wird. Werte zwischen 100 und 91 bedeuten eine hervorragende Leistungsfähigkeit und Symptombefreiheit. Werte zwischen 10 und 1 werden definiert als „ständig bestehende Gefahr von ernsthaften Selbst- oder Fremdverletzungen ODER Unfähigkeit, minimale persönliche Hygiene einzuhalten ODER ernsthafter Suizidversuch mit klarer Todesabsicht“.
- **GARF** (Global Assessment of Relational Functioning; Sass et al., 2003; Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1976): Der GARF ist eine Variante der GAF-Skala, um das Funktionsniveau von Beziehungen in der Familie oder Partnerschaft in Bezug auf affektive und lebenspraktische Aspekte zu bewerten.
- **OPD-2** (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik; Arbeitskreis OPD, 2006) Achse 3 und 4: Von den 5 Achsen des OPD werden die Achsen 3 (Konflikte) und 4 (Strukturniveau) einbezogen. Ein Interviewleitfaden dient zur systematischen Befragung und Auslotung des Ausmasses des Struktur-niveaus und zur Beurteilung der unbewussten Konflikttypen.
- Video- oder Audioaufnahmen der Prä-, Post- und Katamnese-Assessments

Prozessmessung

a) Selbsturteil des Patienten, der Patientinnen

- **HAQ-S** (Helping Alliance Questionnaire; dt. Bassler, Potratz & Krauthauser, 1995): Dieser Fragebogen erfasst Aspekte wie die Beziehungszufriedenheit, die Perspektivenerweiterung, die Intensität der Problembearbeitung, sowie positive und negative Emotionen während der Sitzung.

b) Fremdurteil durch den behandelnden Therapeuten, die behandelnde Therapeutin

- **HAQ-F** (Gross & Riedel, 1995): TherapeutInnen-Version des HAQ-S.
- **Interventionsbogen:** Beim sog. Interventionsbogen, der für diese Studie entwickelt wurde, handelt es sich um eine Serie von methodenspezifischen und allgemeinen Interventionslisten in Form von Ratingskalen, die in Zusammenarbeit mit den teilnehmenden Instituten erarbeitet wurden. Zu diesen Listen liegt ein Manual mit detaillierten Definitionen vor. Der/die TherapeutIn schätzte nach jeder Sitzung seine/ihre Interventionen ein. Tabelle 3 zeigt beispielhaft die Interventionsliste der Bioenergetischen Analyse und Therapie.
- **Audioaufnahmen:** Ab der 4. Sitzung wurden die Therapiesitzungen bei Einverständnis des Patienten aufgezeichnet.

	gar nicht	sehr oft / sehr intensiv									
1. den spontanen Atem kommentiert / beobachten lassen / mit dem Atem gearbeitet	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Körperempfindungen / muskuläre Spannungsmuster beobachten lassen / kommentiert / mit ihnen gearbeitet	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. eine Beziehung zwischen verbalen Mitteilungen und körperlichen Vorgängen kommentiert / exploriert / damit gearbeitet	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. bioenergetische Übungen sensu Lowen vorgeschlagen und angeleitet	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Körpersignale aufgenommen und in Motorik umsetzen lassen und / oder dazu angeleitet, verbale Äusserungen in Handlung zu übersetzen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Mimik, Gestik, Körperhaltung wahrgenommen, angesprochen und / oder Veränderungen angeregt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. die Affektregulation der Patientin / des Patienten in einem bestimmten Bereich thematisiert und / oder eine Veränderung zu erreichen versucht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. die psychisch und somatisch erlebte Übertragung analysiert / exploriert / kommentiert	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. dazu angeleitet, bestimmte Aspekte der therapeutischen Beziehung als leibseelischen Zustand erleben zu lassen und / oder eine Veränderung angeregt	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. psychisch und somatisch erlebbare Gegenübertragungsphänomene wahrgenommen / mitgeteilt / damit gearbeitet	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Tabelle 3: Beispiel einer Interventionsliste für die teilnehmenden Therapeuten: Bioenergetische Therapie und Analyse.

Weitere Erhebungsbogen

- **Basisdokumentation PatientIn Eintritt/Austritt :** Allgemeine Informationen zu den PatientInnen, wie Alter, Beruf, Arbeitsfähigkeit, Medikamente, Kostenträger, IDC10-Diagnose, usw. Die Basisdokumentation wurde bei Beginn und bei Abschluss der Therapie von den behandelnden TherapeutInnen ausgefüllt.
- **Basisdokumentation TherapeutIn:** Allgemeine Informationen zu den behandelnden TherapeutInnen, wie Ausbildungen, berufliche Tätigkeiten usw.

- *Basisdokumentation Assessorin*: Allgemeine Information zu den AssessorInnen, wie Ausbildung, berufliche Tätigkeit usw.

Ratingmanual für psychotherapeutische Konzepttreue

Um die Interventionen der verschiedenen psychotherapeutischen Schulen einschätzen zu können, wurde das Ratingmanual zur Fremdeinschätzung psychotherapeutischer Interventionen entwickelt (Tschuschke et al., 2013). Alle an der Studie beteiligten Institute und Verbände wurden aufgefordert, bis zu 10 der typischen und relevanten Interventionen ihrer Therapierichtung zusammenzustellen. Ausserdem wurden die richtungsspezifischen Interventionen der folgenden vier Therapierichtungen, die nicht an der Studie beteiligt waren, durch die Autoren des Manuals in Zusammenarbeit mit Experten der jeweiligen Richtungen ergänzt: kognitive Verhaltenstherapie, psychoanalytische Psychotherapie, klientenzentrierte Psychotherapie und systemische Therapie. Schliesslich wurden sogenannte allgemeine Interventionen, die in Zusammenarbeit mit den beteiligten Instituten und Verbänden sowie aus der Literatur zusammengestellt wurden (z.B. Lambert, 2004), hinzugefügt.

Folgende Struktur diente als Grundlage für die Beschreibung der Interventionen: Bezeichnung, Definition, operationale Kriterien und Ankerbeispiele. Nach etlichen Überarbeitungen konnte schliesslich das Manual auf 100 psychotherapeutische Interventionen festgelegt werden. Im Folgenden wird die Intervention „Atemarbeit“ beispielhaft vorgestellt.

Atemarbeit

Definition

Der spontane **Atem/die Atmung der Pat. wird von der Th. kommentiert** bzw. sie lässt der Pat. den eigenen Atem/die eigene Atmung beobachten oder regt dazu an, dass mit Atem/Atmung gearbeitet wird.

Operational

Th. thematisiert bzw. lässt

- die Atmung der Patientin
- Atemmuster verändern (vertiefen / verlangsamen / beschleunigen) lässt
- Atemübungen machen (evtl. verbal begleitet mit Begriffen wie Energie, Energieaufbau, Ladung, Ladungsaufbau, Ladungsverteilung, Lebendigkeit, Entspannung, Beruhigung, sympathische/parasympathische Atmung)

Unterscheidung

Zu Entspannungstechnik vermitteln: Entspannungstechniken beziehen mehr ein als den Atem.

Ankerbeispiele

- 1) Th: „Als Sie gerade von Ihrer Arbeitskollegin erzählten, fiel mir auf, dass Sie nur mehr ganz flach geatmet haben. Wie haben Sie das erlebt?“
- 2) Eine Pat. berichtet von einem Autounfall, bei dem ihre Tochter schwer verletzt wurde. Ihre Schilderung wird immer wieder von heftigem Schluchzen unterbrochen. Th. berührt sie am Rücken und sagt: „Das war entsetzlich, nicht wahr? Versuchen Sie trotzdem, - jetzt - so gut wie möglich weiter zu atmen.“
- 3) Th: „Ich schlage Ihnen vor, dass Sie Ihren Bericht für etwa drei Minuten unterbrechen, während Sie schweigen, Ihre rechte Hand auf den Bauch legen und Ihre Atembewegungen beobachten“ Nach Ablauf der 3 Minuten: „Was haben Sie erlebt?“
- 4) Th: „Nehmen Sie fünf tiefe Atemzüge in die Brust. Was spüren Sie jetzt? Ein leichter Schwindel im Kopf. OK, dann drücken Sie Ihre Füße etwas mehr in den Boden. Ja genau so. Was können Sie jetzt wahrnehmen?“
- 5) Th: „Legen Sie Ihre Hände auf den Bauch und atmen Sie so, dass sich Ihre Hände beim Einatmen heben und beim Ausatmen senken“.
- 6) Th: „Stellen Sie sich vor, dass sich dieses Gefühl der Zuversicht mit jedem Einatmen anreichert und bei jedem Ausatmen im Körper verteilt“.

- 7) Th: „Stellen Sie sich beim Ausatmen vor, Ihr Atmen fließt wie Sand in einer Sanduhr durch Ihren Körper. Ihre Füße und Ihre Beine werden langsam mit diesem Sand aufgefüllt...“
- 8) Th: „Achten sie auf Ihre Atmung. Sie scheint mir eher flach. Gönnen Sie sich etwas mehr Luft und achten Sie darauf, wie sich Ihr Gefühl verändert, wenn Sie mir weiter erzählen.“

Procedere

Die Daten der PAP-S-Studie setzten sich aus folgenden Quellen zusammen:

- 1) Fragebogen, durch die TherapeutInnen ausgefüllt.
- 2) Fragebogen, durch die PatientInnen ausgefüllt.
- 3) Assessments (prä, post und katamnestisch) durch externe AssessorInnen durchgeführt.

Alle 23 AssessorInnen waren ausgebildete Psychotherapeuten mit mehrjähriger Berufserfahrung. Sie wurden für die Durchführung der SKID-I und -II-Interviews sowie das OPD-Interview geschult und regelmässig supervidiert. Sie gehörten unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen an.

Prä-Messungen: In der jeweils ersten Therapiesitzung generierten die TherapeutInnen für jeden neuen Patienten bzw. jede neue Patientin eine ID-Nummer. Die PatientInnen wurden über die Studie informiert und erhielten das Informationsblatt. Sie mussten sich bis spätestens nach der 3. Sitzung entscheiden, ob sie an der Studie teilnehmen. Falls ja, mussten sie die Einverständniserklärung unterschreiben. Die TherapeutInnen meldeten ihre PatientInnen bei der Assessment-Koordinatorin in der eigenen Region an. Der Assessmenttermin wurde vereinbart. Der/die zugewiesene AssessorIn führte mit dem / der PatientIn in der Regel vor der 5. Therapiesitzung das Prä-Assessment durch.

Prozess-Messungen: Von jeder Sitzung machten die TherapeutInnen eine digitale Tonaufzeichnung der Therapiestunde. Falls einer der PatientInnen zwar an der Studie teilnehmen wollte, aber keine Tonaufzeichnung wünschte, wurde er oder sie trotzdem eingeschlossen. Anschliessend an die Sitzung füllten die TherapeutInnen den Interventionsbogen aus.

Nach jeder 5. Sitzung: Die TherapeutInnen händigten den PatientInnen den HAQ-S, den Klientenstundenbogen und den OQ-45 aus. Die PatientInnen füllten die Fragebogen in der Praxis ihrer TherapeutInnen aus und verschlossen sie in einem Couvert. Die TherapeutInnen füllten den HAQ-F aus und schickten alle Unterlagen an die Projektkoordinationsstelle.

Post-Messungen: Nach der letzten Therapiesitzung meldeten die TherapeutInnen die PatientInnen bei der Assessment-Koordinatorin der Region an. Diese organisierte das Post-Assessment mit einem/einer der AssessorInnen. Die Projektkoordinationsstelle meldete sich bei den TherapeutInnen und forderte eine bestimmte Anzahl von (in der Regel 3) von Audioaufnahmen von zufällig ausgewählten Sitzungen ein. Die TherapeutInnen brannten die verlangten Sitzungen auf eine CD und schickten diese an die Projektkoordinationsstelle.

Post-Messung bei einem Therapieabbruch oder Therapieunterbruch: Sowohl bei einem Abbruch als auch bei einem Unterbruch der Therapie wurde nach Möglichkeit eine Post-Messung durchgeführt. Die TherapeutInnen verpflichteten sich, einen Therapieabbruch oder Therapieunterbruch zu melden. Teilweise konnte das Procedere wie nach einem regulären Therapieabschluss durchgeführt werden, teilweise plante die Projektkoordinationsstelle das Post-Assessment. Eine Study-Nurse war für unklare Situationen, säumige TherapeutInnen und AssessorInnen usw. zuständig.

Katamnese: Ein Jahr nach Therapieabschluss kontaktierte der/die dafür zuständige AssessorIn den Patienten bzw. die Patientin und vereinbarte einen Termin für das 3. Assessment.

Resultate

Diagnosen nach DSM IV

Von 361 PatientInnen (eine Codierung fehlt) wurde 320, also 89%, eine Achse I-Diagnose nach DSM IV gegeben. Auf der Achse II der Persönlichkeitsstörungen (N = 327) wurden 150 Diagnosen (45%) gestellt. Mit 101 Nennungen ist das Cluster C (selbstunsichere, dependente und zwanghafte Persönlichkeitsstörung) am häufigsten vertreten.

Diagnosen (nach DSM IV)

Achse I (N = 361)	
Affektive Störungen	139
Angststörungen	85
Anpassungsstörungen	56
Andere	40
Keine (V-Codierungen)	41
Achse II (N = 327)	
Cluster A (paranoide PS, schizoide PS, schizotypische PS)	8
Cluster B (Borderline-PS, histrionische PS, antisoziale PS, narzisstische PS)	41
Cluster C (selbstunsichere PS, dependente PS, zwanghafte PS)	101
Keine	177

Tabelle 4: Diagnosen nach DSM IV

Durchschnittswerte der Outcome-Instrumente zum Zeitpunkt Prä-Assessment

Für die Instrumente BSI, BDI, OQ-45, GAF und die Achse Struktur des OPD werden Mittelwerte und Standardabweichung zum Zeitpunkt des Prä-Assessment dargestellt (s. Tabelle 5). Der Mittelwert des BSI liegt bei 0.84 (SD = 0.47), der Mittelwert des BDI bei 15.32 (SD = 9.63). Die Cut-Off-Werte zwischen funktionalem und dysfunktionalem Bereich des BSI und BDI orientieren sich an den Empfehlungen von Hiller, Schindler Andor und Rist (2011). Der Mittelwert des OQ-45 liegt bei 63.05 (SD = 22.73). Hier bezieht sich der Cut-Off-Wert von funktionalem vs. dysfunktionalem Bereich an den Vorgaben von Lambert und Kollegen (2004). Der Mittelwert des GAF, wie er von den externen Assessoren anlässlich des Prä-Assessments eingeschätzt wurde, liegt bei 62.56 (SD = 13.59). Dabei ist zu beachten, dass beim GAF höhere Werte ein besseres Funktionsniveau widerspiegeln. Hier wurde der vorgeschlagene Cut-Off-Wert von 70 von Jacobi, Uhmman und Hoyer (2011) übernommen. Schliesslich beträgt der Mittelwert der von den externen Assessoren eingeschätzten Werte der OPD-Achse 4 (Strukturachse) 1.96 (SD = 0.50).

Instrument	N	M (SD)	Cut-Off-Wert funktionaler vs. dysfunktionaler Bereich
BSI	342	0.84 (0.47)	0.56 ²
BDI	343	15.32 (9.63)	14.29 ²
OQ-45	355	63.05 (22.73)	63
GAF ¹	361	62.56 (13.59)	70 ³
OPD Achse 4 ¹	323	1.96 (0.50)	

¹ Einschätzung durch externe Assessoren anlässlich Prä-Assessment; ² Vorschläge von Hiller, Schindler Andor & Rist, 2011; ³ Vorschlag aus Jacobi, Uhmman & Hoyer, 2011

Anmerkungen: Kodierung BSI: 0 = keine Belastung bis 4 = starke Belastung. Kodierung BDI: 0 = keine Depressivität bis 63 = starke Depressivität. Kodierung OQ-45: je höher der Score, desto ausgeprägter die Beeinträchtigung. Kodierung GAF: 0 = minimales Funktionsniveau, 100 = völlige Symptommfreiheit; OPD-Achse 4, Struktur: 1 = gute Struktur, 2 = mässige Struktur, 3 = geringe Struktur und 4 = desintegriert.

Tabelle 5: Belastungen zu Therapiebeginn in den Outcome-Instrumenten und Vergleich zu Grenzwerten.

Tabelle 6 zeigt, dass gemäss BSI 62% der PatientInnen im dysfunktionalen Bereich liegen, gemäss BDI sind es 46%, die im dysfunktionalen Bereich liegen und der OQ-45 weist einen Anteil von 49% PatientInnen im dysfunktionalen Bereich aus. Der GAF, der von externen Ratern eingeschätzt wurde, weist 67% Werte im dysfunk-

tionalen Bereich auf. Da die Instrumente unterschiedliche Aspekte der psychischen Beeinträchtigung abbilden, wurden bei „summiert“ im funktionalen Bereich diejenigen PatientInnen aufgeführt, die in ausnahmslos allen Instrumenten im funktionalen Bereich liegen. Dies sind 67, also 19% der beteiligten PatientInnen. Die anderen, also 294 PatientInnen, haben in mindestens einem der Instrumente Werte im dysfunktionalen Bereich.

Instrument	N	Funktionaler Bereich	Dysfunktionaler Bereich
BSI	342	129 (38%)	213 (62%)
BDI	343	186 (54%)	157 (46%)
OQ-45	355	183 (51%)	172 (49%)
GAF	361	117 (32%)	244 (67%)
Summiert	361	67 ¹ (19%)	294 (81%)

¹ Der Wert bedeutet, dass 67 PatientInnen in keinem der Instrumente im dysfunktionalen Bereich eingeschätzt wurden.

Tabelle 6: Belastung zum Zeitpunkt des Prä-Assessments (Häufigkeit), unterteilt nach funktional bzw. dysfunktional der wichtigen Outcome-Instrumente.

OPD-Strukturachse

Von den 323 PatientInnen, mit denen ein OPD-Interview durchgeführt werden konnte, zeigten 14 (4.3%) in ihrer Persönlichkeitsorganisation eine durchgängig gute Struktur, bei weiteren 105 (32.5%) PatientInnen wurden nur leichte strukturelle Einschränkungen beobachtet (s. Abbildung 2). Alle anderen Einschätzungen diagnostizierten strukturelle Vulnerabilitäten: 183 (56.7%) PatientInnen erhielten die Diagnose einer mässigen, 21 (6.5%) PatientInnen einer geringen Struktur. Eine geringe Struktur bedeutet, dass diese PatientInnen eine eingeschränkte Verfügbarkeit über psychische Funktionen haben.

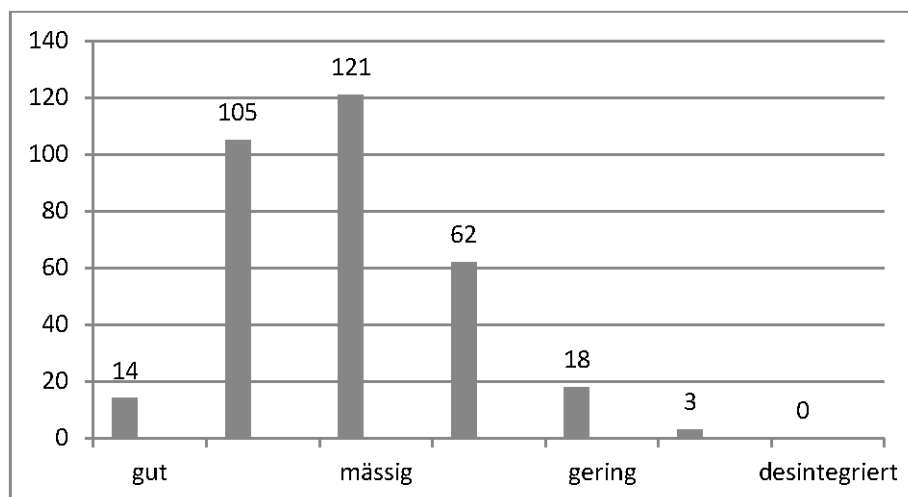


Abbildung 2: Verteilung der Einschätzungen der OPD-Strukturachse von gut bis desintegriert (N = 323)

Diskussion

In die PAP-S-Studie konnten 362 PatientInnen aus 10 verschiedenen psychotherapeutischen Schulen aufgenommen werden. Zur Datenerhebung verfolgte man eine multi-method, multi-informant-Strategie mit Assessments, durchgeführt von externen Assessoren zu drei Zeitpunkten (Prä-, Post- und Katamnese-Assessment), ergänzt durch Prozessdaten von den TherapeutInnen und den PatientInnen, die systematisch jede 5. Sitzung erhoben wurden, und ausserdem Audioaufnahmen der Therapiesitzungen. Dies erlaubt die Beantwortung von Fragestellungen zu allgemeinen und spezifischen Wirkfaktoren (z.B. Pfammatter & Tschacher, 2010; Strauss, 2001). Insbesondere wird von Interesse sein, verschiedenste therapeutische Techniken (Identifikationsaufforderung, Deutung, Atemarbeit usw., s. Tschuschke et al., 2013) im Vergleich zu untersuchen.

Ziel des vorliegenden Artikels war es, das Studiendesign und das Procedere im Detail darzustellen und deskriptive Daten zu den PatientInnen und TherapeutInnen zu zeigen. Die DSM IV-Diagnosen der PatientInnen verteilten sich folgendermassen: Auf der Achse I wurde bei 89% der PatientInnen eine Diagnose eingeschätzt. Auf der Achse II, der Achse der Persönlichkeitsstörungen, erhielten 45% der PatientInnen eine Diagnose. Und schliesslich liegen 20% aller beteiligten PatientInnen bei den Einschätzungen der Outcome-Instrumente im funktionalen Bereich, zeigen also wenig Symptome. Ein Anteil von rund 90% an Diagnosen auf der Achse I kann für ein Sample von ambulanten Psychotherapiepatienten erwartet werden. Da es keine Aufnahmekriterien gab in Bezug auf die psychische Störung, ist mit einem Anteil von Teilnehmenden, die ohne psychiatrische Diagnose sind, zu rechnen.

Erstaunen mag der relativ hohe Anteil an Persönlichkeitsstörungen von 45%. Es ist gut möglich, dass dies mit der Art der Diagnosestellung zusammenhängt: Die hier referierten Diagnosen wurden aufgrund eines SKID-Interviews erstellt und nicht von einem Kliniker, der seine weiteren therapeutischen Schritte auf die Diagnose abstellt. Teilweise werden die Diagnosen aufgrund eines strukturierten Interviews als epidemiologische Diagnosen, die von Klinikern gestellten Diagnosen als klinische Diagnosen bezeichnet (z.B. Ajdacic-Gross & Graf, 2003). Möglicherweise hätten Kliniker nicht die gleich hohe Anzahl an Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert. Trotzdem macht es Sinn, die Diagnosen durch externe Assessoren einschätzen zu lassen, um mit vergleichbaren Werten arbeiten zu können (s. z.B. auch Leichsenring, 2004). Auf den ersten Blick erstaunt auch, dass 20% der PatientInnen in keinem der fünf Outcome-Instrumente im dysfunktionalen Bereich lagen, dass ihre Symptome also nicht klinisch bedeutsam sind. Dass dieser Prozentsatz nicht kleiner ist, mag damit zusammen hängen, dass die PatientInnen nicht vor dem Erstgespräch, sondern erst nach einigen Stunden Therapie, die Fragebogen ausfüllten. Es ist zu erwarten, dass die Symptombelastung bereits abnahm bzw. als weniger belastend empfunden wurde. Dafür spricht auch, dass der GAF, der von den externen AssessorInnen eingeschätzt wurde und auf das allgemeine Funktionsniveau fokussiert, von allen Outcome-Instrumenten den höchsten Anteil von Werten im dysfunktionalen Bereich zeigte.

Die OPD-Strukturachse zeigt einige Einschätzungen im unauffälligen Bereich (36.8%), relativ viele Einschätzungen, die einem mässigen Strukturniveau entsprechen (56.7%) und einige wenige (6.5%), die ein eher geringes Strukturniveau abbilden, bei letzteren handelt es sich um PatientInnen, die über eingeschränkte psychische Funktionen verfügen. Das Konzept Struktur bietet neben der Symptombelastung eine psychodynamisch wichtige Variable. Sie wurde in der Studie als Outcome-Instrument integriert, um mögliche strukturelle Veränderungen abbilden zu können, d.h. die zunehmende Integration derjenigen Bereiche, die für die Psychodynamik einer Patientin oder eines Patienten von zentraler Bedeutung sind (Rudolf, 2002).

Eine Limitation der Studie sind fehlende Daten. In einer naturalistischen Studie, in der mit „realen“ TherapeutInnen und „realen“ PatientInnen gearbeitet wird, braucht es besondere Anstrengungen, um möglichst komplette Daten zu erhalten. Dies gilt auch für die PAP-S-Studie: Für TherapeutInnen und PatientInnen bedeutete die „Papierarbeit“ für die Studie zusätzlichen Aufwand. Insbesondere mussten die PatientInnen in die Räumlichkeiten der regionalen Assessmentcenters fahren um das Assessment, das zwei oder mehr Stunden dauerte, zu absolvieren. Einige PatientInnen verlangten, die Assessments vorzeitig zu beenden, weil es für sie zu anstrengend war. Umso beachtlicher ist es, dass die meisten PatientInnen das ganze Assessment mitgemacht haben. Trotz dieser Einschränkung ist es gelungen, einen umfangreichen und interessanten Datensatz zu generieren. In weiteren Publikationen werden einerseits die Outcome-Ergebnisse publiziert werden. Andererseits soll die Fülle an möglichen Prozess-Outcome-Fragestellungen möglichst vollständig beantwortet werden.

AutorInnen

Agnes von Wyl, Prof. Dr., ist Leiterin der Abteilung Forschung Psychotherapie und psychische Gesundheit an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie. Sie arbeitet ausserdem als Dozentin und psychoanalytische Psychotherapeutin. Ihre Forschungsgebiete umfassen Psychotherapieforschung, Infant Mental Health und psychische Gesundheitsförderung.

Aureliano Cramer MSc, wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Abteilung Forschung Psychotherapie und psychische Gesundheit an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie. Er arbeitet ausserdem als Dozent für Forschungsmethoden.

Margit Koemeda, Dr. Dipl. Psych., Psychotherapeutin ASP, Lehrtherapeutin und Trainerin SGBAT, IIBA. Mitglied der Wissenschaftskommission der Schweizer Charta für Psychotherapie; Redaktionsmitglied in drei Fachzeitschriften; Autorin von Büchern und Fachartikeln zu Themen der Psychotherapieforschung und Körperpsychotherapie.

Volker Tschuschke, Univ.-Prof. Dr. Dipl.-Psych., ist emeritierter ehemaliger Lehrstuhlinhaber des Faches Medizinische Psychologie an der Universitätsklinik Köln, jetzt Leiter des Studiengangs Psychotherapiewissenschaft an der Sigmund Freud-Privatuniversität Berlin. Er ist Psychoanalytiker und war jahrelang Dozent an verschiedenen Ausbildungsinstituten, ist Autor von zahlreichen Büchern und Beiträgen in internationalen und nationalen Fachzeitschriften und arbeitet außerdem als Psychotherapeut und Supervisor.

Peter Schulthess, MSc, Psychotherapeut ASP, Ausbilder für Gestalttherapie am IGW Schweiz. Internationale Lehrtätigkeit für Gestalttherapie. Präsident der Schweizer Charta für Psychotherapie und Mitglied deren Wissenschaftskommission. Redaktion „Psychotherapie-Wissenschaft“. Diverse Publikationen zur Psychotherapie und Gestalttherapie, Herausgeber einer Buchreihe zur Gestalttherapie im Verlag EHP.

Korrespondenz

Prof. Dr. Agnes von Wyl
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie
Minervastrasse 30, 8032 Zürich
E-Mail: agnes.vonwyl@zhaw.ch

Literaturverzeichnis

- Ajdacic-Gross, V. & Graf, M. (2003). Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Bassler, M., Potratz, B. & Krauthauser, H. (1995). Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut*, 40, 23-32.
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A. & Gibbons, C. J. (2005). Conceptual and methodological analysis of the non-specifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 174-183.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archive of General Psychiatry*, 33, 776-771.
- Franke, H. (2000). BSI. Brief Symptom Inventory – Deutsche Version. Manual. Göttingen: Beltz.
- Gross, A. & Riedel, W. P. (1995). Therapieergebnis und Komplementarität in der Therapeut-Patient-Beziehung. Eine Analyse mit Hilfe von SASB. Regensburg: Roderer.
- Grosse-Holtforth, M. & Grawe, K. (2003). Der Inkongruenzfragebogen (INK). Ein Messinstrument zur Analyse motivationaler Inkongruenz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 315-323.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1994). Beck-Depressions-Inventar (BDI). Bern: Huber.
- Hiller, W., Schindler, A., Andor, T. & Rist, F. (2011). Vorschläge zur Evaluation regulärer Psychotherapien an Hochschulambulanzen im Sinne einer Phase-IV-Therapieforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40, 22-32.
- Jacobi, F., Uhmann, S. & Hoyer, J. (2011). Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40, 246-256.
- Jensen, J. P., Bergin, A. E. & Greavers, D. W. (1990). The meaning of eclecticism: New survey and analysis of components. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 124-130.
- Lambert, M. J. (Ed.) (2004). *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5th.ed. New York: J. Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C. & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 249-258.
- Lambert, M. J., Hannöver, W., Nisslmüller, K., Richard, M. & Kordy, H. (2002). Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie. Zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 31, 40-46.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5 ed., pp. 139-193). New York: Wiley & Sons.
- Leichsenring, F. (2004). "Empirically supported treatments": Wissenschaftstheoretische und methodische Aspekte kontrollierter vs. naturalistischer Studien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 52, 209-222.
- Pfammatter, M. & Tschacher, W. (2010). Wirkfaktoren der Psychotherapie – eine Übersicht und Standortbestimmung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60, 67-76.
- Arbeitskreis OPD (2006). Operationalisierte psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber.
- Rudolf, G. (2002). Struktur als psychodynamisches Konzept der Persönlichkeit. In: G. Rudolf, T. Grande & P. Henningsen (Hrsg.), *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts*. Stuttgart: Schattauer, S. 2-44.
- Sass, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.

- Schlegel, M., Meier, I. & Schulthess, P. (2011). Psychotherapien. Ein Führer der Schweizer Charta für Psychotherapie für die in ihr vertretenen tiefenpsychologischen, humanistischen und integrativen Psychotherapieverfahren. Schriftenreihe der Schweizer Charta für Psychotherapie I. Zürich: Schweizer Charta für Psychotherapie.
- Schneider, W., Basler, H.-D. & Beisenherz, B. (1989). Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP). Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Schumacher, J., Wilz, G., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (2000). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky: Teststatistische Überprüfung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und Konstruktion einer Kurzskaala. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 50, 472-482.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A. & Elliott, R. (1986). "Are all psychotherapies equivalent?" American Psychologist, 41, 165-180.
- Strauß, B. (2001). Abschied vom Dodo-Vogel: Störungsspezifische versus allgemeine Therapie aus der Sicht der Psychotherapieforschung. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 51, 425-429.
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koemed, M., Schulthess, P., von Wyl, A. & Weber, R. (2009). Psychotherapieforschung – Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der naturalistischen Psychotherapie-Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PAP-S). Psychotherapie Forum, 17, 160-167.
- Tschuschke, V., Koemed, M. & Schlegel, M. (2013). Ratingmanual für psychotherapeutische Konzepttreue. Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S) der Institute der Schweizer Charta für Psychotherapie. Zürich: Schweizer Charta für Psychotherapie
- Wittchen, H. U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Göttingen: Hogrefe.

Article inédit (thème principal) - Synthèse

Agnes von Wyl, Aureliano Cramer, Margit Koemeda, Volker Tschuschke, Peter Schulthess

Étude de la pratique de la psychothérapie ambulatoire en Suisse (PAP-S) : design et faisabilité

Mots-clés: Psychothérapie, étude d'outcome, design de type prospectif et naturaliste, techniques psychothérapeutiques.

Dans le contexte de l'exigence d'une médecine fondée sur l'évidence, il est également demandé à la psychothérapie qu'elle démontre son efficacité. C'est pourquoi la Charte pour la psychothérapie, qui fédère les institutions suisses de formation en psychothérapie, avait lancé en 2004 déjà l'idée de mener une étude d'outcome des traitements, de type prospectif et naturaliste. Elle a demandé à tous ses membres de participer à cette recherche. En Suisse, des courants de psychothérapie très différents continuent à être pratiqués. C'est pourquoi cette étude a également offert une occasion unique de déterminer si les thérapeutes appartenant aux différents courants utilisent les techniques qui sont considérées comme spécifiques de ces derniers ou si, par exemple, il existe un certain nombre de techniques qui sont toutes mises en œuvre dans le cadre d'approches variées.

Dans le présent article, nous présentons avant tout le design de l'étude ainsi que les données de type descriptif acquises lors de l'enquête visant à définir une baseline. Neufs instituts de psychothérapie ou associations ont participé à l'étude : l'Association Suisse d'Analyse Transactionnelle (ASAT/SGTQ), l'Institut für Prozessarbeit (IPA, anciennement appelé POP), l'Institut de psychothérapie corporelle intégrative (IBP), la Société internationale de psychothérapie existentielle (IGEAP), le Schweizer Institut für Logotherapie und Existenzanalyse (ILE), la Société européenne d'études interdisciplinaires (EGIS), la Société Suisse d'Analyse et de Thérapie Bioénergétique (SSATB/SGBAT), la Société Suisse de Psychologie Analytique (SSPA/SGAP) et l'Association suisse de thérapie gestalt et intégrative (SVG). De plus, deux thérapeutes d'orientation psychanalytique ont participé à l'étude et les données en rapport avec la SSATB ont été complétées des résultats de thérapies menées par des membres de la SGBAT autrichienne.

Au total, 86 thérapeutes ont participé à l'étude ; ils ont recruté 362 patients – dont 238 femmes et 124 hommes – âgés entre 17 et 72 ans. Les principaux instruments de mesure d'outcome ont été les suivants : l'OQ-45 (Outcome Questionnaire), le BSI (Brief Symptom Inventory), le BDI (Beck Depression Inventory), le GAF (Global Assessment of Functioning) et l'OPD-2 au niveau de la structure (OPD= diagnostic psychodynamique opérationnalisé). Ont également été utilisés d'autres questionnaires concernant, par exemple, la relation thérapeutique et les facteurs ayant motivé le traitement. Enfin, des évaluateurs externes ont été chargés de poser un diagnostic en fonction des axes I et II du DSM-IV.

Le design de la recherche a été celui d'une étude des processus et de l'outcome des traitements, de type prospectif et naturaliste. Trois assessments ont eu lieu, qui furent menés par des évaluateurs externes : un assessment pré- (en règle générale avant la 5e séance de thérapie), un assessment post- (une fois le traitement terminé) et un assessment de type catamnèse (un an après la fin de la thérapie). Les thérapeutes et leurs patients ont rempli toutes les cinq séances des questionnaires visant à mesurer les processus. Enfin, les thérapies ont été enregistrées, puis certains enregistrements ont été écoutés par des évaluateurs chargés de classifier les interventions en fonction des différents courants psychothérapeutiques. Dans ce but, un groupe de travail a élaboré un manuel de rating permettant d'évaluer les interventions. On a demandé à tous les instituts et à tous les groupements participant à l'étude de définir jusqu'à 10 interventions qu'ils considéraient comme typiques et pertinentes du point de vue de leur méthode. Les interventions typiques appliquées dans le cadre d'approches ne participant pas à l'étude ont été ajoutées en collaboration avec des experts dans ces méthodes. Il s'agissait des approches suivantes : thérapie cognitive du comportement, psychothérapie psychanalytique, psychothérapie centrée sur le client et thérapie systémique. Enfin, des interventions plus globales, décrites dans la littérature, ont été ajoutées.

Concernant les cinq principaux instruments de mesure de l'outcome, il s'est avéré que 80% des patient/es se situaient à un niveau dysfonctionnel (en rapport avec au moins un instrument). Par ailleurs, pour 90% d'entre eux un diagnostic situé sur l'axe I du DSM IV pouvait être considéré comme justifié. Les prochaines évaluations s'intéresseront aux résultats acquis par rapport à l'outcome des traitements et au processus thérapeutique.

Originalarbeit (Titelthema)

Brigitte Schigl, Silke Birgitta Gahleitner

Fehler machen - aus Fehlern lernen? - Perspektiven zur Klassifizierung von psychotherapeutischen Fehlern und dem Umgang damit

Zusammenfassung: In den letzten Jahren richtet sich das Augenmerk der Psychotherapieforschung auf unerwünschte Effekte von Psychotherapie: Dazu wurde am Department für Psychotherapie und biopsychosoziale Gesundheit der Donau Universität Krems 2008-2011 eine multimethodische Studie zum Thema „Risiken, Schäden und Nebenwirkungen von Psychotherapie“ durchgeführt. In diesem Beitrag wird vor dem Hintergrund der Daten von PatientInnen-Beschwerden und ExpertInnen aller psychotherapeutischen Verfahren eine Klassifikation von Fehlertypen beschrieben. Dabei reicht die Bandbreite von Alltagsfehlern über Fehler in schwierigen Situationen zu Kunstfehlern und ethischen Verfehlungen – wobei das Schadensausmaß mit der Schwere des Fehlers zunehmen dürfte. Sodann werden drei Arten des Umgangs mit Fehlern beschrieben, die sich aus der Person der TherapeutIn und der Art des Fehlers ergeben.

Schlüsselwörter: Psychotherapieforschung, Psychotherapieprozess, Psychotherapeutenvariable, Unerwünschte Psychotherapeutische Effekte, Psychotherapeutische Fehler.

Summary: Over the last years the focus of psychotherapy research shifted to unwanted and side effects of psychotherapy. For that purpose a multy-method study on the topic “Risks, Damages and Side Effects of psychotherapy” was carried out at the department of psychotherapy at the Danube University Krems in 2008-2011. In this paper a classification of different kinds of faults based on data of clients’ complaints and data from focus-groups with experts of all psychotherapeutic methods in Austria is presented. Faults range from everyday omissions, failings in difficult situations to malpractice and ethical misconduct – whereas the extent of damage probably increases with the severity of the fault. Three kinds of dealing with faults by the therapists - resulting from therapist personality and kind of fault, are described.

Keywords: Psychotherapy research, psychotherapy process, therapist variables, unwanted effects of psychotherapy, psychotherapeutic faults

1. Von der negativen therapeutischen Reaktion zu unerwünschten Effekten in der Psychotherapie

Dass Psychotherapie wirkt, ist in anspruchsvollen Studien bewiesen worden und wird weiter untersucht (aktuell z. B. Lambert, 2013). Auch mögliche unliebsame Effekte psychotherapeutischer Behandlung werden – wenn auch viel weniger – in den Blick genommen: Mindestens 5-10% der PatientInnen scheinen während ihrer Therapie eine Verschlechterung ihres Zustands zu erleben und 15-20% keine wesentliche Besserung zu erfahren (Mohr, 1995). Schon Freud thematisierte 1923 die „negative therapeutische Reaktion“ als unbewussten Widerstand von PatientInnen auf korrekte Behandlung konzipiert (Mayr 2001). Bergin (1963) führte die erste forschungsgeleitete Sichtung negativer Psychotherapieergebnisse durch, und in den 1980er-Jahren finden wir kritische Auseinandersetzungen mit Psychotherapie und deren Mängeln (z. B. Kottler & Blau, 1986, dt. 1991; Kleiber & Kuhr, 1988; Masson, 1988) – möglicherweise als Antwort auf das Phänomen des sogenannten „Psychobooms“. Dann war es weitgehend still um das Thema, bis nach der Jahrtausendwende eine erneute Auseinandersetzung begann (Märtens & Petzold, 2002; Lutz et al. 2004; Strauß & Geyer, 2006). Derzeit können wir auf eine Reihe aktueller empirischer Arbeiten und theoretischer Überlegungen zu unerwünschten Effekten von Psychotherapien, ihrer Häufigkeit und ihren Ursachen zurückgreifen (Lieberei & Linden, 2008, Linden & Strauß, 2013).

Die Studie „Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden (RISK)“ (Leitner et al. 2012b) stellt in diesem Beitrag den empirischen Hintergrund der Überlegungen zu psychotherapeutischen Fehlern dar. „RISK“ ist eine multimethodische Untersuchung in mehreren Schritten und wurde 2008-2011 am Department für Psychotherapie und biopsychosoziale Gesundheit der Donau Universität Krems durchgeführt. In diesem Artikel werden Ergebnisse aus qualitativen Daten herangezogen: Dies sind anonymisierte PatientInnen-Beschwerden (n = 42) aus dem Beschwerdeausschuss des österreichischen Psychotherapiebeirats, sowie Aussagen aus Fokusgruppen von VertreterInnen aller (21) österreichischen Psychotherapieverfahren zum Thema Risiken und Schäden von Psychotherapie. Die Daten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring 2002) und vertiefender induktiver Kategorienbildung (Strauss, 1987) ausgewertet.

2. Was sind unerwünschte Therapie-Effekte? Was sind ihre Ursachen?

Es gibt derzeit noch keine von allen ForscherInnen vertretene einheitliche Definition bzw. Systematisierung unerwünschter Neben- bzw. Hauptwirkungen von Psychotherapie, auch wenn inzwischen einige substanzielle

Vorschläge dazu vorliegen. So kann (theoretisch) zwischen durch die Therapie aufgetretenen Problemen und jenen, die durch äußere Lebensereignisse oder eine störungsimmanente Eigendynamik hervorgerufen sind, unterschieden werden (Linden, 2011, 2012). Unter jenen unerwünschten Effekten, welche Psychotherapie hervorruft, werden therapeutische Misserfolge, schädliche Therapie-Effekte und Nebenwirkungen, Rückfälle, schwierige Behandlungsverläufe oder Abbruch der Therapie subsummiert – Kaczmarek und Strauß (2013) bieten hierzu eine Synoptik der unterschiedlichen Aspekte (Strauß et al., 2012, S. 389). Die Schwierigkeit der trennscharfen Benennung und Beschreibung aller dieser Phänomene liegt auch darin, dass eine negative Psychotherapieentwicklung unweigerlich die Frage nach der Ursache der unliebsamen Effekte aufwirft und die Suche nach fehlerhaftem Verhalten der TherapeutInnen naheliegt.

Eine simple kausale Zuschreibung ist dabei häufig unzutreffend, da sich bei solch komplexen Prozessen wie Psychotherapie – siehe Orlinskys Generic Modell of Psychotherapy (Orlinsky et al., 1994) – unzulässige Vereinfachungen verbieten. Es müssen vielmehr multifaktorielle, sich subtil verstärkende oder hemmende Prozesse angenommen werden. Verschiedene Ursachen können zu negativen Entwicklungen führen (Strauß et al., 2012). Unterscheiden lassen sich PatientInnenvariable (deren Störung, Persönlichkeit etc.), Passungs- bzw. Beziehungsvariable, Methodenvariable (Indikationen für bestimmte Methoden, Techniken oder Settings) und TherapeutInnenvariable. Hoffmann et al. (2008) gestehen auch *lege artis* durchgeführter, angemessener Psychotherapie Erfolglosigkeit oder Nebenwirkungen zu; eine unkorrekte Ausführung der Behandlung wird meist (muss aber nicht zwangsläufig) zu solchen führen. Die spezielle, auf Intimität und Vertrauen gegründete psychotherapeutische Beziehung kann z. B. leicht in eine Abhängigkeit kippen. Das kann eine ernst zu nehmende Nebenwirkung jeder Psychotherapie sein (Leitner et al., 2012a) – die jedoch nicht notwendigerweise durch fehlerhaftes Verhalten des/der PsychotherapeutIn bedingt sein muss.

3. Eine Systematik psychotherapeutischer Fehler

Auch wenn therapeutischer Misserfolg durch eine unzutreffende Therapie-Indikation, mangelnde Passung zwischen PatientIn und TherapeutIn oder PatientInnenvariable hervorgerufen wird, können PsychotherapeutInnen nicht ihrer Verantwortung entoben werden, gemeinsam mit den PatientInnen angemessene Lösungen für diese Situationen zu erarbeiten (Reimer, 2008; Lieberei & Linden, 2008). Sie sind die Prozessverantwortlichen und müssen, wenn eine Stagnation oder Fehlentwicklung stattgreift, adäquat darauf reagieren. Verschiedene Daten lassen die Vermutung zu, dass es mehr auf die Person und das Handeln der TherapeutInnen als auf die von ihnen erlernte Methode ankommt (Okiishi et al., 2003; Kraus et al., 2011), auch wenn es um ungünstige Verläufe geht. In der Diskussion werden je nach AutorIn verschiedene Arten von Fehlhandlungen von PsychotherapeutInnen unterschieden (z. B. Kottler & Blau, 1991; Lutz et al., 2004; Lieberei & Linden, 2008; Linden, 2011; Hutterer-Krisch, 2007a; Bienenstein & Rother, 2009; Kaczmarek et al. 2012). Generell kann man als Fehler bezeichnen, was von einer anderen möglichen besseren Handlungsweise abweicht. In der Psychologie werden theoretisch Denk-, Planungs- und Handlungsfehler beschrieben – wobei deren praktische Unterscheidung oder punktuelle Auffindung in komplexen Systemen schwierig ist (Dörner, 2003).

Im Folgenden sollen verschiedene Fehlertypen von TherapeutInnen und deren Umgang damit aus den RISK-Daten extrahiert und mit Überlegungen aus der Literatur verschränkt werden. Dabei wird eine neue Ordnung als Rangreihung entlang der Art bzw. Systematik des Fehlers vorgenommen, wobei die Schwere des Fehlhandelns zunimmt. Es werden folgende Fehlerarten umrissen: Alltagsfehler, Fehler in schwierigen Situationen (inkl. AnfängerInnen-Fehler), Kunstfehler und ethische Fehlhandlungen. Wie sich ein Fehler im jeweiligen therapeutischen Prozess mit einem/r bestimmten PatientIn auswirkt, kann nicht eins zu eins vorausgesagt werden (Bienenstein & Rother, 2009). Es ist allerdings anzunehmen, dass vom leichtesten, dem Alltagsfehler, bis zum schwersten, dem systematischen Handeln wider ethische Richtlinien und gesetzliche Vorgaben, die negativen Folgen ebenfalls an Schwere zunehmen.

3.1 Alltagsfehler

Bienenstein und Rother (2009) definieren Alltagsfehler als „Elemente der therapeutischen Arbeit, die in der ersten Reaktion des Therapeuten von diesem als unerwünscht wahrgenommen werden“ (S 40). Hierbei sind, wie von Riedler-Singer (2007, S194f.) beschrieben, jene Momente in einem an sich gut laufenden psychotherapeutischen Prozess gemeint, in denen (hinreichend) kompetente TherapeutInnen in einer spontanen (nicht geplanten) Art einmalige Handlungen setzen, die ihnen im unmittelbaren weiteren Verlauf selbst als unangemessen erscheinen. Diese Art von Fehlern finden sich in vielen Therapien, bei wahrscheinlich allen – auch sehr kompetenten – TherapeutInnen hin und wieder. Beispiele sind etwa: Vergessen bzw. falsches Terminieren von Sitzungen, unpassendes Lachen (Situationskomik), unpassende Bemerkungen und falsche

Wortwahl, Schwadronieren oder „gescheit Reden“, Schläfrigkeit während der Sitzung, zu starke Selbstoffenbarung etc. Diese Fehler werden von den TherapeutInnen meist selbst zeitnah bemerkt, als „hoppla“ empfunden und umgehend zu korrigieren versucht. Sie sind einmalig situativ und haben keine patientInnenspezifische o. a. Systematik. Solche Fehler können, gut kommuniziert und mit den PatientInnen bearbeitet, sogar einen positiven (oder zumindest keinen negativen) Einfluss auf den Prozess haben. Die Chance dazu, dass sie bearbeitet werden, ist relativ hoch, da TherapeutInnen selbst die Unangemessenheit ihres Handelns erkennen (vgl. 4.1).

3.2 Fehler in schwierigen Situationen

Hierbei handelt es sich um Fehlhandlungen, die unter besonders herausfordernden Bedingungen entstehen, d. h., sie können ebenso einmalig wie die oben genannten Alltagsfehler auch bei hinreichend kompetenten PsychotherapeutInnen vorkommen. Aus den Darstellungen dazu (z. B. Noyon & Heidenreich, 2009; Jacob et al., 2009; Borg-Laufs et al., 2012) kann weiters definiert werden, dass sie durch ein anderes TherapeutInnenverhalten nicht von vornherein hätten verhindert werden können. Sie sind situationsspezifisch, systemspezifisch, prozessspezifisch und/oder patientInnenspezifisch, aber nie systematisch durch das Verhalten oder die Persönlichkeit der TherapeutInnen bedingt. Beispiele für schwierige Interaktionssituationen, die am PatientInnenverhalten bzw. deren Störung bzw. Persönlichkeit festgemacht werden können, sind deren übermäßiges Klagen, fehlende Motivation oder Mitarbeit, totale Mutlosigkeit bis Suizidalität, Schweigen, Zerreden bis Logorrhö, Unzuverlässigkeit bei der Termineinhaltung etc.. Auch Systembedingungen wie Abrechnungsmodi, diagnostische Erfordernisse etc. können schwierige Situationen hervorrufen. Ebenso die Frage, ob ein/eine PatientIn nach dem Erstgespräch angenommen werden soll, wenn Zweifel bestehen, ob die therapeutische Allianz gut genug aufgebaut werden kann. Die ExpertInnen der RISK-Diskussionen wiesen dazu auf Strukturen im stationären Setting hin, die TherapeutInnen in Nöte bringen können.

Besonders schwierige Situationen sind zumeist dadurch gekennzeichnet, dass der therapeutische Rahmen infrage gestellt oder verlassen wird, dass der/die TherapeutIn als Person angesprochen wird, dass unmittelbare Reaktion darauf nötig ist. Beispiele hierfür sind etwa starke Kritik des/der PatientIn an dem/der TherapeutIn, an dessen/deren Interaktionen bzw. an der Therapie, ebenso wie Äußern einer besonderen Zuneigung, Verliebtheit, Nähe wünschen zum/zur TherapeutIn oder auch die Ankündigung eines Therapieabbruchs. Ruff et al. (2011) nennen diese Fehler auch Fehler aufgrund von Überraschung – man könnte auch sagen aktueller Überforderung; denn in solchen schwierigen Interaktionssituationen wird die therapeutische Allianz bzw. die Struktur therapeutischen Arbeitens zum Thema bzw. infrage gestellt (Sachse, 2004). Fehler kann in solchen Situationen sowohl das Ignorieren der Brisanz der Situation durch den/die TherapeutIn sein als auch deren besonderes Bemühen und übermäßige Anstrengung, Verstricken in Kämpfe, Dramatisieren und Katastrophisieren, Überzeugen wollen etc.

Fehler in schwierigen Situationen kommen bei wahrscheinlich allen TherapeutInnen manchmal vor, sollten mit zunehmender Erfahrung jedoch abnehmen bzw. leichter bewältigbar sein. Es ist anzunehmen, dass sie bei ungeübten TherapeutInnen öfter vorkommen oder wahrscheinlicher sind, wenn ein/eine TherapeutIn eine solche Situation zum ersten Mal erlebt (AnfängerInnenfehler). Diese Fehler in schwierigen Situationen können – je nach Möglichkeit einer weiteren Integration – positive bis leichte oder schwerwiegende negative Folgen für den therapeutischen Prozess zeitigen. Wird die Bearbeitung des Risses in der therapeutischen Allianz (Wampold & Bolt, 2006) versäumt, wird dies zu einer tendenziell schwerwiegenderen Fehlerkette im Prozess führen. Bei ausreichend selbstreflexiven Therapeutinnen bzw. solchen, die Intervention oder Supervision für die Problematik in Anspruch nehmen, ist hingegen eine gute Chance zu einer erfolgreichen Integration des Fehlers in der schwierigen Situation gegeben (vgl. 4.1).

3.3 Kunstfehler bzw. „technische Fehler“

Mit dieser Fehlerkategorie verlassen wir die einmaligen, situativen Handlungen, die nicht systematisch mit dem/der TherapeutIn verbunden sind. Kunstfehler sind jene Fehlerarten, die sich aus der unzureichenden Kompetenz des/der PsychotherapeutIn bzw. unprofessionell, d. h. inkorrekt durchgeführter Therapie ergeben (Strauß et al., 2012). Sie unterscheiden sich von den zuvor dargestellten Fehlern (vgl. 3.1 und 3.2) dadurch, dass sie systematisch auftreten: Es sind „Fallen“, in die TherapeutInnen immer wieder tappen, die sich im Zusammenhang mit bestimmten Situationen oder Störungen oder auch generell, über alle Therapieprozesse hinweg manifestieren können. Kunstfehler sind solche Fehler, die durch Aktionen abweichend von der durch die therapeutische Methode bzw. Community vorgegebenen Leitlinie guten therapeutischen Handelns entstehen. Allerdings ist in der Psychotherapie nie nur ein gutes Handeln möglich, die genaue Bestimmung somit oft

schwierig. Im Unterschied zur Medizin, aus der der Kunstfehlerbegriff stammt, ist in der Psychotherapie fahrlässiges (oder absichtsvolles) Handeln kaum an allgemein gültigen einheitlichen Handlungsabfolgen festzumachen. Die RISK-ExpertInnen waren auch in der Diskussion um Abstinenz, körperliche Berührung, Selbstöffnung je nach Haltung ihrer Therapieverfahren unterschiedlicher Meinung. Sie brachten aber auch übereinstimmende Beispiele zu Fehlertypen vor, die aus mangelnder therapeutischer Kompetenz oder Selbstreflexion resultieren und folgendermaßen differenziert werden können:

Kunstfehler können methodenspezifisch verursacht sein (technische Fehler im engeren Sinne): Ein spezifisches Vorgehen, eine Technik wird falsch oder nicht bzw. nicht aktuell rezipiert und deshalb unrichtig, verzerrt, unzureichend – suboptimal – angewandt. Als Beispiele sind falsches „Timing“ (Kottler & Blau, 1991), zu schnelle Diagnose und Behandlungsplanung, starke Gefühle evozierende, „tiefende“ Techniken an unpassender Stelle oder übermäßige Anwendung einzelner Techniken und Methoden (therapeutisches Agieren) genannt. Auch inadäquate, psychotherapiefremde Behandlungsmethoden zu verwenden, fällt unter technische Kunstfehler. Unklarheit bzw. nachlässiger Umgang mit der Klärung der Rahmenbedingungen der Psychotherapie, was Honorar- und Zahlungsmodus etc. angeht, ist als Kunstfehler zu werten. Mangelnde Settingklärung (Wechsel von Einzel-Setting zur Gruppe, unangekündigte Änderungen von Frequenz und Kosten) waren auch in den analysierten Beschwerdebriefen der RISK-Studie häufig Thema. Falsch zu diagnostizieren, das Übersehen von Falsch-Indikationen zur Psychotherapie generell oder zu einer bestimmten Methode (Linden, 2011) bzw. Nicht-Bemerkten oder Ignorieren von grundlegenden Passungsproblemen sind ebenso als Kunstfehler zu bezeichnen. Hier subsumieren sich auch Planungsfehler, wenn eine Therapie über einen angemessenen Rahmen hinaus fortgeführt wird, etwa weil das Ziel aus dem Auge verloren wurde oder obwohl das Ziel erreicht wurde und/oder keine weitere Verbesserung möglich bzw. zu erwarten ist.

Eine weitere Kunstfehlerkategorie ist stärker störungsspezifisch einzuordnen, d. h., das TherapeutInnenverhalten ist nur mit einer bestimmten PatientInnengruppe als problematisch anzusehen. In der störungsspezifischen Fachliteratur finden sich dazu Beispiele wie etwa zeitlich unpassende Traumakonfrontation, Vernachlässigung somatischer Aspekte bei Essstörungen, zu heftiges Konfrontieren bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen etc. Oft kommt bei den methodenspezifischen oder störungsspezifischen Kunstfehlerarten ein „Mehr desselben“ statt neuen Überdenkens zur Anwendung – der/die TherapeutIn beharrt auf der eingeschlagenen Strategie, und die Situation verschlimmert sich immer mehr. Die ExpertInnen der RISK-Fokusgruppen sprechen hier von einer Starre in der Methodik des Vorgehens oder unangemessenen Verfahrenstreue. Auch Insensibilität und blinde Flecken bezüglich Gender- und Diversity-Faktoren können hier subsumiert werden (Schigl, 2012).

In der Psychotherapie stellt die Persönlichkeit der TherapeutInnen ein immens wichtiges Instrument dar: Deshalb ist hier auch die Kategorie von TherapeutInnen-Persönlichkeits-spezifischen Kunstfehlern zu subsumieren. Sie entstehen aus einer überstarken Aktivierung persönlicher Anteile des/der TherapeutIn (Caspar & Kächele, 2008). Diese Fehler werden von den RISK-ExpertInnen am intensivsten diskutiert. Beispiele sind Muster von „Sich-übermäßig-Anstrengen“, alle bzw. keine Verantwortung für den/die PatientIn zu übernehmen, PatientInnen geheim abzuwerten, schnell resignativ, zynisch, fordernd oder zu enthusiastisch zu werden, sich selbst zu sehr in den Mittelpunkt zu stellen, Kälte, d. h. zu wenig Empathie zu empfinden oder zu zeigen, aber auch auf PatientInnen starken Druck auszuüben, sich bzw. etwas zu ändern, etc. Dies deckt sich mit der Psychotherapieforschung zu ungünstigen TherapeutInnenvariablen (Yalom & Liebermann, 1971; Strupp et al., 1977; Mohr, 1995; Roback, 2000; Lambert, 2007).

Fehler aufgrund eigener Bedürftigkeit (sei es sozial, lebenspraktisch, geschäftlich-finanziell oder emotional), d.h., PatientInnen zu brauchen, um Defizite im eigenen Leben zu kompensieren, sind durch TherapeutInnen verursachte persönlichkeitsbedingte Kunstfehler, die auch in den Bereich der Ethikfehler hineinreichen können. Diese Fehler, die aus dem biografischen Gewordensein und der Persönlichkeit des/der TherapeutIn resultieren, sollten in der Therapieausbildung nivelliert oder zumindest reflektiert werden, so dass TherapeutInnen adäquat damit umgehen können. KandidatInnen sollten ihre eigenen gewohnheitsmäßigen Verhaltensweisen kennen und sie – etwa in berufsbegleitender Supervision – zur Disposition stellen und besprechen. Schwierig sind jene Fehler zu bearbeiten, die aus echten „blinden Flecken“ entstehen, d. h. wenn TherapeutInnen ihre problematische Verhaltenstendenz nicht bewusst ist und auch nicht thematisiert bzw. supervidiert wird (Jaeggi, 2002). Immer wiederkehrende Gefühle, „Widerstände“ in unterschiedlichen Therapieprozessen, systematische „Gegenübertragungs“-dynamiken (Rohde-Dachser, 1988), immer wieder auf dasselbe Hindernis zu stoßen, sollte für PsychotherapeutInnen ein Warnsignal darstellen und Anlass geben, diese Themen in der begleitenden Supervision bzw. Weiterbildung zu besprechen (vgl. 4.2).

3.4 Ethische Generalfehler: Handeln wider den Berufskodex

Diese letzte Kategorie von Fehlern führt zu den wahrscheinlich schwerwiegendsten negativen Folgen (Strauß et al., 2012), und tritt am klarsten auch in der RISK-Analyse der PatientInnenbeschwerden zutage (Hinterwallner et al., 2011; ähnlich auch Kaczmarek et al., 2012). Sie sind leichter zu definieren als Kunstfehler, weil es allgemeine niedergeschriebene, verbindliche ethische Leitlinien beruflichen Handelns (z.B. Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit, 2012; Schweizer Charta für Psychotherapie, 2006) sowie rechtliche Grundlagen (Märtens & Liegl, 2013) gibt, denen sie zuwiderlaufen. Immer ist das Machtungleichgewicht von TherapeutIn zu PatientIn zu beachten, das bei bestimmten Defiziten in der TherapeutInnenpersönlichkeit (in Verbindung mit bestimmten Persönlichkeitszügen des/der PatientIn) zu ethisch fragwürdigen Handlungen führen kann.

Ein Missbrauch liegt laut Rüger (2003) dann vor, wenn der/die TherapeutIn diese spezielle Abhängigkeitssituation zu einer Grenzüberschreitung nützt. Dabei entsteht ein Nutzen für den/die TherapeutIn, der auf verschiedenen Ebenen liegen kann: Er kann narzisstischer Natur (Befriedigung der eigenen Bindungsbedürfnisse, von dem/der PatientIn bewundert und geliebt zu werden) sein; ideologischer Missbrauch liegt vor, wenn politische, spirituelle oder religiöse Ideen des/der TherapeutIn in der Therapie einen großen Platz einnehmen, PatientInnen bekehrt, überzeugt werden sollen; Missbrauch kann finanzielle Ausnützung bedeuten (Lockangebote, hohe Tarife, unnötig lange Therapien und Druck, die Therapie fortzusetzen, durch PatientInnen verschaffte finanzielle Begünstigungen oder Arbeit des/der PatientIn für den/die TherapeutIn). Auch berufliche oder geschäftliche Verbindungen zu PatientInnen überschreiten die Grenze zum Handeln wider den Berufskodex in Form von finanzieller Ausbeutung; schließlich kann der Missbrauch der Abhängigkeitsbeziehung sexuelle Ausbeutung beinhalten (vgl. auch Hutterer-Krisch, 2007). Letztere sind die wohl am besten bekannten Phänomene im Dunkelfeld negativer therapeutischer Aktionen (Becker-Fischer & Fischer, 2008).

Ein Teil der in der RISK-Studie analysierten Beschwerden berichtet von einem respektlosen Umgang (Beschimpfungen, Belästigungen) durch den/die TherapeutIn. Aber auch andere Grenzverletzungen wie Verletzung der Schweigepflicht, Grenzverletzungen durch private soziale Kontakte oder Befangenheit durch gemeinsame Hintergründe in einer verschwimmenden Grenze zwischen der privaten und beruflichen Position des/der TherapeutIn sind in den Beschwerdetexten aufzufinden. All diesen Fehlern ist gemeinsam, dass entweder ein aktives Sich-Verschließen vor dem Wissen um gängige ethische Richtlinien seitens der TherapeutInnen stattfindet (im Sinne von: ist nicht so schlimm, eine gute Lösung für den Moment) oder eine Verzerrung eigener Wahrnehmung und des Selbstbildes (die sexuelle Beziehung tut der PatientIn gut, ist Teil der Therapie etc.) die Übergriffe möglich macht (vgl. 4.3).

4. Umgang mit Fehlern

Eine generelle Fehlervermeidung ist in Interaktionssituationen und innerhalb eines so komplexen Beziehungsgeschehens wie einer Psychotherapie wohl kaum möglich, es gibt keine optimale oder (einzig) richtige Vorgehensweise. Ist jedoch ein Fehler – oder eine Kette von Fehlhandlungen – passiert, so können aus der Analyse der Aussagen in den RISK-Fokusgruppen drei Typen des Umgangs damit unterschieden werden und auch das Schadenspotenzial beeinflussen (Gerlich, 2011; Gahleitner et al., 2013 i. V.).

4.1 Proaktiver Umgang – Alltagsfehler, schwierige Situationen und Kunstfehler

Hierbei sind jene Fälle subsumiert, in denen ein/eine TherapeutIn sich aktiv mit ihrem Fehler und der sich daraus ergebenden Situation auseinandersetzt: Die wesentlichste Voraussetzung für diesen proaktiven Umgang ist, dass der Fehler dem/der TherapeutIn bewusst wird. Entweder unmittelbar selbst (vgl. 3.1 Alltagsfehler), aufgrund von Selbstreflexion, Intervention, Supervision oder aufgrund der Rückmeldung des/der PatientIn. Bedingung dafür ist eine grundsätzliche Bereitschaft, sich und das eigene Tun infrage zu stellen bzw. stellen zu lassen. Die Toleranz für eigene Unvollkommenheit öffnet den Weg zur positiven Weiterentwicklung, indem das Fehlhandeln unmittelbar oder nach vorheriger Reflexion (z. B. in der Supervision) korrigiert wird. Dies kann einerseits ein Ansprechen mit dem/der PatientIn (Alltagsfehler, schwierige Situationen) sein, aber auch das Einschlagen eines neuen Kurses, wenn es sich um systematische Kunstfehler handelte. Das Besprechen und Durcharbeiten mit dem/der PatientIn (v. a. bei Alltagsfehlern, schwierigen Situationen) oder die Arbeit an der eigenen Gegenübertragung (Kunstfehler) kann eine positive Entwicklung anstoßen und befördern. Die Erkenntnis über Fehlgelauchenes wird in den Prozess integriert und befruchtet ihn. Das Wiederholungsrisiko ist gering.

4.2 Unreflektierter bzw. passiver Umgang – schwierige Situationen, Kunstfehler, ethische Fehler

Hier reagiert der/die TherapeutIn auf den Fehler nicht. Entweder erkennt er/sie die Signale der Fehlentwicklung aufgrund mangelnder Kompetenz oder eines blinden Flecks nicht, oder er/sie verschießt absichtlich die Augen vor der Problematik, ist überfordert und kann keine Korrekturen einbringen. (Halb-)bewusstes Nicht-Wahrhaben-Wollen ist zumeist verbunden mit persönlichen Defiziten wie einer zu strengen Haltung sich/den PatientInnen gegenüber, wenig Offenheit oder Ängstlichkeit. Die Folgen des passiven bzw. unreflektierten Umgangs können systematisch den Prozess trüben, das Wiederholungsrisiko ist mittel bis hoch (je nachdem, ob es sich um technische, störungsspezifische oder persönlichkeitspezifische Kunstfehler handelt). Dennoch besteht noch die Möglichkeit einer Korrektur: Wenn in Supervision und Weiterbildung der/die TherapeutIn auf die Problematik hingewiesen wird, dies annehmen und im therapeutischen Prozess aufgreifen kann. Ein Minimum an Selbstreflexionsbereitschaft ist dabei vorausgesetzt.

4.3 Ignoranter Umgang – Kunstfehler, ethische Fehler

Hier erkennt der/die TherapeutIn eine Fehlentwicklung, sucht die Gründe dafür aber nicht bei sich. Alle Problematik des Prozesses wird dem/der PatientIn („Diagnostizieren als Abwehr“) oder äußeren Umständen zugeschrieben. Oder die Fehlentwicklung wird generell geleugnet oder sogar als nötiger bzw. heilender Teil des Prozesses uminterpretiert. Beispiele der Fehlerignoranz aus den RISK-Daten sind auf der Handlungsebene etwa permanentes Gegenfragen auf Beschwerden der PatientIn, Antworten in Phrasen, Ausüben von Druck etc. Die Problematik von Machtmissbrauch in finanzieller oder narzisstischer Hinsicht wird von dem/der TherapeutIn ignoriert, sexuelle oder soziale Verstrickungen als Handlungen zum Wohle des/der PatientIn uminterpretiert. Zu diesem Fehlerumgang finden sich die meisten Aussagen in den qualitativen Daten der RISK-Studie. Den TherapeutInnen ist die Problematik ihres Tuns offenbar nicht einsichtig, eine Korrektur deshalb schwierig bis unmöglich. Ignoranter Umgang ist meist systematisch, die Wiederholungsgefahr daher hoch. Dieser Umgang mit Fehlentwicklungen zeitigt wahrscheinlich das höchste Schadensausmaß.

5. Fazit

Psychotherapie ist wie jedes menschliche Tun nie beliebig wiederholbar perfekt. Zu viele beeinflussende Faktoren können unliebsame Entwicklungen hervorrufen. In diesem Beitrag wurde, ausgehend von den Daten der RISK-Studie an der Donau Universität Krems (Leitner et al., 2012b) auf jene Faktoren im psychotherapeutischen Prozess fokussiert, die als therapeutische Fehler anzusehen sind. Dazu wurde ein neues Ordnungsschema von Fehlern nach ihrer Systematik und potenziell schädigenden Wirkung vorgestellt.

Die Haltung gegenüber Fehlern kann generell unter zwei Gesichtspunkten betrachtet werden: Einer davon ist technisch und versucht, Fehler zu vermeiden, da sie als Störquellen und Abweichungen optimalen Funktionierens betrachtet werden. Eine andere Einstellung zu Fehlern entspricht mehr der menschlichen Verfasstheit – nämlich, Fehler als Input zu sehen, an dem wir wachsen können; eine Kultur der Fehlerfreundlichkeit oder zumindest Fehlertoleranz öffnet ein Lernfeld, in dem PsychotherapeutInnen wagen, ihre Mängel zu sehen (ohne sich zu verdammen) und die Erkenntnisse daraus nützen, besser zu werden – in unserem Falle proaktiv mit Fehlern umzugehen (vgl. 4.1). Eine solche Haltung einzunehmen, ist die wohl breiteste und wichtigste Forderung für alle psychotherapeutisch Arbeitenden (vgl. auch Bienenstein & Rother, 2009). Dazu sind die Akzeptanz eigener (menschlicher) Unvollkommenheit, Offenheit und Lernbereitschaft nötig, wie sie in einer fehlerfreundlichen Haltung wachsen können.

Systematische therapeutische Fehler wie Kunstfehler oder ethische Verfehlungen müssen in der Psychotherapie selbstredend hintangehalten werden. Dazu sind mehrere Wege möglich: Der erste fokussiert auf die Persönlichkeit der PsychotherapeutInnen (Pfäfflin & Kächele, 2000; Märtens, 2013): Hier sollen schon in der Auswahl der KandidatInnen deren mögliche Persönlichkeitsdefizite erkannt, in der Ausbildung persönliche blinde Flecken bearbeitet und genügend personale wie methodische Kompetenz erworben werden. Weiters sind unter dem Schlagwort Selbstfürsorge jene Praktiken zu nennen, die PsychotherapeutInnen für ihre eigene Arbeitsfähigkeit und ihr Wohlergehen kultivieren sollten. Ausgeglichene PsychotherapeutInnen, die in guten sozialen Bezügen leben und sich von ihrem anstrengenden Job auch angemessen erholen können, werden weniger dazu tendieren, aus Überbelastung abzustumpfen, zynisch zu werden oder PatientInnen zu benützen. Eine ausreichende finanzielle Absicherung wirkt präventiv gegen unnötig lange Therapien, mangelnde Überweisung an geeignete Stellen o. Ä. um des Honorars willen.

Der zweite Weg fokussiert auf die Verpflichtung zur Weiterbildung und berufsbegleitenden Supervision bzw. Intervention für PsychotherapeutInnen – ein auch im österreichischen Psychotherapiegesetz und dessen

Verordnungen verankerter Gedanke (z. B. Supervisionsrichtlinie, 2009). Durch die dort mögliche Kompetenzentwicklung und systematische Selbstreflexion, durch Vergleich mit dem Tun anderer KollegInnen, durch Feedback in der Intervision können weitere Fehler und größere Schäden verhindert werden. In Fortbildung und Supervision können TherapeutInnen angeleitet werden, Fehlentwicklungen zu erkennen, sich Fehlern zu stellen, neue Perspektiven einzunehmen, alternative Handlungen zu entwerfen und sie in den therapeutischen Prozess zu integrieren. Diese Forderung ist auch ein wesentlicher Bestandteil des Qualitätsmanagements psychotherapeutischer Praxis (Piechotta, 2008; Strauß et al., 2012).

Der dritte Weg bringt PatientInnen ins Spiel: Sie sollen gezielte Information zum üblichen Ablauf und Aufklärung über mögliche Risiken von Psychotherapie erhalten. Es gilt, sie zu stärken, damit sie ihre Wahrnehmungen in den therapeutischen Prozess einbringen und den TherapeutInnen auf diese Weise wertvolle Rückmeldungen geben (Gahleitner et al., 2013 i. V.). Auch hier jedoch ist Voraussetzung, dass sie mit ihren Rückmeldungen auf TherapeutInnen stoßen, die dies annehmen können. Der Ausbau von Feedbackschleifen in der eigenen therapeutischen Praxis (Zwischenziele, Symptom-Checklisten, prozessuale Diagnostik etc.) kann hierbei formal helfen und sollte vermehrt angedacht werden. Weiters könnten die Auskunftsstellen und Beratungen der Berufsverbände für unzufriedene PatientInnen Beschwerden im Vorfeld abfangen und PatientInnen unterstützen, diese mit ihren TherapeutInnen zu besprechen. Die AutorInnen der RISK-Studie haben dazu auch einen „Beipackzettel“ für Psychotherapie entwickelt.

Generell gilt für alle drei Wege, dass eine Entwicklung hin zur Fehlerfreundlichkeit, zur Offenheit gegenüber fallweiser eigener Unzulänglichkeit und eine Freude an der Auseinandersetzung mit dem Prozess und seinen Dynamiken nötig sind. Hier sind wir TherapeutInnen alle gefordert, uns freundlich zu beobachten und daran mitzuwirken.

Autorinnen

Brigitte Schigl ist Klinische und Gesundheitspsychologin, Supervisorin und Psychotherapeutin in freier Praxis. Sie ist Professorin am Department für Psychotherapie und biopsychosoziale Gesundheit der Donau Universität Krems und unterrichtet dort in der Psychotherapie- und Supervisionsausbildung. Sie ist Mitglied des Forschungsteams am Department für die Schwerpunkte Gender, Psychotherapie-Evaluation.

Silke Brigitta Gahleitner studierte Soziale Arbeit und promovierte in Klinischer Psychologie. Sie arbeitete langjährig als Sozialarbeiterin und Psychotherapeutin in sozialtherapeutischen Einrichtungen sowie in eigener Praxis. Seit 2006 ist sie als Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit an der ASFH Berlin und seit 2012 als Univ.-Professorin an der Donau-Universität Krems für den Forschungsbereich Integrative Therapie und Psychosoziale Interventionen tätig.

Korrespondenz

Brigitte Schigl

Department für Psychotherapie und biopsychosoziale Gesundheit der Donau Universität Krems

E-Mail: brigitte.schigl@aon.at

Silke Brigitta Gahleitner

E-Mail: silke.gahleitner@me.com

Literatur

Becker-Fischer, M. & Fischer, G. (2008). Sexuelle Übergriffe in der Psychotherapie und Psychiatrie. Orientierungshilfen für Therapeut und Klientin (Reihe: Psychotraumatologie, Psychotherapie, Psychoanalyse, Bd. 18; 3., neu bearb., erw. und aktual. Aufl.). Kröning: Asanger.

Bergin, A. E. (1963). The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *Journal of Counseling Psychology*, 10(3), 244-250.

Bienenstein, S. & Rother, M. (2009). Fehler in der Psychotherapie: Theorie, Beispiele und Lösungsansätze für die Praxis. Wien: Springer.

Borg-Laufs, M., Gahleitner, S. B. & Hungerige, H. (2012). Schwierige Situationen in Therapie und Beratung mit Kindern und Jugendlichen. Weinheim: Beltz PVU.

Caspar, F. & Kächele, H. (2008). Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. In S. C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (1. Aufl.; S. 729-743). München: Elsevier.

Dörner, D. (2003). Die Logik des Misslingens. *Strategisches Denken in komplexen Situationen* (erw. Neuausg.). Reinbek: Rowohlt.

Freud, S. (1923). Die Abhängigkeiten des Ichs. In S. Freud, *Das Ich und das Es* (S. 60-77). Leipzig: Psychoanalytischer Verlag.

Gahleitner, S. B., Schigl, B., Gerlich, K. & Hinterwallner, H. (i.V.). Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie vermeiden: Was TherapeutInnen von PatientInnen lernen können. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 37.

- Gerlich, K. (2011). Risiko und Handhabung von Risiko im psychotherapeutischen Prozess. Eine praxisbasierte ExpertInnenansicht. *Integrative Therapie – Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration*, 37(1/2), 45-64.
- Heidenreich, T. & Noyon, A. (2012). Schwierige Situationen in der Psychotherapie als Basis für riskantes Therapeutenverhalten. *VPP – Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 45(3), 529-535.
- Hinterwallner, H., Gerlich, K. & Koschier, A. (2011). PatientInnenbeschwerden in der Psychotherapie. *Integrative Therapie – Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration*, 37(1/2), 65-74.
- Hoffmann, S. O., Rudolf, G. & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie Eine Übersicht mit dem Entwurf eines eigenen Modells. *Psychotherapeutenjournal*, 53(1), 4-16.
- Hutterer-Krisch, R. (2007). Missbrauch in der Psychotherapie. Rechtliche Fragen des Missbrauchs in der Psychotherapie. In Hutterer-Krisch, R. *Grundriss der Psychotherapieethik: Praxisrelevanz, Behandlungsfehler und Wirksamkeit* (S. 377-402). Wien: Springer.
- Jacob, G., Lieb, K. & Berger, M. (2009). *Schwierige Gesprächssituationen in Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Elsevier.
- Jaeggi, E. (2002). *Und wer therapiert die Therapeuten?* (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kaczmarek, S., Passmann, K., Cappel, R., Hillebrand, V., Schleu, A. & Strauß, B. (2012): Wenn Psychotherapie schadet... Systematik von Beschwerden über psychotherapeutische Behandlungen. In: *Psychotherapeut*. 57/5 .S 402-409
- Kaczmarek, S. & Strauß, B. (2013). Empirische Befunde zum Spektrum und zur Häufigkeit von unerwünschten Wirkungen, Nebenwirkungen und Risiken von Psychotherapie. In M. Linden & B. Strauß (Hrsg.), *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung* (S. 15-32). Berlin: MWV.
- Kleiber, D. & Kuhr, A. (Hrsg.). (1988). *Handlungsfehler und Misserfolge in der Psychotherapie. Beiträge zur psychosozialen Praxis* (Reihe: Tübinger Reihe, Bd. 8). Tübingen: DGVT.
- Kottler, J. A. & Blau, D. S. (1991). *Wenn Therapeuten irren. Versagen als Chance* (Englisches Original erschienen 1986). Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Kraus, D. R., Castonguay, L., Boswell, J. F., Nordberg, S. S. & Hayes, J. A. (2011). Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research*, 21(3), 267-276.
- Lambert, M. J. (2007). What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17(1), 1-14. Verfügbar unter: <http://www.oru.se/PageFiles/21320/Lambert,%20improve%20gains%20in%20outcome,%20Psychotherapy%20res2007.pdf> [03.09.2012].
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.; S. 169-218). Hoboken, NJ: Wiley.
- Leitner, A., Märtens, M., Koschier, A., Gerlich, K., Liegl, G., Hinterwallner, H. & Schnyder, U. (2012a). Patients' perceptions of risky developments during psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42(2), 1-11.
- Leitner, A., Märtens, M., Höfner, C., Koschier, A., Gerlich, K., Hinterwallner, H., Liegl, G., Hinterberger, G. & Schigl, B. (2012b). *Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden. Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie. Endbericht*. Krems, Österreich: Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit.
- Lieberei, B. & Linden, M. (2008). Unerwünschte Effekte, Nebenwirkungen und Behandlungsfehler in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 102(9), 558-562.
- Linden, M. (2011). Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Verhaltenstherapie. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 45-50). Berlin: Springer.
- Linden, M. (2012). How to define, find and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical Psychology and psychotherapy*. Verfügbar unter: DOI 10.1002/cpp1769.
- Linden, M., Strauß, B. (Hrsg.). (2013). *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung* (Neuaufgabe). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Lutz, W., Kostfelder, J. & Joormann, J. (Hrsg.). (2004). *Mißerfolge und Abbrüche in der Psychotherapie. Erkennen, Vermeiden, Vorbeugen*. Bern: Huber.
- Märtens, M. (2013). Der Therapeut als Ansatzpunkt für die Vermeidung von Psychotherapie Nebenwirkungen. In M. Linden, H. J. Freyberger & B. Strauß (Hrsg.), *Nebenwirkungen von Psychotherapie. Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung* (S. 167-182). Berlin: MWV.
- Märtens, M. & Liegl, G. (2013). Patientenrechtegesetz im psychotherapeutischen Kontext – Forderung nach Aufklärung und Behandlungsalternativen. *Psychotherapeut*, 58(1), 73-78.
- Märtens, M. & Petzold, H. G. (Hrsg.). (2002). *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Grünewald.
- Masson, J. M. (1991). *Die Abschaffung der Psychotherapie. Ein Plädoyer*. München: Bertelsmann. (Englisches Original erschienen 1988).
- Mayr, U. (2001). *Wenn Therapien nicht helfen. Zur Psychodynamik der negativen therapeutischen Reaktion*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (Reihe: Beltz Studium; 5. überarb. u. neu ausgestattete Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 2(1), 1-27.

- Noyon, A. & Heidenreich, T. (2009). *Schwierige Situationen in Therapie und Beratung: 24 Probleme und Lösungsvorschläge*. Weinheim: Beltz PVU.
- Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit (2009). *Supervisionsrichtlinie. Kriterien für die Ausübung psychotherapeutischer Supervision durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten*. Verfügbar unter: <http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/8/3/CH1002/CMS1144348952885/supervisionsrichtlinie.pdf> [29.03.2013].
- Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit (2012). *Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten*. Verfügbar unter: <http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/8/3/CH1002/CMS1144348952885/berufskodex.pdf> [27.03.2013].
- Österreichisches Psychotherapiegesetz (2013). *Fassung 2013*. Verfügbar unter: <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010620> [29.03.2012].
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L. & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10(6), 361-373.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B., K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.; S. 270-376). New York: Wiley.
- Pfäfflin, F. & Kächele, H. (2000). Müssen Therapeuten diagnostiziert werden? Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie PTT, 4(1), 88-94.
- Piechotta, B. (2008). *PsyQM Qualitätsmanagement für psychotherapeutische Praxen*. Heidelberg: Springer.
- Reimer, C. (2008). Ethik der therapeutischen Beziehung. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1: Allgemeiner Teil* (S. 251-264). Tübingen: DGVT.
- Riedler-Singer, R., Hutterer-Krisch, R. & Reiter-Theil, S. (2007). Behandlungsfehler. In R. Hutterer-Krisch (Hrsg.), *Grundriss der Psychotherapieethik. Praxisrelevanz, Behandlungsfehler und Wirksamkeit* (S. 194-210). Wien: Springer.
- Roback, H. B. (2000). Adverse outcomes in group psychotherapy: risk factors, prevention and research directions. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(3), 113-122.
- Rohde-Dachser, C. (1988). Widerstand, Fehllindikation, Beziehungsfalle. Erklärungsmodelle für das Scheitern psychoanalytischer Psychotherapie. In D. Kleiber & A. Kuhr (Hrsg.), *Handlungsfehler und Misserfolge in der Psychotherapie. Beiträge zur psychosozialen Praxis* (Reihe: Tübinger Reihe, Bd. 8; S. 61-72). Tübingen: DGVT.
- Rüger, U. (2003). Gewalt und Missbrauch in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 48(4), 240-246.
- Ruff, W., Eksparre, D. v., Grabenstedt, Y., Kaiser-Livne, M., Längl, W. & Nagell, W. (2011). Behandlungs- und Kunstfehler in der Psychoanalyse. *Forum der Psychoanalyse*, 27(1), 43-60.
- Sachse, R. (2004). Schwierige Interaktionssituationen im Therapieprozess. In W. Lutz, J. Kosfelder & J. Joormann (Hrsg.), *Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie. Erkennen – Vermeiden – Vorbeugen* (S. 123-143). Bern: Huber.
- Schigl, B. (2012). *Psychotherapie und Gender. Konzepte. Forschung. Praxis. Welche Rolle spielt die Geschlechtszugehörigkeit im therapeutischen Prozess?* (Reihe: Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung). Wiesbaden: VS.
- Schigl, B. (2013). Wie gefährlich kann Supervision sein? Perspektiven in ein Dunkelfeld. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 20(1), 35-49.
- Schweizer Charta für Psychotherapie. (2006). *Standesregeln der Charta Institutionen*. Verfügbar unter: <http://www.psychotherapiecharta.ch/charta/de/component/jdownloads/finish/4/33> [27.03.2013].
- Strauss, A. L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strauß, B. & Geyer, M. (Hrsg.). (2006). *Grenzen psychotherapeutischen Handelns*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Strauß, B., Linden, M., Haupt, M. L. & Kaczmarek, S. (2012). Unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen und Fehlentwicklungen. Systematik und Häufigkeiten in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 57(5), 385-394.
- Strupp, H. H., Hadley, S. W. & Gomes-Schwartz, B. (1977). Psychotherapy for better or worse: An analysis of the problem of negative effects. Montvale, NJ: Aronson.
- Wampold, B. E. & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects: Clever ways to make them (and everything else) disappear. *Psychotherapy Research*, 16(2), 184-187.
- Yalom, I. D. & Lieberman, M. A. (1971). A study of encounter group casualties. *Archives of General Psychiatry*, 25(1), 16-30.

Commettre des erreurs – en tirer des leçons? De la classification des erreurs en psychothérapie et de leur gestion

La psychothérapie est une méthode de traitement efficace de nombreux problèmes psychiques, de nombreuses études l'ont bien démontré. Ces dernières années, la question des effets négatifs de la méthode a également été posée. C'est sur ce thème que le Département de psychothérapie et de santé biopsychosociale de l'Université du Danube, à Krems, a mené entre 2008 et 2011 une étude qui porte le titre suivant : « Risiken, Schäden und Nebenwirkungen von Psychotherapie » (Les risques, les dégâts et les effets secondaires de la psychothérapie). (Voir à ce sujet le rapport en allemand, sous

http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/departement/psymed/forschungsartikel/risk_bericht_25.9.12.pdf).

Les données fournies par l'analyse de courriers dans lesquels les patient/es émettaient des plaintes, ainsi que des groupes de parole dans lesquels étaient présents les représentants de toutes les méthodes psychothérapeutiques pratiquées en Autriche ont servi de base à notre réflexion sur les erreurs en psychothérapie et la manière dont les psychothérapeutes les gèrent.

Il n'est pas très utile de rechercher des explications causales lorsqu'il s'agit d'un système aussi complexe que le processus psychothérapeutique ; par contre, au moment de rechercher les causes des effets indésirables ou des dégâts causés par les traitements, on va s'intéresser en priorité au/à la thérapeute. C'est lui ou elle qui, toujours, assume la responsabilité du processus, qui se trouve dans une position (professionnelle) de pouvoir et qui doit réagir lorsque des évolutions peu souhaitables se produisent dans le cadre du traitement ; ceci, quelles qu'en soient les raisons : trouble dont souffre le patient, mauvais choix d'un thérapeute, mauvaise indication quant à l'utilisation d'une méthode donnée, de techniques ou de settings, ou encore erreurs commises par le/la thérapeute. Dans le présent article, nous analysons différents types d'erreurs et la manière dont elles sont gérées, en nous fondant sur les données RISK et les indications fournies dans la littérature. Nous proposons une nouvelle liste hiérarchique en rapport avec les différents types d'erreurs. De manière générale, on peut considérer comme une erreur tout ce qui ne correspond pas à une autre manière – plus adéquate – d'agir. Nous esquissons quatre types d'erreurs : 'erreurs au quotidien', erreurs commises dans des situations difficiles (y compris par des débutants), fautes professionnelles et actions contraires à l'éthique.

Les erreurs au quotidien se produisent dans le cadre d'un processus psychothérapeutique qui, en soi, se déroule bien, lorsqu'un/e thérapeute (suffisamment) compétent/e agit spontanément d'une manière qu'il ou elle considèrera plus tard comme inadéquate (Riedler-Singer 2007, p. 194f). Ces erreurs sont en rapport avec une situation unique et ne se produisent pas de manière systématique et spécifique pour des patients donnés. Les erreurs dans des situations difficiles et les erreurs commises par des débutants se produisent lorsque les conditions posent un défi particulier ; elles peuvent être uniques, comme les erreurs au quotidien, même lorsque le/la psychothérapeute est suffisamment compétent/e. Elles sont en rapport avec la situation, avec le système, avec le processus et/ou avec le/la patient/e, mais ne sont pas systématiquement causées par le comportement ou la personnalité du/de la thérapeute. Elles se produisent au moment où ce dernier se sent dépassé, lorsque, par exemple, l'alliance thérapeutique ou la structure du traitement est menacée. Par contre, les fautes professionnelles sont commises par des psychothérapeutes dont les compétences ne sont pas suffisantes ou qui mènent les traitements de manière peu professionnelle (Strauß et al. 2012). Elles se produisent de manière systématique : ce sont des 'pièges' dans lesquels ces thérapeutes tombent souvent dans des situations spécifiques ou lorsque le patient souffre d'un certain trouble ; elles peuvent également se produire de manière plus globale, dans tous les cas traités. Les fautes professionnelles sont des erreurs considérées comme telles du fait que le thérapeute agit d'une manière qui ne correspond pas à ce qui serait souhaitable du point de vue de la méthode qu'il applique ou de celui de la communauté scientifique. Elles peuvent se produire en rapport avec certains groupes de diagnostics ou, de manière plus générale, à tous les moments où des aspects de la personnalité du thérapeute sont (trop) fortement activés (Caspar & Kächele, 2008). Elles sont difficiles à prouver car, contrairement à ce qui se passe pour les deux premières catégories d'erreurs, les thérapeutes n'en sont pas conscients. Concernant les actions contraires à l'éthique ou au code professionnel, celles-ci sont plus aisément définies puisqu'il existe des codes déontologiques qui doivent obligatoirement être respectés par les professionnels (exemples : ceux émis par l'Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit, 2012 ou la Charte suisse pour la psychothérapie, 2006) ainsi que des bases légales (Märtens & Liegl, 2013) qui, dans ce cas, ne sont pas

respectées. Font partie de cette catégorie tous les abus de pouvoir, de type sexuel, financier ou idéologique, ainsi que les abus causés par les blessures narcissiques des thérapeutes.

En ce qui concerne la manière de gérer les erreurs commises dans le cadre psychothérapeutique, les indications formulées par les experts ayant participé aux groupes mis en place peuvent être résumées sous trois catégories : une gestion proactive (surtout en cas d'erreur au quotidien ou d'erreur dans une situation difficile) puisque le/la thérapeute devient rapidement conscient/e d'avoir commis une erreur et qu'il/elle réagit de manière adéquate. Le fait de savoir que quelque chose n'a pas marché peut être intégré au processus thérapeutique et apporter un élément positif à ce dernier. Le risque de répétition est peu élevé. Lorsque les thérapeutes concernés ne mènent aucune réflexion ou gèrent leurs erreurs de manière passive (surtout dans des situations difficiles, concernant des fautes professionnelles ou des infractions à l'éthique), ils ne vont pas réagir du tout. Soit ils sont insuffisamment compétents pour identifier les signes de développements néfastes, soit ils y sont aveugles du fait de leur propre personnalité, soit encore ils décident d'ignorer les problèmes. Une gestion ignorante (fautes professionnelles, éthique) est définie par le fait que le/la thérapeute admet qu'il y a un problème, mais refuse d'en assumer la responsabilité. Dans ce cas, la faute est attribuée au/à la patient/e (« diagnostiquer en tant que mécanisme de défense ») ou à des événements extérieurs. Il peut également arriver que le/la thérapeute nie globalement les problèmes ou réinterprète ceux-ci pour en faire un aspect nécessaire et salutaire du processus thérapeutique. C'est ici que le risque de répétition et les dégâts sont les plus élevés.

Il faut donc pratiquer une culture au sein de laquelle les erreurs ne sont pas considérées comme uniquement négatives et dans laquelle les thérapeutes y sont sensibilisés dans le cadre de la formation et de la supervision ; celle-ci doit également encourager l'ouverture d'esprit envers les erreurs. Les moyens mis en œuvre vont de la sélection à la formation des candidats, mais incluent également le fait d'encourager les patients à signaler les effets non désirables de leur processus à leur thérapeute (Gahleitner et al. 2013, en préparation). Les auteurs de l'étude RISK ont élaboré une 'information destinée aux patients' à ce sujet, voir (en allemand) http://www.donauuni.ac.at/imperia/md/content/department/psymed/forschungsartikel/patientinneninformation_26.09.12.pdf.)

Originalarbeit (Titelthema)

Yvonne Traber

Kompetenzforschung in der Psychotherapie - Bericht über eine Fortbildungstagung der Schweizer Charta für Psychotherapie vom 22.6.2013

Zusammenfassung: Die Frage, ob und wie psychotherapeutische Kompetenz und deren Fortschritte bei Absolventinnen einer psychotherapeutischen Weiterbildung untersucht und gemessen werden können, stand im Zentrum der Fortbildungstagung. An der Universität Kassel wird ein von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördertes Forschungsprojekt zur Kompetenzentwicklung von Psychotherapeutinnen in Ausbildung durchgeführt. Projektleitung und Koordination liegen in den Händen der Professorinnen *Heidi Möller* und *Svenja Taubner*. Ein an diesem Forschungsprojekt beteiligter wissenschaftlicher Mitarbeiter der Uni Kassel, *Thomas Munder*, gab den Anwesenden einen Überblick über das Forschungsdesign und referierte erste Ergebnisse und deren Implikationen für die Praxis.

Research into Psychotherapist Competence - Report on a Continuing Education Conference presented by the Swiss Charta for Psychotherapy on 22.06.2013

Summary: The central theme at this event was the question as to whether and how psychotherapeutic competence and its progress can be investigated and measured in graduates of further education in psychotherapy in psychotherapy. The University of Kassel conducted a research project into competence development of psychotherapists in training, sponsored by the German Research Community (DFG). The project leadership and coordination are in the hands of professors *Heidi Möller* and *Svenja Taubner*. One of the participating researchers from the University of Kassel; *Thomas Munder*, provided delegates with an overview of the research design and also presented the initial findings and their implications for practice.

La recherche sur les compétences en psychothérapie - Rapport sur un cours de perfectionnement de la Charte suisse pour la psychothérapie (22.6.2013)

Abstract: La rencontre s'est intéressée à la question de savoir si les compétences professionnelles des diplômés d'une formation postgrade en psychothérapie peuvent être étudiées et mesurées. La Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) mène un projet sur ce thème, dans le cadre de l'Université de Kassel. Ce sont les professeurs *Heidi Möller* et *Svenja Taubner* qui le dirigent. L'un de leurs collaborateurs scientifiques, *Thomas Munder*, a fourni aux participants un aperçu du design utilisé et a rapporté les premiers résultats acquis, ainsi que leurs implications pour la pratique.

Präsentation der DFG-Studie

Therapeuteneffekte

Ausgangspunkt der Fragestellung nach den Kompetenzen der Psychotherapeutinnen ist die Feststellung, dass es Therapeuteneffekte gibt. In der Psychotherapieforschung wird unterschieden zwischen Methodeneffekten und den Effekten, welche durch die Person der Therapeutin erzielt werden. Im "Handbook of Psychotherapy and Behavior Change" von Michael J. Lambert, das eben neu herausgekommen ist, wird 5% der Ergebnisvarianz in der Psychotherapie der Person, welche die Therapie durchführt, zugeschrieben. Nur 20% der erzielten Therapieerfolge werden der Therapie zugeschrieben, 80% des Ergebnisses sind auf andere Lebensumstände zurückzuführen. Das zeigt, dass ein Viertel des direkten Therapieeffekts (5% von 20%) sich also durch die Person der Therapeutin erklärt, unabhängig von der angewandten Methode.

Die Therapeutenvariablen werden in situationsübergreifende traits und therapiespezifische states unterschieden. Dabei gibt es objektive und subjektive Merkmale. Für die vorliegende Studie wurden die subjektiven Merkmale erfasst.

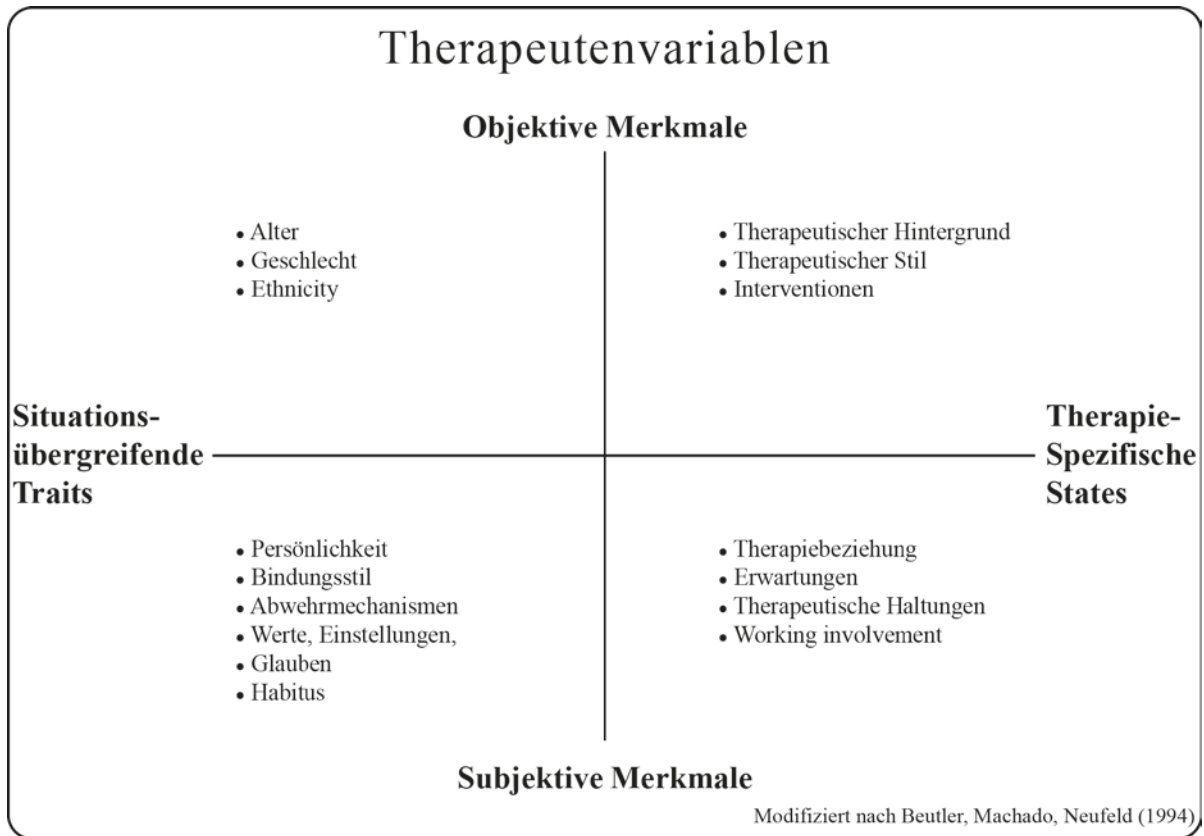


Abbildung 1: Therapeutenvariablen

In der Studie von Baldwin, Wampold & Imel (2007), welche untersuchten, ob der Effekt der therapeutischen Beziehung, die sich in vielen Studien als sehr relevant für den Therapieerfolg erwies, eher vom Therapeuten oder von der unterschiedlichen Klientel erklärt werden kann, zeigte sich, dass der Mittelwert des Therapeuten bezüglich der Beziehung mehr über den Therapieerfolg aussagte. Also, je besser der Therapeut im Mittel eine gute Beziehung zu den Klienten herstellen kann, desto weniger Symptome wiesen die Klienten nach der Therapie auf. Die Studie basiert auf den Patientenaussagen, sowohl was die Qualität der Beziehung als auch was das Ergebnis der Therapie betrifft. Die Stichprobe umfasst 80 Therapeuten und 331 Patienten.

Eine weitere Studie von Laska et al. (2013) ergab, dass 12% der Varianz des Therapieerfolges durch die Therapeutin erklärt werden kann. Die Studie war sowohl quantitativ als auch qualitativ aufgebaut, sodass die Ergebnisse sehr aussagekräftig sind.

Weiter wird auf Trainingsforschung hingewiesen (Knox & Hill, 2013), in der untersucht wird, ob es wirksam ist, Therapeuten zu trainieren. Es gibt Hinweise darauf, dass klientenzentrierte Basisvariablen gut trainierbar sind, aber es gibt wenig Anhaltspunkte, was die einzelnen Komponenten anbelangt. Dies war einer der Gründe für die Durchführung der Studie der Universität Kassel.

Die folgende Abbildung zeigt die Fragestellungen der referierten Untersuchung.

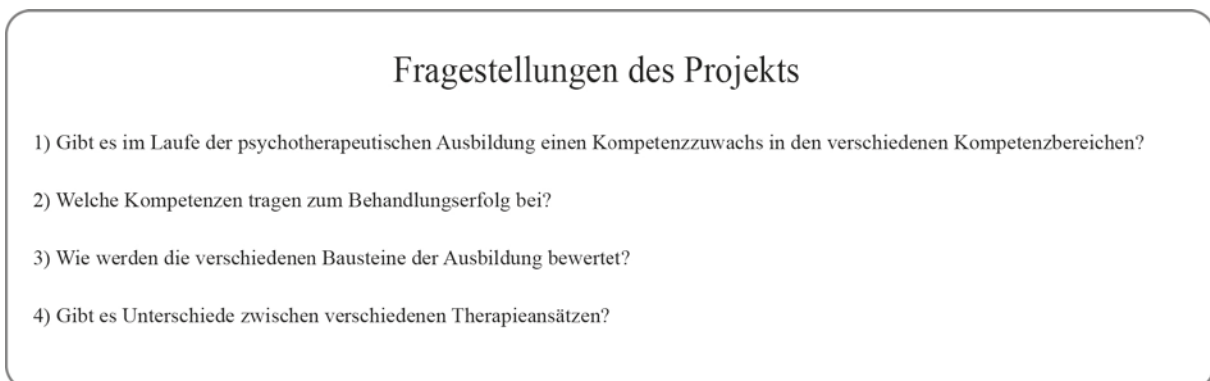


Abbildung 2: Fragestellungen des Projekts

In Deutschland sind drei psychotherapeutische Verfahren zugelassen: Kognitive Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie. Die Dauer der Weiterbildung beträgt mindestens 3 Jahre, Voraussetzungen für eine Zulassung sind ein Bsc und ein Msc in Psychologie. Die Bausteine der Weiterbildung sind 600 Stunden Theorie, 1800 Stunden praktische Tätigkeit, 600 Stunden praktische Ausbildung unter Supervision (150 Stunden) sowie mindestens 120 Stunden Selbsterfahrung.

Die Operationalisierung der Kompetenzen zeigt die folgende Abbildung 3. Gemäss dem Referenten gibt es kaum ein plausibles Theoriemodell von Kompetenz, sondern eher einen eklektischen Ansatz im Sinne von: was wurde schon untersucht? Die einzelnen Kompetenzbereiche wurden für die Studie in verschiedene Dimensionen aufgegliedert, die mit den angegebenen Instrumenten erfasst wurden. Die Fachkompetenz bspw. wurde durch einen Multiple-Choice-Test, bei dem Faktenwissen abgefragt wurde und durch eine Fallkonzeption eines 30-minütigen Erstinterviews untersucht. Die einzelnen Kompetenzbereiche, die untersucht wurden, finden sich bei den Therapeutenvariablen (Abbildung 1) unter den subjektiven Merkmalen.

Operationalisierung der Kompetenzen		
Kompetenz	Dimension	Instrument
Fach-	Theoriewissen Konzeptwissen	Multiple-Choice-Test Fallkonzeption
Methoden-	Konzeptwissen Therapeutische Haltung	Fallkonzeption Psycho-Therapeutische Haltung
Sozial-	Beziehungsfähigkeit Therapeutische Beziehung	SASB-Intrex Working Alliance Inventory
Selbst- /Personal	Bindungssicherheit Mentalisierungsfähigkeit Therapeutische Selbstwirksamkeit	Adult Attachment Interview Experiences in Close Relationship Reflective Functioning Scale Attributional Complexity Scale (ACS) Work Involvement Scales
übergreifend	Therapieerfolg	Patient Health Questionnaire (PHQ-D)

Abbildung 3: Operationalisierung der Kompetenzen

Die geplante Stichprobe umfasst 180 Ausbildungskandidatinnen, jeweils 60 aus den drei Verfahren, als Kontrollprobandinnen sollten 30 nicht therapeutisch ausgebildete Psychologinnen mitwirken. Es sollten 900 Patientinnen an der Untersuchung teilnehmen, d.h. mindestens 5 pro Ausbildungskandidatin. Die Supervisionsuntersuchung (N=60 Supervisionspaare), die qualitativ durchgeführt werden sollte, ist bisher leider gescheitert, da sich nur 3 Supervisionspaare gemeldet haben. Die zeitliche Abfolge umfasst eine Prä-Erhebung (vor Beginn der Ausbildungsbehandlungen), zu Beginn dieser Behandlungen eine Zwischenerhebung und nach Ende der Ausbildung eine Post-Erhebung. Dabei werden in der Prä-Erhebung der Multiple-Choice-Test und der Fallbericht, ein Online-Fragebogen und optional das Bindungsinterview durchgeführt. Probanden, die sich gegen das Bindungsinterview entschieden (ca. die Hälfte der ProbandInnen), haben stattdessen einen Fragebogen ausgefüllt (Experiences in Close Relationships). Die Zwischenerhebung umfasste einen Online-Fragebogen und optional die Supervisionsstudie, worin jede 4. Sitzung supervidiert werden sollte. In der Post-Erhebung wird, wie am Anfang, der Multiple-Choice-Test und ein Fallbericht sowie wiederum die Online-Fragebogen-Erhebung und das optionale Bindungsinterview durchgeführt. Der Multiple-Choice-Test orientiert sich an der staatlichen Approbationsprüfung und umfasst 20 Wissensfragen. Beim Fallbericht wird ein 30-minütiges Erstinterview gezeigt, dazu muss ein Text erstellt werden, der deskriptive, diagnostische schlussfolgernde Information und Behandlungsplanung enthält. Es wird die Bandbreite der Information, die Elaboriertheit des Berichtes und die Qualität des Berichtes bezüglich Kohärenz, Präzision der Sprache und Passung von Fallbericht und Therapieplan bewertet. Daraus wird ein Gesamtwert berechnet. Die Interraterreliabilität zwischen zwei Ratern war mit Cronbachs Alpha von .50 bis .80 zufriedenstellend.

Introjekt: INTREX (Tress, 2002)

- Art der Umgang des Therapeuten mit sich selbst
- Niederschlag früher interpersoneller Erfahrungen
- Vermuteter Zusammenhang zur Selbstwirksamkeit der Therapeuten (Working involvement)
- 8 Items, jeweils zu beurteilen für gute Zeiten und schlechte Zeiten
 - Bsp.: Ich mag mich und gehe liebevoll mit mir um
 - Bsp.: Ich bestrafe mich durch Selbstvorwürfe, Selbstzweifel, Selbsterniedrigung

Abbildung 4: SASB-Intrex

Bezüglich des Umgangs mit sich selbst (SASB-Intrex, Abbildungen 4 und 5) soll untersucht werden, ob dieser sich im Verlaufe der Ausbildung, z.B. durch die Selbsterfahrung verändert und ob daher viel Selbsterfahrung angezeigt ist oder nicht.

Introjekt (intrapyschisch)

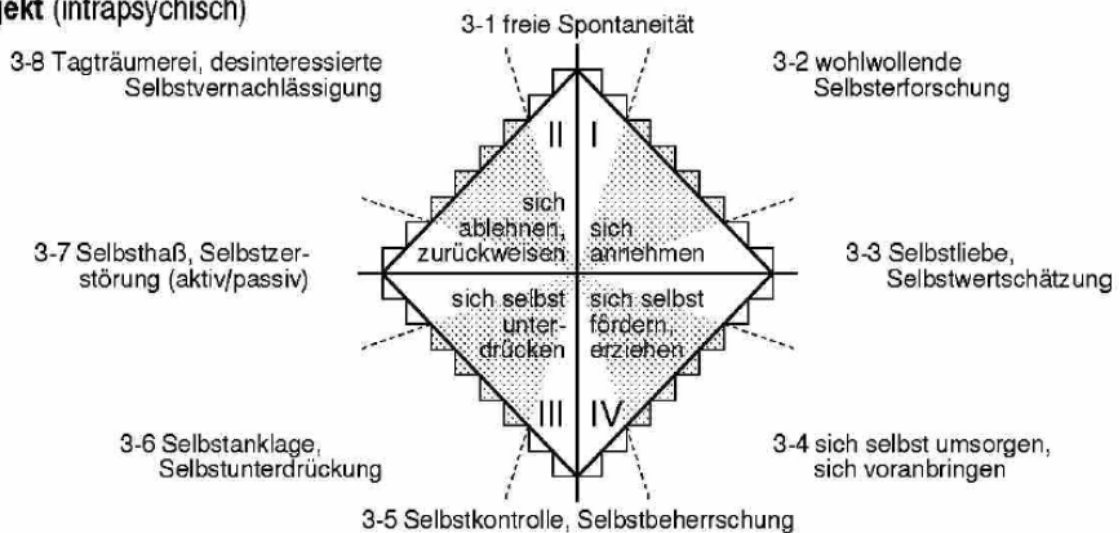


Abbildung 5: Introjekt-Diagramm, aus Tress et al. (1996)

Das Bindungsinterview (AAI, Main & George, 1990), welches optional ist, umfasst ein 1,5 bis 2-stündiges Interview, beruhend auf 18 Fragen zu den primären Bindungsfiguren. Die Auswertung dieses Interviews führt zu 5 verschiedenen Bindungstypen: Sicher-autonom, earned secure, Bindungs-distanziert, Bindungs-verstrickt und ungelöstes Bindungstrauma. Ebenso wird durch diese Auswertung die Reflection Functioning Scale (Fonagy & Target, 1998) erhoben, welche die Mentalisierungsfähigkeit, ein hoch angesehenes Konzept von Fonagy betrifft. Unter Mentalisierung versteht man die Fähigkeit, sich innerpsychische (mentale) Zustände in sich selbst und in anderen Menschen vorzustellen, weil das Selbst und der Andere als intentionale Wesen aufgefasst werden, deren Verhalten auf Gründen im Sinne psychischer Befindlichkeiten basiert (Fonagy, Target et al., 2002).

Die Attributional Complexity Scale (ACS; Fletcher et al., 1986; Zimmermann & Taubner, 2009) erfasst die Komplexität der Erklärungen für menschliches Verhalten und das Mentalisierungsinteresse. Zur Frage "Wie selbstwirksam erlebe ich mich als Therapeutin?" wurde die Working Involvement Scale von Orlinsky & Ronnestad benutzt. Explizit herausgearbeitet wurden die beiden Variablen "Healing Involvement" und "Stressful Involvement". Der Referent verweist auf das Buch der beiden Autoren „How Psychotherapists Develop“, welches, 2005 herausgekommen, mittlerweile ein Klassiker ist, da ca. 5000 Psychotherapeuten aus einem Dutzend verschiedener Länder zu ihrer therapeutischen Praxis befragt wurden.

Zur Erfassung des therapeutischen Erfolgs wurde nur der „Patient Health Questionnaire“ eingesetzt, der sehr viele sowohl psychische als auch somatische Problembereiche abfragt. Da steckt die Annahme dahinter, dass ein Therapieerfolg sich schon auf der Symptomebene abbilden lässt.

In der **Diskussion** wird die Frage aufgeworfen: Welche der Kompetenzen sind state- und welche sind trait-Variablen? Damit verbunden, welche Fähigkeiten muss der Einzelne mitbringen, um die Mentalisierungsfähigkeit zu erwerben? Ein förderliches Umfeld in Kindheit und Jugend seien massgebend, um diese Fähigkeit zu entwickeln. Wenn in der frühen Kindheit Eltern selbst Defizite in der Mentalisierungsfähigkeit hatten, konnte diese nicht erlernt werden. Die mentalisierungsbasierte Therapie gehe davon aus, dass diese Fähigkeit erworben werden könne. Diese Fähigkeit sei mit Sicherheit keine state- sondern eine trait-Variable, könne jedoch verändert werden, was auch für die Bindung gelte (earned secure Bindung). Die Mentalisierungsfähigkeit zu entwickeln, könne somit auch ein Therapieziel sein – die Therapie nach Fonagy zielle darauf hin. Es wird betont, dass für eine Therapieausbildung die Mentalisierungsfähigkeit unabdingbar sei. An der Studie wird bemängelt, dass der Fülle der erhobenen unabhängigen Variablen nur eine einzige abhängige Variable gegenüberstehe, nämlich der Therapieerfolg. Diese Variable könnte ausgebaut werden, z.B. durch Fragen nach Lebenszufriedenheit, Anzahl Arztbesuche in den folgenden bspw. 3 Jahren, Kostenfolgen, etc. Auf der Seite der unabhängigen Variablen könnte Humor eine zusätzliche Kompetenz sein, die erfasst werden könnte. Es wird gesagt, Humor könnte als zu den therapeutischen Techniken gehörend betrachtet werden, die nicht erhoben wurden. Aus dem Plenum wird widersprochen, dass Humor eine Persönlichkeitsvariable sei, die nicht einfach als Technik eingesetzt werden könne, sonst gehe dies auf Kosten der Authentizität. Als wichtige Kompetenz wird aus der Zuhörerschaft noch genannt, seine eigenen Grenzen zu erkennen, was gemäss dem Referenten evtl. auch aus den erhobenen Persönlichkeitsmerkmalen eruiert werden könne.

Ergebnisse

Auf die Resultate der Studie kann an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden. Diese werden zu gegebener Zeit durch die Forschergruppe selbst publiziert. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Vorstellung der Studie für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Tagung sehr aufschlussreich war. Die VertreterInnen der Ausbildungsinstitute zeigten sich sehr interessiert an der Frage, wie die Kompetenz von (angehenden) Psychotherapeutinnen und -therapeuten operationalisiert und gemessen werden kann.

Eine Veranstaltungsteilnehmerin betont, dass in ihrer Ausbildung und auch im Zusatzstudium, das sie absolviert habe, das Verfassen von Fallberichten nirgends gelehrt wurde. Von Seiten des Referenten wird erwähnt, dass die Kompetenz ja eigentlich nicht im Verfassen eines Fallberichtes bestehe, sondern darin, ein gutes Fallverständnis zu entwickeln. Als Konsequenz für die Praxis bemerkt eine ZuhörerIn, dass diese daraus bestehen sollte, in der Ausbildung bei Falldarstellungen nicht nur auf "learning by doing" zu setzen, sondern Seminare anzubieten, in denen diese Kompetenz explizit vermittelt werde. Möglicherweise, so der Referent, gäbe es andere Verfahren, womit die Kompetenz, eine Fallkonzeption zu entwickeln, gemessen werden könnte. In seiner Ausbildung habe er einen Fall vorgelegt bekommen, zu dem er anschliessend Fragen beantworten musste. So würden sich die Kompetenzen, einen Fall zu erfassen und darüber einen Bericht zu verfassen, nicht vermischen.

Noch offene Fragestellungen, zu denen die weiteren Untersuchungen und Auswertungen Antworten liefern sollen, sind Abbildung 6 zu entnehmen.

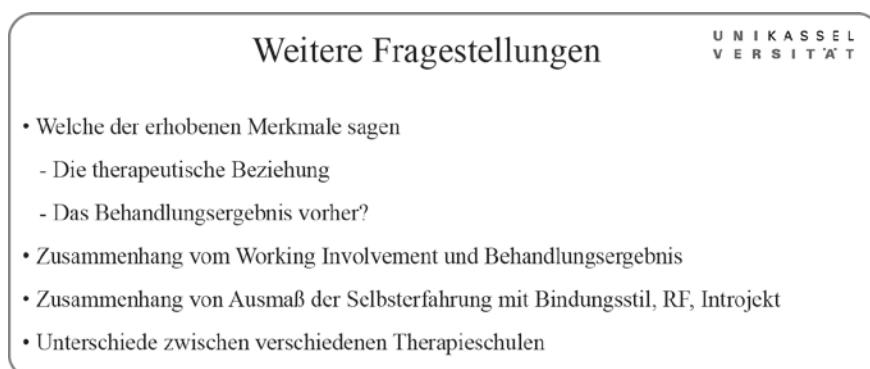


Abbildung 6: Weitere Fragestellungen

Auf die Frage, wie das Projekt weiter verfolgt werden könne, teilt der Referent mit, dass Interessierte selbst aktiv werden und auf der Webseite der Uni Kassel und/oder durch E-Mails an die beiden Projektleiterinnen Informationen dazu einholen sollen. Dies sollte in ca. einem Jahr möglich sein.

In der **Schlussdiskussion** wird die Frage nach den Implikationen für die Praxis in den Ausbildungsinstituten gestellt. Wie können diese Informationen, die nun aus der Forschung zur Kompetenz von Psychotherapeutinnen erarbeitet wurden, in den Instituten operationalisiert und implementiert werden? Der Referent meint dazu, dass die Psychotherapieausbildung auf althergebrachten Strukturen beruhe und die aus wissenschaftlicher Sicht herausgearbeiteten Konzepte wie Bindung, Mentalisierung, Introjekte (also wie gehe ich mit mir selbst und anderen um), würden in der Therapieausbildung nicht oder kaum mitgedacht werden. Dem wird von Seiten der ZuhörerInnen widersprochen, wonach gerade diese Konzepte in der Selbsterfahrung eine Rolle spielten. Die Selbsterfahrung sei schulenspezifisch, erklärt der Referent und da gebe es verschiedene LehrtherapeutInnen und ob und wie diese instruiert würden, bestimmte Bereiche zu bearbeiten, sei offen. Ob die Lehrtherapie bspw. mehr strukturiert werden könnte und sollte, wäre eine Frage. Aus dem Plenum wird angemerkt, dass man da ja schon früher ansetzen könnte, wenn man bedenke, dass verschiedene für die Therapie wichtige Persönlichkeitsaspekte sogenannte traits seien, könnten die Institute diese schon zu den Zulassungsbestimmungen hinzufügen und beim Auswahlverfahren darauf achten. Der Referent warnt davor, dass das Wissen darüber aus der Forschung nicht genüge, um solche Kriterien festzulegen. Man könnte sich jetzt im Bewerbungsgespräch hinsetzen und sich vornehmen, auf bestimmte Dimensionen zu achten, dies mache man seiner Meinung nach bereits jetzt intuitiv; man könnte dies jedoch auch strukturieren, wonach die Personen, welche Bewerbungsgespräche durchführen, auf bestimmte Merkmale achten müssten.

Der Referent ergänzt seine Ausführungen zum Stichwort Mentalisierung: es gebe viele sehr theorielastige Ausbildungselemente. Möglicherweise könnte man als Implikation die Forderung nach mehr praktischen Ausbildungselementen ableiten, die wirklich geplant seien, z.B. mit Videos, wie interpretieren verschiedene Leute das, was da gesagt wird? Es würden in der Studie verschiedene Konzepte vorgestellt, da seien auch solche dabei, die man möglicherweise üben könne und das würde unter Umständen in unterschiedlichem Ausmass in Supervisions- und Interventionsübungen gemacht, in anderen nicht, auch das könnte unter Umständen mehr formalisiert werden. Eine Teilnehmerin meint, dass sie in ihrem Institut dazu übergegangen seien, mehr Selbstreflexion der Absolventinnen zu fördern, mehr danach zu schauen, was die Ausbildung mit der Haltung der Ausbildungskandidatinnen mache, an die Selbstverantwortung der angehenden Therapeutinnen zu appellieren, dies bringe mehr als eine Formalisierung.

Als weitere Implikation für die Praxis wird genannt, dass die Fallkonzeption – auch im Hinblick auf die Mentalisierungsfähigkeit der Therapeutin – und damit die Falldarstellung schulenübergreifend gelehrt werden sollte.

Autorin

Dr. Yvonne Traber ist Co-Leiterin der Fortbildungskommission der Schweizer Charta für Psychotherapie. Sie ist Fachpsychologin für Psychotherapie FSP und arbeitet in freier Praxis als Gestalttherapeutin.

Korrespondenz

E-Mail: yvonne.traber@hispeed.ch

Literatur

- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 842-852
- Beutler, L.E., Machado, P.P.P., and Alstetter Neufeldt, S.A. (1994). Therapist variables. In: Bergin and Lambert (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5th Edition. New York: Wiley
- Fletcher, G.J.O., Danilovics, P., Fernandez, G. et al. (1986). Attributional Complexity: An individual differences measure. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*: 757-764
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H. and Steele, M., (1998), *Reflective-Functioning Manual, Version 5. For Application To Adult Attachment Interviews*.
Available: <http://mentalizacion.com.ar/images/notas/Reflective%20Functioning%20Manual.pdf>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. and Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley
- Hill, C.E. & Knox, S. (2013). Training and Supervision in Psychotherapy. In: M.J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 6th Edition. Hoboken, New Jersey: Wiley
- Lambert, M.J. (Ed.) (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Sixth Edition. Hoboken, New Jersey: Wiley

- Laska, K.M., Smith, T.L., Wislocki, A.P., Minami, T. & Wampold, B.E. (2013). Uniformity of evidence-based treatments in practice? Therapist effects in the delivery of cognitive processing therapy for PTSD. *Journal of Counseling Psychology*, 60, 31
- Orlinsky, D.E. and Rønnestad, M.H. (2005). *How Psychotherapists Develop: A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*. Washington, DC: American Psychological Association
- Tress, W., Henry, W.P., Junkert-Tress, B., Hildenbrand, G., Hartkamp, N. & Scheibe, G. (1996). Das Modell des Zyklisch-Maladaptiven Beziehungsmusters und der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (CMP/SASB). *Psychotherapeut*, 41: 215-224
- Tress, W. & Hartkamp, W. (2002). *SASB Die Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens. Ein Arbeitsbuch für Forschung, Praxis und Weiterbildung in der Psychotherapie*. München: CIP
- Zimmermann, J. & Taubner, S. (2009). Unveröffentlichter Forschungsbericht. Universität Kassel

Diskussion

Gottfried Fischer, Rosmarie Barwinski

Quo vadis Psychotherapie? Ein Studium der Psychologie und Psychotherapiewissenschaft als „dritter Weg“¹

Zusammenfassung: In diesem Beitrag wird der Weg der Psychotherapie zu einer eigenständigen Wissenschaft aufgezeigt, ausgehend von der psychotherapeutischen Praxis hin zur „Wissenschaft der Psychotherapie“ bzw. „Psychotherapiewissenschaft“. Diese Entwicklung wird als „dritter Weg“ empfohlen gegenüber einer Integration der Psychotherapie in das gegenwärtige Psychologiestudium (Vorschlag „Direktstudium“) einerseits und andererseits gegenüber einem „Psychotherapiestudium“, das weiterhin seinen eigentlichen Schwerpunkt in der postgraduierten Ausbildung hat (mit dem Psychologiestudium in seiner gegenwärtigen Form als Zulassungskriterium). Gegenüber beiden Positionen lautet unser Kompromissvorschlag „ja, aber...“ Direktstudium der Psychotherapie ja, aber in eigenständigen institutionellen Strukturen; postgraduierte Vertiefung ja, aber nicht auf der Grundlage des bisherigen Psychologiestudiums. Vielmehr ist ein Erststudium der „Psychologie und Psychotherapiewissenschaft erforderlich, das die Psychotherapeuten auf die hohen Anforderungen ihres späteren Berufs in Forschung, Praxis und Theorie vorbereitet.

Schlüsselwörter: Psychotherapie, Psychotherapiewissenschaft, Studium der Psychologie und Psychotherapiewissenschaft, Master of Science PTW, experimentelle Psychologie, Biologische Psychiatrie, Wissenschaftstheorie, Erkenntnistheorie

Abstract: The way of psychotherapy to a science of its own is being outlined – starting from the practical experience and arriving at an autonomous academic discipline called „Science of Psychotherapy“. This way is being recommended as a „third way“, in contrast to an MBA program in psychology on the one side and a training in psychotherapy restricted to postgraduate studies on the other, nor should a MBA degree in Psychology be the only criterion for admission to postgraduate training in psychotherapy. Instead of Psychology only, the authors recommend and outline a pregraduate program combining Psychology with theory and practice in the new „Science of Psychotherapy“. Such a type of academic pregraduate training according to the authors should be able to prepare psychotherapists in practice, theory and research for the high requirements of their profession.

Keywords: Psychotherapy, Science of Psychotherapy, Curriculum in psychology and the science of psychotherapy, Master of Sc. in Psychotherapy, experimental psychology, biological psychiatry, scientific theory, epistemology

1. Einführung

Das Schweizer Psychologieberufegesetz (PsyG) wurde am 18. März 2011 vom Parlament verabschiedet und ist mittlerweile am 1. April 2013 in Kraft getreten. In der Vorbereitung zum Gesetzesentwurf war eines der Diskussionsthemen die berufliche Neuordnung des Psychologiestudiums im Rahmen des Bologna-Prozesses und mögliche Konsequenzen für die Ausbildung zum Psychotherapeuten/in. In der Diskussion wurde deutlich, dass ein komplexes Geflecht von unterschiedlichen Interessenlagen, Berufsgruppen und Studiengängen aufgerufen ist, wenn Vorschläge zum Weg diskutiert werden, den die Psychotherapie in Zukunft einschlagen könnte bzw. sollte.

2. Die wichtigsten Vorschläge und Interessenlagen

Die stärksten Veränderungen in der Psychotherapieausbildung sind mit dem Vorschlag eines „Direktstudiums Psychotherapie“ im Rahmen des Bachelor-/Masterstudiengangs Psychologie an den Universitäten verbunden. In diesen Vorschlag fließen unterschiedliche Interessenlagen ein. Zunächst einmal das Interesse der Psychologiestudierenden, die – wie eine Untersuchung in Deutschland zeigte – zu mehr als 50 % später Psychotherapeuten werden wollen (Fischer & Möller 2006). Sie äußern einmal das pragmatische Interesse, die Ausbildungszeit zu verkürzen und schon zum Ende des Studiums psychotherapeutisch tätig werden zu können, nicht erst nach einer vertiefenden postgraduierten Praxis- und Vertiefungsphase von 3 bzw. 5 Jahren. Ein weiteres Motiv der Psychologiestudenten, sich schon im Erststudium für eine stärkere Fokussierung des Studiums auf die spätere psychotherapeutische Tätigkeit einzusetzen, liegt in der Praxis- und Psychotherapieferne der gegenwärtigen psychologischen Studiengänge. In der erwähnten Studie wurden praktizierende Psychotherapeuten befragt, zu etwa wie viel Prozent sie ihr Psychologiestudium aus heutiger Sicht als hilfreich für ihre jetzige berufliche Tätigkeit betrachten. Sie machten Angaben zwischen 10 und 20%,

¹ Erstveröffentlichung in ZPPM Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin 3/2012. False Memory Debatte. Rosmarie Barwinski (Hrg.) www.Asanger.de – ZPPM (Der vorliegende Beitrag wurde etwas geändert, um den schweizerischen Begebenheiten Rechnung zu tragen.)

etwas unterschiedlich gelagert zwischen unterschiedlichen Therapierichtungen, wie Vt, TP oder humanistische Richtungen (Fischer & Möller a.a.O.). Der Aufbau des Psychologiestudiums in der Schweiz unterscheidet sich nicht wesentlich von den Studieninhalten in Deutschland. Deshalb kann man davon ausgehen, dass die zitierten Untersuchungsergebnisse auch für die Schweiz Gültigkeit beanspruchen können. Im Ganzen fällt diese Einschätzung wenig befriedigend aus. Folgt daraus, dass die zukünftigen PsychotherapeutInnen 5 Jahre lang etwas ganz Anderes studieren, als sie später in ihrem Beruf gebrauchen können? Könnte der Vorschlag eines Direktstudiums hier wirksame Abhilfe schaffen? Wir lassen diese Frage zunächst einmal offen, bis wir uns näher mit dem befassen, was unter „Direktstudium“ genauer zu verstehen ist.

Eine entgegengesetzte Position nehmen diejenigen Kolleginnen und Kollegen ein, die den gegenwärtigen Status – 5 Jahre Psychologie, dann postgraduierte Psychotherapieausbildung – im Wesentlichen beibehalten möchten. Auch hierfür werden nachvollziehbare Gründe angeführt. Ein Argument besagt, es sei „zu früh“, sich schon bei Studienbeginn für den Psychotherapeutenberuf zu entscheiden, während mit einem Studium der Psychologie noch andere Berufsfelder offenbleiben. Ein weiterer Vorbehalt geht von psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten in privater Trägerschaft aus, die eine „Austrocknung“ befürchten, wenn die Ausbildung zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin in die Trägerschaft der ganz überwiegend staatlichen Hochschulinstitute übergeht. Als weiteres Argument gegen ein „Direktstudium“ wird die heute extrem einseitige Besetzung der Lehrstühle für Klinische Psychologie und Psychotherapie mit Hochschullehrern angeführt, die entweder Verhaltenstherapeuten sind oder überhaupt keine Psychotherapeuten, sondern spezialisiert sind auf biologische Psychologie, Neurowissenschaften oder andere psychologische Fächer (Fischer & Möller a.a.O., Fischer, Eichenberg & van Gisteren 2009). Dieser Trend, so die Befürchtung, könnte durch ein „Direktstudium“ noch weiter verstärkt oder sogar zementiert werden. Wird somit die Psychotherapie ein weiteres Anwendungsfach der „empirischen Psychologie“, wie etwa in Klaus Grawes Konzept einer „Allgemeinen Psychotherapie“ (2004, 2000, Grawe et. al. 1994, 2001) vorgesehen? Oder soll sie vor allem ein postgraduierter Ausbildungsgang im Anschluss an ein Psychologiestudium bleiben? Auf der einen Seite steht die universitäre Psychologie und ihr Interesse, die Psychotherapie zu „integrieren“, auf der anderen die von der Schweizer Charta vertretenen Psychotherapie-Institute. Wenn mit dem „Direktstudium“ der Versuch unternommen wird, die psychotherapeutische Profession der Hochschulpsychologie einzugliedern, besteht berechtigt die Befürchtung vieler Kolleginnen und Kollegen, die bisherige Vielfalt psychotherapeutischer Modelle und Richtungen einer verhaltenstherapeutischen „Einheitsdisziplin“ zu unterwerfen.

In dieser Polarisierung könnte sich eine „Zerreissprobe“ unseres Berufsstands ergeben, wobei die Gefahr besteht, dass wichtige Errungenschaften der Psychologischen Psychotherapie rückläufig werden. Besonders die Zurückstufung der Psychotherapie zu einem „Heilhilfsberuf“ wäre zu befürchten, wenn der bisherige Differenzierungsgrad und Ausbildungsstand psychologischer Psychotherapeuten zurückgefahren wird auf „Schmalspurausbildung“ innerhalb eines Psychologiestudiums, das schon gegenwärtig vor allem aus Verhaltenstheorie besteht und mit einigen zusätzlichen Credit Points für Verhaltenstherapie mit einem Berufsabschluss zum „Psychologischen Psychotherapeuten“ endet.

2.1 Psychotherapie als „dritter Weg“

An der sog. „Bologna-Reform“ wird oft beklagt, sie bedeute einen Rückschritt von der früheren Bildungsorientierung einer Universität Humboldt'scher Prägung zum „Einpauken“ und Auswendiglernen mehr oder weniger zusammenhangloser „Informationen“, ein Lehrkonzept, das nach der Vorstellung Humboldts schon auf der Gymnasialebene überwunden sein sollte (Brandt 2011). Bekanntlich ging Humboldt von einer dreiteiligen Gliederung des Bildungswesens aus, mit einer entsprechenden Verteilung der Lernziele. Dabei vermittelt die Grundstufe die basalen Kulturtechniken, wie Lesen, Schreiben und Rechnen, die Gymnasialstufe die Fähigkeit, selbständig zu lernen (Lernen zu Lernen) und die Universität die Fähigkeit, selbständig zu forschen. Gemessen an diesen Kriterien scheint die Bologna-„Reform“ vielerorts die Grundstufe wiederbelebt zu haben, mit einigen Übergängen vielleicht noch zu den weiterführenden Stufen. Wie kann sich die Psychotherapie – heute beschränkt auf Absolventen des Psychologiestudiums – in dieser durch die Bologna-Reform geprägten Szenerie positionieren?

Eine erste Konsequenz: Sie könnte und sollte sich als eigenständige Wissenschaft verstehen, als Verbindung, wie schon Freud empfohlen hatte, von „Heilen und Forschen“. Damit bewegt sie sich auf Stufe 3 nach Humboldts Bildungskonzeption und befreit sich von der Vorstellung, nichts weiter zu sein als eine Anwendung von Erkenntnissen der sog. „empirischen Psychologie“ auf das Praxisfeld der Krankenbehandlung. Mit einer Festlegung auf „angewandte Psychologie“ wäre zum einen das akademische Selbstverständnis der Psychotherapie aufgegeben, zum anderen würden die eigenständigen und besonderen Erkenntnismöglichkeiten

verkannt, welche der psychotherapeutische Dialog eröffnet. Werden die Erkenntnisse der „empirischen Psychologie“ typischerweise in standardisierten Beobachtungssituationen, wie Experiment, Test und Laborversuch gewonnen, so stehen dem jene Erkenntnismöglichkeiten gegenüber, die ein fortgesetzter, intensiver therapeutischer Kontakt ermöglicht. Sind diese Erkenntnisse etwa weniger ergiebig als die der experimentellen Psychologie? Haben sie unsere psychologische Bildung weniger geprägt und bereichert?

Wenn wir diese Frage unvoreingenommen beantworten, dann ergibt sich daraus ein echtes Nebeneinander von Psychotherapie einerseits und der experimentellen Psychologie andererseits, nicht aber eine Unterordnung der ersteren unter die letztere, wie im Konzept einer Allgemeinen Psychologie, das von Greve & Greve (2009) empfohlen wird. Bleibt Psychologische Psychotherapie die „Magd der experimentellen Psychologie“, wie die mittelalterliche Philosophie die Magd der Theologie, oder versteht sie sich als eigenständige wissenschaftliche Disziplin mit einer eigenen Erkenntnismethodik und spezifischen Wissensbeständen? Hat sich die Psychotherapie nicht schon längst von der experimentellen Psychologie emanzipiert?

Um diese Frage zu bejahen, reicht hin, eines der neueren, integrativen Lehrbücher der Psychotherapie zu studieren. Ergebnisse einer systematisierten klinischen Erfahrung (psychotherapeutische „online-Forschung“ nach Ulrich Moser, Zürich) in Verbindung mit Ergebnissen systematischer Psychotherapieforschung („offline-Forschung“) stellen schon jetzt den weitaus größten Anteil am praxistauglichen psychotherapeutischen Wissens- und Erkenntnisbestand.

3. Auf dem Weg zur Psychotherapiewissenschaft

Dieser Weg hat eine institutionelle und eine wissenschaftstheoretische Seite. Wir wollen uns zunächst mit institutionellen Voraussetzungen befassen, in Abschnitt 4 dann mit der Wissenschaftstheorie.

Wie wäre es, wenn ein „Direktstudium Psychotherapie“ nicht als Anhängsel der bestehenden psychologischen Universitätsinstitute und Studiengänge geführt wird, sondern an einem eigenständigen „Institut für Psychotherapie“ stattfindet? An diesem Institut unterrichten überwiegend Dozenten, die selbst Psychotherapeuten sind und aus eigener praktischer Erfahrung wissen, wovon sie sprechen. Ist das eine utopische Vorstellung? Ja, aber eine solche, die keineswegs unrealisierbar erscheint, wenn nämlich die psychologische Profession die Chance ergreift, im Rahmen der sog. Bologna-„Reform“ eine echte *Reform* zu verwirklichen. Sind nicht auch an einer medizinischen Fakultät die Dozenten ganz überwiegend Mediziner und Ärzte? Warum also nicht Psychotherapeuten in der psychologischen Psychotherapie? Voraussetzung ist allerdings eine eigenständige institutionelle Verankerung der psychologischen Psychotherapie, die weder der Psychologie noch der Medizin untergeordnet ist, auch wenn sie zu beiden Disziplinen enge Kontakte unterhält.

Bisweilen wird die Befürchtung geäußert, ein „Direktstudium Psychotherapie“ müsste die Psychotherapie weg von der Psychologie und hin zur Medizin führen. Institutionell lässt sich das vermeiden, wenn die Psychotherapie als eigenständige Disziplin an den Universitäten vertreten ist. Lassen sich so zwar Befürchtungen, institutionell von der Medizin abhängig zu werden, ausräumen, so sind damit noch nicht alle Vorbehalte gegenüber einer „Medizinalisierung“ der Psychotherapie beseitigt. Bisweilen steht die Vorstellung dahinter, mit Einbezug medizinischer Aspekte würde die Psychotherapie ihre Orientierung an einer „Normalversion“ von menschlichem Erleben und Verhalten verlieren. Sie würde stattdessen ein „medizinisches Modell“ des Menschen übernehmen, mit vorwiegender Orientierung an pathologischen Phänomenen und einer pathologieorientierten Denkweise. Wir sollten diese Gefährdung durchaus ernst nehmen. Aber ist sie denn bisher eingetreten? Ist die Psychotherapie heute einseitig an der Pathogenese ausgerichtet und nicht ebenso sehr an einem salutogenetischen, gesundheitsorientierten Verständnis von menschlichem Erleben und Verhalten?

Zweifelloos gewinnt ein sog. „medizinisches Modell“ heute sehr problematische Züge, wenn wir es mit einer ausschließlich organologischen und spezialistisch überorganisierten Praxis gleichsetzen. Diese Art „Spezialistentum“ sollte die Psychotherapie natürlich vermeiden. Ein „medizinisches Modell“ dieser Art sollten Psychotherapeuten nicht kopieren. Anders steht es mit der Unterscheidung zwischen „Arzt“ und einem „Mediziner“, die aus der Medizin ja noch nicht völlig verschwunden ist. Während der „Mediziner“ bisweilen auf die Funktion eines „Rädchens im Getriebe“ des arbeitsteiligen Gesundheitssystems (und seinen ökonomischen Bedingungen) reduziert wird, hebt ein Selbstverständnis als Arzt auf ein Berufsbild ab, zu dessen Leitlinie und Berufsverständnis die Hilfe für gefährdete und/oder erkrankte Menschen gehört. Ist ein Selbstverständnis als Helfer nicht auch für Psychotherapeuten typisch? Ist die Psychotherapeutin eine „Ärztin für die Seele“, ergänzend und komplementär zum „Körperarzt“ in der somatischen Medizin?

Unter diesem Gesichtspunkt könnten wir eine Analogie und Entsprechung der beruflichen Identität zwischen *Arzt* und *Psychotherapeuten* bejahen, müssten die zwischen *Psychotherapie* und (naturwissenschaftlicher) *Medizin* aber zurückweisen.

3.1 Institutionelle Eigenständigkeit der Psychotherapie

Psychotherapie und ihre Wissenschaft sind und bleiben eine primär psychologische Disziplin, während die Medizin eine primär somatische Disziplin ist. Dieser Unterschied und die sich aus ihm ergebenden Behandlungskonsequenzen dürfen nicht verwischt werden. Man kann aber die Psychotherapie und ihre Wissenschaft durchaus als Teil einer „psychologischen Medizin“ bezeichnen, wenn mit dieser Formulierung *Gemeinsamkeiten* zwischen ärztlicher und psychotherapeutischer Tätigkeit hervorgehoben werden sollen. So wie der Arzt im Rahmen unserer arbeitsteiligen Gesellschaft auf das körperliche Wohl und Wohlergehen der Patienten spezialisiert ist, so der Psychotherapeut und Psychotherapiewissenschaftler auf ihr seelisches und psychosomatisches Wohlergehen. Damit wird keineswegs die heutige überwiegend naturwissenschaftlich betriebene und bis ins Extrem spezialisierte somatische Medizin zum Modell für die Psychotherapie erhoben. Damit hätte die Psychotherapie ihren eigenen, genuinen Gegenstand, das menschliche Seelenleben, schon immer verloren und käme als Ergänzung, als komplementäre Disziplin zur somatischen Medizin gar nicht mehr in Frage.

Warum sollen Psychologie und Psychotherapiewissenschaft an einem selbständigen Institut unterrichtet werden, das weder zur Medizin noch zur experimentellen Psychologie gehört, wohl aber mit beiden Disziplinen kooperiert und wissenschaftlichen Austausch pflegt? Zumeist befinden sich die Professuren für Klinische Psychologie und Psychotherapie an den psychologischen Instituten, wenn es dort denn überhaupt welche gibt, in einer extremen Minderzahl. Auch in ihren eigenen fachlichen Fragen können sie von den Professoren der anderen Fächer problemlos überstimmt werden. Das ist schon aus berufsrechtlichen Gründen bedenklich. In einer medizinischen Fakultät dagegen sind die Kompetenzen klar verteilt, und zwar so, wie die klinische Praxis es erfordert: Die Lehrstühle und Fächer des Vorklinikums sind als „Hilfsdisziplinen“ den klinischen Fächern zu- und was die Praxis betrifft, sogar untergeordnet. Sie sind die „Magd des Klinikums“, auch wenn sie im naturwissenschaftlichen Verständnis zumeist auf einem sehr viel höheren wissenschaftlichen Niveau tätig sind.

3.2 Studium der „Psychologie und Psychotherapiewissenschaft“ als Kompromissvorschlag

Ein Studiengang „Psychologie und Psychotherapiewissenschaft“, wie er in einigen europäischen Ländern bereits existiert, kann einige der bisher angesprochenen Probleme lösen oder zumindest verringern, insbesondere die Polarisierung zwischen der akademischen Psychologie und der psychotherapeutischen Profession. Zunächst und vor allem würde dem berechtigten Interesse unserer Profession Rechnung getragen, die mühsam aufgebaute und sich zunehmend profilierende Psychotherapie nicht in die experimentelle Psychologie oder die Medizin transformiert und aufgelöst zu sehen. Auch müssten die psychotherapeutischen Berufsverbände weit stärker als bisher auf jenen Pluralismus der therapeutischen Modelle und Methoden achten, der in der akademischen Psychologie heute leider nicht mehr existiert. Einiges spricht dafür, die Verhaltenstherapie weiterhin vor allem in der experimentellen Psychologie und den psychologischen Instituten anzusiedeln, wie ja auch gegenwärtig schon der Fall, während die Studierenden der „Psychologie und Psychotherapiewissenschaft“ schwerpunktmäßig in psychologischen Therapieverfahren unterrichtet werden.

Ausgehend von den wissenschaftlichen Entwicklungsstufen nach Thomas Kuhn (1973) hat die Psychotherapie bislang noch kein eigenständiges Paradigma ausgebildet, was man u.a. daran erkennt, dass sehr unterschiedliche Modelle existieren, die einander teilweise ausschließen. An die Stelle einer „künstlichen“ Vereinheitlichung durch Übernahme der Gegenstandsbestimmung von experimenteller Psychologie und Verhaltenstherapie (wie in der „Allgemeinen Psychotherapie“ nach Grawe a.a.O. oder Greve & Greve 2009), sollte die Psychotherapie zu ihrer pluralen Verfassung stehen und in einem breit angelegten wissenschaftlichen Dialog ein gemeinsames psychotherapeutisches Paradigma erarbeiten. „Auf dem Weg zur Psychotherapiewissenschaft“ heißt also *unterwegs* zu einem psychotherapeutischen Paradigma sein. Aber dieser Weg muss selbst schon pluralistisch sein. Er kann nicht, wie in der Utopie einer „Allgemeinen Psychotherapie“, in der Unterordnung der Psychotherapie und ihres Gegenstandes unter das Gegenstandsverständnis der experimentellen Psychologie bestehen. Mit Grawes Vorschlag einer „Allgemeinen Psychotherapie“ ist die Psychotherapie schon am Ziel angelangt, bevor sie sich überhaupt auf den Weg gemacht hat. Vielmehr fungiert die „Scientific Community“ der Psychotherapiewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler wie eine Großgruppe, die ein gründliches und weit ausholendes Brainstorming durchführt zur Frage, wie Menschen am besten geholfen werden kann, die in eine seelische Notlage geraten sind. Man kann davon ausgehen, dass jede der vielfältigen therapeutischen Richtungen

kreative Ideen dazu beigetragen hat und beiträgt, die im Studium der Psychotherapiewissenschaft vermittelt werden können.

Auf die Notwendigkeit eines eigenen Curriculums im PTW-Studium kann hier nur hingewiesen werden. Vorschläge dazu sind in Fischer (2008, 2011) ausgearbeitet. Das Studium umfasst neben Bachelor und Master einen postgraduierten Doktoratsabschnitt, der parallel zur postgraduierten Vertiefung wahrgenommen werden kann (optional). Das Studium Psychologie und Psychotherapiewissenschaft endet im Normalfall mit dem Master-Grad. Daran schließt sich wie gegenwärtig schon die postgraduierte Weiterbildung in einem der psychotherapeutischen Vertiefungsfächer an.

3.3 Berufsrechtliche Zulassung

Sollen die Studierenden der Psychotherapie bzw. Psychotherapiewissenschaft nach dem Master in eigener Praxis arbeiten dürfen? Wenn damit bereits die Kompetenz zur eigenständigen psychotherapeutischen Praxis vergeben wird, nein; wenn diagnostische Kompetenzen und die Durchführung von Beratung, Krisenintervention und Kurztherapien in institutioneller Supervision ermöglicht werden soll, ja. Die Qualifikation zur freien psychotherapeutischen Praxis sollte wie bisher an den Abschluss in einem Vertiefungsfach gebunden sein, vergleichbar dem Facharzt in der medizinischen Ausbildung. Mit dieser Regelung wird auch das angestrebte Komplementärverhältnis zwischen Ärztin und Psychotherapeutin gewährleistet.

Schauen wir noch einmal zurück auf unsere einführenden Überlegungen, dann wurde bis hierher ein Kompromissvorschlag entwickelt, der gleichsam zwischen den eingangs beschriebenen Extrempositionen liegt. Wir bejahen ein „Direktstudium“, betrachten die Ausbildung zum Psychotherapeuten aber nicht als abgeschlossen mit dem Master und auch nicht mit einer evtl. Vergabe der Praxisbewilligung zu diesem Zeitpunkt, sondern empfehlen eine Fortsetzung der bewährten postgradualen Vertiefungsphase, in Analogie zum Facharzt in der medizinischen Berufsausbildung. Damit kommen wir einerseits dem aus unserer Sicht sehr berechtigten Wunsch der Studierenden und späteren Psychotherapeuten entgegen, in ihrem Studium Kenntnisse zu erwerben, die für ihre spätere berufliche Tätigkeit relevant sind (statt 5 Jahre Studium in überwiegend fachfremdem Unterrichtsmaterial), übernehmen aber nicht Bestrebungen nach einer radikalen Reduktion der Ausbildungszeit zum Psychotherapeuten. Unser Interesse an einer exzellenten fachlichen Qualifikation und persönlichen Bildung der Psychotherapeuten erfordert diesen Qualifikationsschritt und beugt im übrigen Bestrebungen vor, die Psychotherapie auf das Niveau eines Heilhilfs-Berufs herabzustufen, was der weit verbreiteten Tendenz zur Kostenreduktion im Gesundheitswesen entgegenkäme.

Eine zweite Kompromisslinie in unserem Vorschlag besteht in der Antwort: Direktstudium ja, Eingliederung in die Psychologie, nein. Viele Studierende der Psychologie beklagen sich über die einseitige Ausrichtung ihres Studiums auf die Verhaltenstherapie, die keineswegs allein von jenen Dozenten vertreten und propagiert wird, die ausgebildete Verhaltenstherapeuten sind, sondern auch und ebenso von Dozenten der Grundlagen- und übrigen psychologischen Anwendungsfächer. Dem entspricht die Beobachtung, dass die universitäre Psychologie in der Schweiz wie in Deutschland methodisch und theoretisch in einer Radikalität auf den Behaviorismus und seine Entwicklungen eingeschwenkt ist, wie sie in anderen Ländern Europas und auch in den USA sonst nicht zu beobachten ist. Damit kommen wir zu Überlegungen zum wissenschaftstheoretischen und – historischen Hintergrund der gegenwärtigen Situation.

4. Wissenschaftstheoretische Aspekte

In den letzten Jahren wurde wiederholt der Nachweis geführt, dass die drei Nachbardisziplinen biologische Psychiatrie, (experimentelle) Psychologie und Psychotherapie nicht nur ein unterschiedliches Methodenverständnis haben, sondern, dadurch bedingt, ein unterschiedliches Verständnis von ihrem wissenschaftlichen Gegenstand (van Deurzen & Smith 1996, Fischer 2008, 2011, Barwinski 2009). Experimentelle Psychologie, biologische Psychiatrie und Psychotherapie haben einen gemeinsamen »vorwissenschaftlichen« Gegenstand, den man als menschliches »Erleben und Verhalten« bezeichnen kann oder mit einem präziseren Begriff, der auf den Logiker Franz Brentano (1838–1917) zurückgeht, als »intentionale Systeme« (Dennett 1971). Darunter versteht man Systeme, deren Verhalten durch Absichten, Ziele, Motive, durch Vorstellungen, Gefühle oder Gedanken bestimmt wird. Die Übersicht in Tabelle 1 verdeutlicht, wie das vorwissenschaftliche Gegenstandsverständnis dieser drei Disziplinen gemäß ihren theoretischen Zielen in den jeweiligen wissenschaftlichen Gegenstand übergeht.



Die unterschiedlichen wiss. Gegenstände von Psychotherapie, biolog. Psychiatrie u. exp. Psychologie

Der Gegenstand wird durch die Forschungsmethode definiert

	1 Psychotherapie (Heinroth/Hegel)	2 Biologische Psychiatrie (Griesinger)	3 Experimentelle Psychologie (Wundt)
A Vorwiss. Gegenstand	Intentionale Systeme	Intentionale Systeme	Intentionale Systeme
B Theoretisches Ziel	Verständnis von menschlichem Erleben u. Verhalten aus Intentionalität	Reduktion über Biochemie u. Biophysik auf chem. u. physikal. Vorgänge	Abbildung von menschlichem Erleben u. Verhalten durch funktionelle Modelle
C Angestrebter Erklärungstyp	Rekonstruktion intentionaler Systeme in intentionaler Einstellung	„substratologische“, letztlich physikalische Erklärungen	Funktionelle Erklärungen AV = f (UV)
D Forschungs- methode	Intentionale und kommunikative Beobachtungshaltung	Objektivierende Beobachtungshaltung	Experimentelle Kontrolle Funktioneller Abhängigkeiten
E Wissenschaftl. Gegenstand	(Veränderungs-)Logik intentionaler Systeme	Chemie und Physik Intentionaler Systeme	Funktionelle Determinanten Intentionaler Systeme

Tabelle 1: Rückdefinition des Gegenstandes durch die Forschungsmethodik (modifiziert nach van Deurzen/Smith 1996, S. 19–43, in Fischer 2011, S. 36)

Biologische Psychiatrie und experimentelle Psychologie verwenden eine an den Naturwissenschaften ausgerichtete Forschungsmethode. Die biologische Psychiatrie folgt darin der von ihrem Gründer Wilhelm Griesinger (1817–1868) formulierten Heuristik (1845), Geisteskrankheiten als Krankheiten des Gehirns zu erforschen. Mit diesem Projekt geht ein an der naturwissenschaftlichen Medizin ausgerichteter Erklärungstyp einher, der als »substratologisch« bezeichnet werden kann: Störungen der psychischen Funktionen werden als Störungen des neuronalen Substrats verstanden, werden hypothetisch im Nervensystem lokalisiert, therapeutisch dort aufgesucht und mit biologischen Verfahren behandelt, etwa durch Psychopharmaka. Der wissenschaftliche Gegenstand ergibt sich analog zur somatisch-„biologischen“ Medizin als Bemühung, die chemischen und physikalischen Gesetzmäßigkeiten herauszufinden, die hinter den psychischen Störungsbildern liegen und diese »bedingen«. Man kann kaum bestreiten, dass dieses »Forschungsprogramm«, verstanden im Sinne des Wissenschaftstheoretikers Imre Lakatos (1977), bedeutende Einsichten und Behandlungserfolge erbracht hat und noch heute erbringt.

Die experimentelle Psychologie folgt der von ihrem Begründer Wilhelm Wundt (1832–1920) entworfenen Programmatik. Sie ist naturwissenschaftlich ausgerichtet, darum aber noch nicht unbedingt behavioristisch, da sie, wie Wundt selbst, introspektive Daten ebenso einbeziehen kann wie biologische Variablen. Die »Naturwissenschaftlichkeit« der experimentellen Psychologie ist jedoch in einem bestimmten Verständnis der experimentellen Forschungsmethodik als solcher verankert. Psychologische Experimente können grundsätzlich auch in explorativer Weise durchgeführt werden, wie etwa in der »genetischen Erkenntnistheorie« von Jean Piaget (1896–1980). Das von Wundt begründete Forschungsprojekt der experimentellen Psychologie beruht demgegenüber auf einer *funktionellen* Grundlage. Durch systematische Variation der Experimentalbedingung soll der Einfluss einer oder mehrerer Unabhängiger Variablen (UVn) auf eine oder mehrere Abhängige

Variablen (AV_n) erfasst werden. Im einfachsten und zugleich idealen Fall lässt sich die in einem psychologischen Experiment gesuchte Beziehung zwischen den beiden Variablengruppen in allgemeiner Form als *Funktionsgleichung* darstellen:

$$AV (1 \dots N) = f(UV 1 \dots N).$$

Oft wird das Ergebnis eines Experiments wahrscheinlichkeitstheoretisch ausgedrückt. Idealziel bleibt jedoch, die *Kausalrelation* zu erfassen, die sich aus dem Einfluss der unabhängigen auf die abhängige Experimentalbedingung ergibt.

Die Methode der Psychotherapie lässt sich als Untersuchung intentionaler Systeme in einer intentionalen Einstellung beschreiben. Theoretisches Ziel sind »intentionale Erklärungen«. Sie greifen auf menschliche »Intentionen« zurück, worunter allgemein die Bezugnahme auf einen Gegenstand oder ein Handlungsziel zu verstehen ist, dann weiter Emotionen, Motive, Triebe, Ziele oder Pläne. Als Forschungsmethode ergibt sich »teilnehmende Beobachtung« in einer intentionalen und kommunikativen Einstellung. Als angewandte Wissenschaft ist Psychotherapie in besonderer Weise an therapeutischer Veränderung und Entwicklung interessiert. Daher lässt sich über diese Schritte hinweg der wissenschaftliche Gegenstand als (Veränderungs-) Logik intentionaler Systeme bestimmen. Der Ausdruck (Veränderungs-) *Logik* als Bestimmung des wissenschaftlichen Gegenstands bedarf eines Kommentars, um Missverständnisse zu vermeiden. Damit soll nicht etwa gesagt sein, der Mensch sei vor allem kognitiv organisiert oder gar überwiegend »logisch«, Gefühle, Motive oder Triebe spielten für sein Verständnis und in der psychotherapeutischen Behandlung keine Rolle. Sicher trifft das Gegenteil zu. Mit (Veränderungs-) *Logik* als wissenschaftlichem Gegenstand der Psychotherapie soll jedoch ausgesagt werden, dass PTW und PM, wie jede andere Wissenschaft auch, daran interessiert sind, die *innere Logik* ihres wissenschaftlichen Gegenstandes zu erfassen.

Unsere Überlegungen zur „Rückdefinition des Gegenstands durch die Methode“ führen zum Ergebnis, dass die drei Disziplinen zwar einen gemeinsamen *vorwissenschaftlichen* Gegenstand haben, jedoch drei *wissenschaftliche* Gegenstände, die kaum unterschiedlicher sein könnten. Der gemeinsame vorwissenschaftliche Gegenstand ermöglicht, dass Mitglieder der drei Disziplinen, Psychologen, Psychiater und Psychotherapeuten, sich im klinischen Alltag, zum Beispiel auf einer psychiatrischen Station, relativ unproblematisch verständigen können. Je weiter wir uns aber vom vorwissenschaftlichen weg- und auf den wissenschaftlichen Gegenstand hinbewegen, desto mehr ist ein Phänomen zu beobachten, das nicht allein als Sprachverwirrung, sondern als »Gegenstandsverwirrung« bezeichnet werden muss.

4.1 Die Überwindung der „Gegenstandsverwirrung“ als Aufgabe der Psychotherapie

Die spektakulärsten Missverständnisse entstehen gewöhnlich, wenn man mit gleichen Worten von verschiedenen Gegenständen spricht. Dergleichen wird »Homonymie« genannt. Ein Beispiel ist das deutsche Wort »Hahn«, das sowohl das Tier wie den Wasserhahn bezeichnen kann. Um Missverständnisse zu vermeiden, die sich aus Homonymien ergeben, greifen wir auf den sprachlichen Kontext zurück oder veranschaulichen mit Gesten und Kommentaren das jeweils Gemeinte.

Eine weitaus kompliziertere Situation entsteht, wenn Homonymien unbemerkt bleiben. Dann nehmen wir selbstverständlich an, von der gleichen Sache zu reden, während wir uns in Wirklichkeit auf Dinge beziehen, die voneinander so verschieden sein können wie der krähende Hahn und der Wasserhahn. Eine solche Situation ergibt sich aus der »Rückdefinition des Gegenstandes durch die Methode«. Für die Nachbardisziplinen Psychotherapie, experimentelle Psychologie und biologische Psychiatrie ergaben sich drei unterschiedliche wissenschaftliche Gegenstände. Sich dieser Tatsache bewusst zu werden, ist der erste Schritt zur Auflösung von Homonymien. Damit ist aber erst ein Anfang gemacht. Prinzipiell muss davon ausgegangen werden, dass sich die Bedeutungsunterschiede zwischen den drei wissenschaftlichen Gegenständen auf alle Fachtermini dieser Disziplinen erstrecken.

Soll die Verständigung zwischen den drei Schwesterdisziplinen, die bei ihrem vorwissenschaftlichen Gegenstand „menschliches Erleben und Verhalten“ relativ gut möglich ist, auch auf der wissenschaftlichen Ebene fortgeführt werden, ist eine komplexe Übersetzungsarbeit zu leisten, die selten als Notwendigkeit erkannt und noch seltener praktiziert wird. Wie aber wird entschieden, welches Gegenstandsverständnis in Verbindung mit welchem Forschungsergebnis als zutreffend betrachtet wird? Statt wissenschaftlicher Kriterien treten an dieser Stelle Mechanismen von Einflussnahme, Prestige und Macht auf den Plan. Viele Hochschullehrer der Psychologie oder Psychiatrie lassen nur gelten, was nach den Kriterien ihres wissenschaftlichen Gegenstands als „bewiesen“ gilt und sind bemüht, auch ihren Studierenden allein diese Kriterien zu vermitteln. Erkenntnisse der Psychotherapiewissenschaft, mögen sie inhaltlich auch noch so faszinierend sind, in methodischer Hinsicht

systematisch erfasst und logisch begründet, fallen dabei einfach „durch den Rost“, nicht weil man sie argumentativ in Frage stellt, sondern wegen des unterschiedlichen Gegenstandsverständnisses der drei Disziplinen.

Was folgt aus diesen Erfahrungen? Nun, die Psychotherapie muss sich zu einer eigenständigen wissenschaftlichen Disziplin, zur Psychotherapiewissenschaft fortentwickeln. Sie muss ihre „Hausaufgaben“ selbst machen und kann sie nicht ihren beiden Schwesterdisziplinen übertragen. Aber dafür müssen auch die institutionellen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen geschaffen werden bzw. erhalten bleiben. Darin besteht ein genuines Anliegen der Psychotherapie als Profession und ihrer Berufsverbände. Die Psychotherapie muss in Praxis, Forschung und Theoriebildung ihre eigene Methodik praktizieren. Bei Erwerb und Beurteilung von Forschungsergebnissen kann sie sich weder in Zustimmung noch Ablehnung auf ihre Schwesterdisziplinen verlassen. Ergebnisse von experimenteller Psychologie und biologischer Psychiatrie können psychotherapiewissenschaftliche Erkenntnisse begrenzen, aber nicht ersetzen, weder im Zusammenhang der Entdeckung (context of discovery) noch der Begründung (context of proof).

Heute verfügt die PTW über ein umfangreiches Repertoire an genuiner Forschungslogik und -methodik, vor allem auch qualitativer Art, um die Kriterien systematischer Erkenntnisgewinnung und intersubjektiver Nachprüfbarkeit von Forschungsdaten und Schlussfolgerungen, die für wissenschaftliche Forschung ganz allgemein gültig sind, in vorbildlicher Weise zu erfüllen (ausführlich dazu Fischer 2011, S. 107 ff.). Schon gegenwärtig bietet die PTW faszinierende Forschungsergebnisse und Erkenntnisse von anthropologischer Tragweite, die im Allgemeinen auch das Gütekriterium der „Nicht-Trivialität“ erfüllen, was von Ergebnissen der experimentellen Psychologie und biologischen Psychiatrie (Neurowissenschaft) keineswegs behauptet werden kann. Zusammenfassend sehen wir keinen Grund, das wissenschaftliche Licht der Psychotherapie unter den Scheffel zu stellen. Auch gibt es keinen Grund, die wissenschaftliche, theoretische und praktische Emanzipation von der (experimentellen) Psychologie weiter zu verzögern. Dafür muss aber dringend an den institutionellen Voraussetzungen gearbeitet werden.

AutorInnen

Gottfried Fischer, Prof. Dr.; Psychoanalytiker; Wissenschaftliche Leitung des Deutschen Instituts für Psychotraumatologie (DIPT); Leitung der Akademie für Integrative Psychotherapiewissenschaft und der deutschen Gesellschaft für Psychotherapiewissenschaft (DGPTW). Gottfried Fischer verstarb unerwartet am 2.10.2013.

Rosmarie Barwinski, PD Dr. phil.; Psychoanalytikerin, Psychotherapeutin ASP/FSP; Privatdozentin an der Universität zu Köln; enge Kooperation mit dem Deutschen Institut für Psychotraumatologie (DIPT) und der Steinbeis-Hochschule Köln; Leiterin des Schweizer Instituts für Psychotraumatologie (SIPT);

Korrespondenz

Rosmarie Barwinski
Heiligbergstrasse 38
CH-8400 Winterthur
E-Mail: r.barwinski@swissonline.ch
www.psychotraumatologie-sipt.ch

Literatur

- Barwinski, R. (2009): Qualitative Methoden. Das Kölner Dokumentationssystem für Psychotherapie und Traumabehandlung. Forum der Psychotherapie, Heft 4, 151-160.
- Brandt, Reinhard (2011) Wozu noch Universitäten? Hamburg: Meiner
- Dennett, D. (1971): Intentional Systems. Journal of Philosophy 68, 87-106
- DGPT (15.3.2012) Stellungnahme des Geschäftsführenden Vorstands der DGPT zum Thema Psychotherapeutische Direktausbildung“ Über www.dgpt.de
- Fischer, G. (2008) Logik der Psychotherapie. Philosophische Grundlagen der Psychotherapiewissenschaft. Kröning: Asanger
- Fischer, G. (2011) Psychotherapiewissenschaft. Einführung in eine neue humanwissenschaftliche Disziplin. Gießen: Psychosozial
- Fischer, G., Eichenberg, Chr., van Gisteren. L. (2009) Warum eine eigenständige Psychotherapiewissenschaft dringend gebraucht wird. Gegen Trivialisierung und Bildungsverlust der Psychotherapie. Kröning: Asanger
- Fischer, G. & Möller, H. (2006). Psychodynamische Psychologie und Psychotherapie im Studiengang Psychologie. Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft. Kritischer Kommentar zur Festschrift anlässlich des 100jährigen Jubiläums der Deutschen Gesellschaft für Psychologie DGPs. Kröning: Asanger
- Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2000): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.

- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994, 2001): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen (Hogrefe)
- Greve W., Greve, G. (2009) Psychotherapie im Zeichen des Wandels: Einheit in der Vielfalt. In: Psychotherapeutenjournal 4, 366-372
- Griesinger, W. (1845): Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Stuttgart (Krabbe)
- Kuhn, Th. (1973): Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt/M. (Suhrkamp)
- Lakatos, I. (1977) The methodology of scientific research programs. Philosophical Papers Vol. 1. Cambridge: University Press
- van Deurzen, E., Smith D.L. (1996) Ist die Psychotherapie eine eigenständige wissenschaftliche Disziplin? In: A. Pritz (Hrg.) Psychotherapie - eine neue Wissenschaft vom Menschen. Wien, New York: Springer, 19-43.

Discussion

Gottfried Fischer, Rosmarie Barwinski

Où va la psychothérapie? Des études de psychologie et de science psychothérapeutique en tant que « troisième voie »¹

Résumé : La manière dont la psychothérapie est en train de devenir une science autonome est décrite – à partir de l'expérience pratique puis au long de son parcours vers une discipline académique autonome, appelée 'science psychothérapeutique'. Les auteurs sont favorables à cette « troisième voie », contrastant avec l'intégration de la psychothérapie dans les filières de psychologie (filière directe), mais aussi avec un modèle en deux phases (MBA en psychologie, d'une part, puis formation postgrade en psychothérapie). Par ailleurs, un diplôme de psychologie ne devrait pas être le seul critère d'admission à une filière postgrade. Selon les auteurs, il faudrait mettre en place un compromis : filière directe *oui, mais* dans le cadre de structures spécifiques ; formation postgrade *oui, mais* pas sur la base des études de psychologie, telles qu'elles se présentent actuellement. Il faut une filière de base combinant la psychologie avec la théorie et la pratique de la nouvelle 'science psychothérapeutique'. Ce type de filière universitaire devrait préparer les futurs psychothérapeutes aux exigences de leur profession, que ce soit au niveau pratique, au niveau théorique ou dans le domaine de la recherche.

Mots-clés : Psychothérapie, science psychothérapeutique, curriculum de psychologie et de science psychothérapeutique, MSc en psychothérapie, psychologie expérimentale, psychiatrie biologique, théorie scientifique, épistémologie

1. Introduction

La loi fédérale sur les professions de la psychologie (LPsy) a été approuvée le 18 mars 2011 par le Parlement suisse ; elle est entrée en vigueur le 1er avril 2013. Durant la phase de préparation du projet, l'un des thèmes des discussions a été de savoir comment les études de psychologie pourraient être intégrées au processus de Bologne et quelles seraient les conséquences de cette démarche pour la formation en psychothérapie. Le débat a montré que tout un ensemble complexe – constitué d'intérêts, de groupes professionnels et de filières – se révèle à chaque fois que sont discutées des propositions concernant la voie que pourrait ou devrait suivre la psychothérapie du futur.

2. Les principaux intérêts et propositions

Les modifications les plus importantes de la formation en psychothérapie sont associées à la proposition « études directes en psychothérapie » dans le cadre des filières (bachelor et master) de psychologie offertes par les universités. Cette proposition est en rapport avec différents intérêts. D'abord, ceux des étudiants en psychologie, dont – comme l'a montré une étude menée en Allemagne – la moitié souhaitent devenir psychothérapeutes (Fischer & Möller 2006). Pour des raisons d'ordre pragmatique, ces étudiants veulent que leurs études ne soient pas trop longues et qu'elles leur permettent de travailler en tant que psychothérapeutes dès qu'ils auront reçu leur diplôme. Or, actuellement, ils doivent passer par une phase postgrade de 3 à 5 ans, incluant des stages et un approfondissement de leur savoir. Par ailleurs, ces étudiants souhaitent que, dès l'université, ils puissent se concentrer sur la psychothérapie : les filières actuelles de psychologie se situent très loin de la pratique. Dans l'étude mentionnée ci-dessus, on a demandé à des psychothérapeutes qualifiés quel pourcentage du savoir acquis à l'université leur est utile dans leur activité professionnelle. Leurs réponses oscillent entre 10 et 20%, selon le courant qu'ils pratiquent (thérapie du comportement, courants de type humaniste, etc.) (Fischer & Möller a.a.O.). La structure des études de psychologie en Suisse n'est pas très différente de celle qui existe en Allemagne. On peut donc considérer que les résultats mentionnés sont également applicables en Suisse. Dans l'ensemble, ils ne sont pas très satisfaisants, puisqu'il faut se demander si les futurs psychothérapeutes passent cinq ans à étudier quelque chose dont ils n'auront pas besoin au moment de pratiquer leur profession. La proposition d'une filière directe pourrait-elle aider à corriger cette situation ? Nous ne répondrons à cette question qu'après avoir mieux défini ce que l'on entend par « filière directe ».

Les collègues qui sont favorables au maintien de la situation présente – 5 ans de psychologie, puis formation postgrade en psychothérapie – adoptent une position diamétralement opposée. Ils font appel à des arguments logiques. Selon l'un des ces derniers, il est « trop tôt » pour choisir la profession de psychothérapeute dès le

¹ D'abord publié dans ZPPM Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin 3/2012. Débat False Memory. Rosmarie Barwinski (Ed.) www.Asanger.de – ZPPM. Le texte a été légèrement modifié pour tenir compte de la situation en Suisse.

début des études de psychologie qui, d'ailleurs, permettent aussi de se diriger vers d'autres professions. D'autre part, les instituts de formation privés ne sont pas favorables à un transfert de la formation vers des instituts universitaires qui sont, eux, entre les mains de l'État. Selon un autre argument, la « filière directe » dépendrait trop du fait qu'aujourd'hui, les chaires universitaires sont occupées par des professeurs qui, soit, sont thérapeutes du comportement, soit sont des spécialistes de la psychologie biologique, des neurosciences ou d'autres branches de la psychologie – ils n'ont en fait pas de formation en psychothérapie (Fischer & Möller a.a.o., Fischer, Eichenberg & van Gisteren 2009). On craint donc qu'une filière directe renforce encore cette tendance ou même la justifie. La psychothérapie pourrait-elle alors devenir un champ d'application de la « psychologie empirique », comme le voulait déjà le concept d'une « psychothérapie générale » soutenu par Klaus Grawe (2004, 2000, Grawe et. al. 1994, 2001) ? Ou faut-il maintenir la formation postgrade en psychothérapie postérieure aux études de psychologie ? La psychologie universitaire et l'intérêt qu'elle a à « intégrer » la psychothérapie se retrouvent en opposition aux intérêts des instituts de formation qui sont membres de la Charte suisse pour la psychothérapie. Si une « filière directe » devait aboutir à l'intégration de la profession du psychothérapeute à la psychologie universitaire, il y aurait disparition – c'est ce que craignent certains collègues – de la diversité des modèles et des courants au profit de la thérapie du comportement.

Cette polarisation pourrait bien provoquer une « rupture par tension » de notre profession, le risque étant que les importants acquis de la psychothérapie psychologique soient oubliés. Il faudrait craindre en particulier que, si la psychothérapie devenait une simple « profession médicale auxiliaire », les psychothérapeutes psychologues n'auraient suivi qu'une formation « limitée » dans le cadre de leurs études de psychologie : maintenant déjà, celles-ci consistent en l'acquisition de la théorie du comportement, avec quelques certificats supplémentaires en thérapie – tout cela aboutissant à une qualification en tant que « psychothérapeute psychologue ».

2.1 La psychothérapie en tant que « troisième voie »

On se plaint souvent que la « réforme de Bologne » ait provoqué un renoncement à l'ancien idéal de l'université tel qu'il avait été marqué par Humboldt : il ne s'agit plus maintenant que d'apprendre par cœur des informations qui n'ont que peu de rapport entre elles, alors que selon Humboldt ce concept d'enseignement devrait être surmonté dès le lycée (Brandt 2011). On sait, pour résumer, que ce linguiste prônait les aspects suivants : l'union étroite de la recherche et de l'enseignement, ainsi que la liberté d'étude et de recherche laissée à chacun, selon sa volonté et en fonction des exigences de son épanouissement personnel. L'enseignement se ferait en trois étapes : étape de base, avec apprentissage de la lecture, de l'écriture et de l'arithmétique ; phase intermédiaire (lycée) au cours de laquelle l'élève 'apprend à apprendre', puis université, l'étudiant acquérant la capacité à mener des travaux de recherche. Il semble bien que la « réforme de Bologne » apporte un retour à l'étape de base, même si quelques aspects de la phase intermédiaire et de l'université ont survécu. Comment la psychothérapie – qui aujourd'hui ne peut plus être pratiquée que par des diplômés de psychologie – pourra-t-elle trouver une position satisfaisante au sein d'un environnement marqué par la réforme de Bologne ?

Première réponse : elle pourrait et devrait se considérer comme une science indépendante, comme une association entre « guérison et recherche » – comme Freud l'avait déjà recommandé. Dans ce sens, elle se situe au troisième pallier (cf. Humboldt) du système d'éducation et se libère de l'idée qu'elle n'est rien de plus qu'une application des connaissances acquises par la « psychologie empirique » au domaine du traitement pratique des malades. Or, si on la considère comme une « psychologie appliquée », elle n'a, d'une part, plus d'identité académique et, d'autre part, on néglige son potentiel d'acquisition de connaissances. Alors que la « psychologie empirique » acquiert ses données dans des situations standardisées – tests et laboratoire –, seul un contact durable et intense, dans un setting thérapeutique, permet de rassembler des connaissances d'un type différent. Ces dernières ont-elles moins de valeur que celles acquises par la psychologie expérimentale ? Ont-elles moins marqué et enrichi notre conception de la psychologie ?

Si nous répondons à cette question sans parti pris, nous constatons que psychothérapie et psychologie expérimentale peuvent être pratiquées en parallèle, sans que la première soit subordonnée à la seconde, comme l'avait voulu le concept de la psychothérapie générale de Grawe (Greve & Greve, 2009). La psychothérapie psychologique doit-elle être considérée comme la « servante de la psychologie expérimentale », par analogie à la manière dont, au Moyen Âge, la philosophie était au service de la théologie ? Ou faut-il en faire une discipline scientifique, fondée sur sa propre épistémologie et sur un savoir scientifique ? La psychothérapie ne s'est-elle pas émancipée depuis longtemps de la psychologie expérimentale ?

Pour répondre à cette question par l'affirmative, il suffit de lire l'un des manuels théoriques récents qui traitent de la psychothérapie intégrative. Les résultats d'une expérience clinique systématique (« recherche online » selon Ulrich Moser, Zurich), associés à ceux d'une recherche en psychothérapie (recherche « offline »)

constituent maintenant déjà une part très importante du savoir et des connaissances qui peuvent être mis en œuvre dans la pratique.

3. Vers une science psychothérapeutique

La 'voie' que nous envisageons a un aspect institutionnel, mais aussi une dimension épistémologique. Nous traitons d'abord des institutions, pour ensuite nous intéresser à l'épistémologie (sous 4).

Que se passerait-il si une « filière directe en psychothérapie » cessait de dépendre des départements de psychologie des universités et de leurs filières pour être organisée par un « institut de psychothérapie » indépendant ? Les enseignants travaillant dans ce dernier seraient en majorité eux-mêmes psychothérapeutes, ce qui leur permettrait de savoir de quoi ils parlent en se fondant sur leur propre expérience pratique. Cette idée est-elle utopique ? Oui, mais elle n'est pas irréalisable, surtout si la profession saisit la chance qui lui est offerte de mener une *réforme* au vrai sens du terme dans le cadre de la réforme de Bologne. Dans les facultés de médecine, les professeurs sont en majorité des médecins. Pourquoi alors ne pas demander à des psychothérapeutes d'enseigner la psychothérapie psychologique ? Pour qu'ils puissent le faire, il faudrait toutefois que cette dernière soit ancrée au sein des institutions et universités, sans être subordonnée ni à la psychologie, ni à la médecine, même si elle devait continuer à entretenir d'étroits contacts avec ces deux disciplines.

On exprime parfois la crainte qu'une « filière directe en psychothérapie » ne ferait qu'éloigner la psychothérapie de la psychologie, pour en faire une discipline médicale. Il est tout à fait possible de ne pas tomber dans ce piège, en donnant sa place à la psychothérapie au titre de discipline indépendante au sein des universités. Il reste que même si cette démarche permettrait d'éviter que la psychothérapie dépende de la médecine, cela ne suffit pas lorsqu'il s'agit d'éviter que notre discipline se « médicalise ». De plus, dès lors qu'elle prendrait en compte des aspects relatifs la maladie, elle cesserait de soutenir une sorte de « version normale » du vécu et du comportement humains. Elle utiliserait un « modèle médical » de l'être humain, incluant avant tout des phénomènes pathologiques et la manière de penser qui va avec. Ce risque doit être pris au sérieux. Mais cela est-il déjà arrivé ? Le fait est que jusqu'à maintenant, la psychothérapie s'est surtout intéressée à la pathogenèse, négligeant largement les aspects salutogènes qui font eux aussi partie du vécu et du comportement des humains.

Il est clair qu'un modèle dit « médical » provoque quelques problèmes, dès lors que nous en faisons une pratique centrée sur des aspects organiques et que nous gérons des cabinets trop spécialisés. Il faudrait bien sûr que la psychothérapie évite ce type de « spécialisation » et ne copie pas le modèle des médecins spécialisés. On peut par contre faire [en allemand] une distinction entre 'médecin' (Mediziner) et 'docteur' (Arzt). Le 'médecin' est réduit à la fonction d'une petite roue dans le système de santé, alors que le docteur pratique une profession dans laquelle il s'agit d'aider les personnes en danger et/ou malades. La notion d'aide n'est-elle pas centrale au travail du psychothérapeute ? La psychothérapeute est-elle un « docteur de l'âme » dont le travail complète celui effectué par le docteur spécialiste du corps ?

Vu sous cet angle, il devient possible de considérer de manière analogique l'identité professionnelle du *docteur* et du *psychothérapeute*, alors que nous ne pouvons pas accepter l'équation entre la *psychothérapie* et la *médecine* (fondée sur les sciences naturelles).

3.1 Autonomie institutionnelle de la psychothérapie psychologique

La psychothérapie (scientifique) est et demeure une discipline relevant avant tout de la psychologie, alors que la médecine se centre sur les domaines somatiques. Il ne faut pas estomper cette différence et les conséquences qu'elle a pour le traitement. Par contre, on pourrait considérer la science psychothérapeutique comme relevant de la « médecine psychologique », dès lors qu'on souhaite souligner les *points communs* entre l'activité du psychothérapeute et celle du médecin. De la même manière que le médecin est un spécialiste du bien-être somatique et de la santé physique des patients, le psychothérapeute est un spécialiste de leur bien-être psychique et psychosomatique – notons qu'il est typique de notre société qu'elle répartisse les tâches ! Cela ne signifie pas que la médecine somatique, fondée sur les sciences naturelles et extrêmement spécialisée, doive servir de modèle à la psychothérapie. Cette dernière a son propre objet – le psychisme de l'être humain – et il ne faut pas la réduire au statut de discipline venant compléter la médecine somatique.

Pourquoi faudrait-il enseigner la psychologie et la science psychothérapeutique dans le cadre d'un institut autonome, indépendant de la médecine et de la psychologie expérimentale même si, en son sein, ces deux disciplines coopèreraient et entretiendraient des échanges scientifiques ? En général, les chaires de psychologie clinique et de psychothérapie sont rattachées – lorsqu'elles existent – aux départements de psychologie et elles y sont peu nombreuses. Les professeurs concernés se retrouvent très vite mis en minorité, même lorsqu'il s'agit de

questions relevant de leur propre domaine. D'un point de vue juridique, cela est regrettable. Par contre, dans les facultés de médecine les compétences sont clairement réglées, avec une structure correspondant à la pratique clinique : les chaires et branches du niveau propédeutique sont subordonnées aux branches cliniques, même lorsque d'un point de vue scientifique leurs exigences sont beaucoup plus élevées.

3.2 Études de psychologie et de science psychothérapeutique en tant que compromis (proposition)

Une filière « psychologie et science psychothérapeutique », telle qu'elle existe déjà dans certains pays européens, peut permettre de résoudre certains des problèmes que nous avons mentionnés ou peut au moins les atténuer. Elle peut éliminer une partie de la polarisation entre psychologie universitaire et psychothérapie. D'abord – et surtout – cela permettrait d'éviter qu'une psychothérapie développée au cours des ans grâce à un important travail se transforme en psychologie expérimentale ou en médecine, disparaissant dans ces deux disciplines. Il faudrait que les groupements professionnels insistent beaucoup plus sur le pluralisme des modèles et méthodes thérapeutiques ; ce pluralisme a malheureusement disparu de la psychologie académique. La thérapie du comportement peut continuer à être enseignée dans le cadre de la psychologie expérimentale et des départements correspondants – comme c'est le cas aujourd'hui. Mais la « psychologie et science psychothérapeutique » devrait inclure avant tout un enseignement centré sur les approches thérapeutiques.

Lorsqu'on se réfère au modèle des niveaux de développement scientifique élaboré par Thomas Kuhn, on constate que la psychothérapie n'a, à ce jour, pas élaboré son propre paradigme. Cela se manifeste, entre autres, dans le fait que différents modèles (parfois contradictoires) existent. Il ne sert à rien d'établir une « unification artificielle » en combinant la psychologie expérimentale et la thérapie du comportement (comme l'a fait Grawe avec sa « psychothérapie générale » ; cf. Greve & Greve 2009). Il faut que la psychothérapie accepte son pluralisme et qu'elle lance un large débat scientifique au cours duquel un paradigme commun pourra être élaboré. Dans ce sens, « sur la voie d'une science psychothérapeutique » signifie aussi *en route vers* un paradigme propre à la psychothérapie. Or, la voie en question doit, elle aussi, être de nature pluraliste. Dans l'utopie d'une « psychothérapie générale », la psychothérapie et son objet sont subordonnés à la psychologie expérimentale. Grawe considère que la psychothérapie a atteint la fin du voyage avant même d'avoir voyagé. Il faut que la communauté scientifique des psychothérapeutes mène un large brainstorming et réponde, à un niveau fondamental, à la question de savoir quelle est la meilleure aide à fournir aux personnes en situation psychique compliquée. On peut partir du principe que tous les courants de psychothérapie auraient et ont une réponse (inventive) à cette question ; ce sont ces réponses qui devraient être enseignées dans le cadre d'une filière de science psychothérapeutique.

Nous ne pouvons que mentionner brièvement le fait qu'une filière de ce type devrait avoir son propre curriculum. Fischer (2008, 2011) a fait des propositions dans ce sens. Le curriculum inclurait un niveau bachelor et un niveau master, avec un doctorat postgrade (non obligatoire), cette phase étant consacrée à un approfondissement des connaissances. La filière en question conduirait à un mastère puis, comme c'est le cas aujourd'hui, une formation postgrade dans une méthode de thérapie suivrait.

3.3 Aspects juridiques de l'autorisation de pratique

Faut-il qu'après le mastère, les étudiants soient à droit de gérer leur propre cabinet de psychothérapie ? La réponse est 'non', au niveau des compétences leur permettant de pratiquer à titre indépendant ; elle est 'oui' lorsqu'il s'agit de leurs compétences par rapport à l'intervention de crise et aux thérapies brèves sous supervision. Leur autorisation de pratique dans leur propre cabinet demeurerait liée à l'acquisition d'une qualification supplémentaire : l'approfondissement de leurs connaissances dans un sens similaire à ce qui se passe pour le médecin spécialiste. Cette réglementation permettrait également de placer médecin et psychothérapeute dans une relation complémentaire.

Revenons aux idées esquissées dans notre introduction : nous avons maintenant élaboré une proposition de compromis située entre les deux positions extrêmes que nous avons décrites. Nous sommes partisans d'une « filière directe », mais ne considérons pas le mastère comme l'aboutissement de la formation en psychothérapie. Il ne permet pas non plus de pratiquer à titre indépendant et nous recommandons que soit suivie une phase postgrade qui a déjà fait ses preuves et qui sert à approfondir les connaissances acquises par l'étudiant. Dans ce sens, nous acceptons le vœu exprimé par les étudiants et futurs psychothérapeutes : ils souhaitent acquérir des connaissances qui leur seront utiles lorsqu'ils seront professionnellement actifs (au lieu de passer cinq ans à étudier des branches qui ne leur serviront à rien plus tard). Par contre, nous ne pensons pas que la durée de la formation des psychothérapeutes devrait être réduite de manière radicale. Nous souhaitons que ceux-ci aient d'excellentes qualifications, au niveau théorique comme au niveau personnel, car cela pourrait également

permettre de contrer la tendance à faire de notre profession une profession auxiliaire. Rappelons par ailleurs qu'en Allemagne comme ailleurs, on tend à chercher à faire des économies au niveau du système de santé et qu'une 'profession auxiliaire' est perçue comme engendrant moins de coûts.

Notre proposition implique un deuxième type de compromis lorsque nous disons : filière directe, oui, soumission à la psychologie, non. De nombreux étudiants se plaignent du fait que leurs études de psychologie se concentrent sur la thérapie du comportement. Cela n'arrive pas seulement lorsque les enseignants sont eux-mêmes spécialistes de ce domaine, mais se retrouve à tous les niveaux, qu'il s'agisse de branches fondamentales ou de domaines ayant trait à leur application. En Suisse comme en Allemagne, la psychologie universitaire soutient une forme radicale de behaviorisme, ce qui n'est pas le cas dans d'autres pays européens ou aux États-Unis. Passons maintenant à quelques réflexions concernant le contexte historique – épistémologique et scientifique – qui a donné naissance à la situation actuelle.

4. Aspects épistémologiques

Il a été démontré plusieurs fois ces dernières années que les disciplines proches de la psychothérapie – la psychiatrie biologique et la psychologie expérimentale – non seulement définissent leurs méthodes de manière différente, mais aussi saisissent leur objet scientifique de manière différente (van Deurzen & Smith 1996, Fischer 2008, 2011, Barwinski 2009).

Les trois disciplines ont bien un objet « préscientifique » en commun, que l'on pourrait définir comme le « vécu et le comportement humains » ou, de manière plus précise et par référence à Franz Brentano (1838–1917) comme un « système d'intentions » (Dennett 1971). Ce terme désigne les systèmes dont la manière de fonctionner est influencée par des intentions, des objectifs, des motifs, ainsi que par des représentations, des sentiments et des idées.

Le tableau 1 montre comment, au niveau préscientifique, les trois disciplines qui nous intéressent définissent leur objet en fonction de leurs objectifs théoriques. La psychiatrie biologique et la psychologie expérimentale utilisent des méthodes de recherche issues des sciences naturelles. S'agissant de la psychiatrie biologique, elle se réfère à son fondateur, Wilhelm Griesinger (1817–1868), en considérant comme lui (1845) que les maladies psychiques sont des maladies du cerveau. Cette idée s'accompagne d'un type d'explication qui pourrait être qualifié de « substratologique » : les troubles des fonctions psychiques sont des troubles situés au niveau des neurones ; l'hypothèse est alors émise qu'ils sont des troubles du système nerveux et c'est à ce niveau que la thérapie doit intervenir en appliquant des procédures biologiques, par exemple en prescrivant des neuroleptiques. L'objet scientifique est défini de manière analogue à ce qui est fait en médecine somatique ou « biologique » : dans leur cas, il s'agit de découvrir les lois chimiques et physiques qui régissent les troubles psychiques et provoquent ceux-ci. Il est indéniable que ce « programme de recherche » – au sens de l'épistémologue Imre Lakatos (1977) – a apporté et continue à apporter des idées importantes, ainsi que des traitements utiles.



Les différents objets scientifiques de la psychothérapie, de la psychiatrie biologique et de la psychologie expérimentale

L'objet scientifique est défini par la méthode de recherche

	1 Psychothérapie (Heinroth/Hegel)	2 Psychiatrie biol. (Griesinger)	3 Psy expérimentale (Wundt)
A Dimension préscientifique	Système intentionnel	Système intentionnel	Système intentionnel
B Objectif théorique	Comprendre le comportement humain en tant qu'intentionnel	Réduction à des aspects biochimiques	Modèles fonctionnels
C Type d'explication visé	Reconstruction de systèmes intentionnels	Substratologique en référence à la biologie	Fonctionnel AV = f (UV)
D Méthode de recherche	Attitude d'observateur	Observateur objectivant	Contrôle expérimental Variables fonctionnelles
E Objet scientifique	Logique de systèmes intentionnels	Chimie et physique de systèmes intentionnels	Déterminantes fonctionnelles de systèmes intentionnels

Tableau 1: Définition de l'objet scientifique par le biais de la méthode de recherche
(modifié selon Deurzen/Smith 1996, p. 19–43 dans Fischer 2011, p. 36).

La psychologie expérimentale se réfère à son fondateur, Wilhelm Wundt (1832–1920). Son programme repose sur les sciences naturelles, mais cela ne signifie pas forcément qu'il doit se fonder sur le behaviorisme. Comme l'a fait Wundt, elle peut prendre en compte des données introspectives autant que des variables biologiques. Le « caractère de science naturelle » de la psychologie expérimentale se manifeste clairement au niveau des méthodes de recherche. Ses expériences scientifiques peuvent être menées au sens d'une exploration comme, par exemple, dans l'épistémologie génétique de Jean Piaget (1896–1980). Par contre, dans les travaux basés sur Wundt, les bases de l'expérience sont de type *fonctionnel*. En variant systématiquement ses conditions, on cherche à déterminer l'influence d'une ou de plusieurs variables soit indépendantes (UVn), soit dépendantes (AVn). Dans le cas le plus simple – soit dans le cas idéal – une expérience psychologique permet de définir une relation entre les deux groupes de variables, ceux-ci étant représentés par une *équation* :

$$AV (1 \dots N) = f (UV 1 \dots N).$$

Le résultat de l'expérience est souvent exprimé en termes de probabilités. Mais l'objectif demeure de saisir la *relation causale* liant les variables indépendantes aux variables dépendantes.

Du point de vue de la recherche, la méthode appliquée par la psychothérapie peut donc être examinée en tant que système d'intentions situé dans le contexte d'une attitude intentionnelle. Théoriquement, le but est de parvenir à des « explications intentionnelles ». Ces dernières sont en rapport avec un objet ou une action, mais aussi avec des émotions, des motifs, des instincts, des objectifs et des plans. Il est alors possible d'utiliser « l'observation participante » pour cerner ces aspects. En tant que science appliquée, la psychothérapie s'intéresse en particulier aux développements et constructions que la thérapie peut provoquer. Dans ce sens, l'objet scientifique de la recherche peut aussi être défini en tant que logique (évolutive) de systèmes intentionnels. L'expression 'logique de systèmes intentionnels' mérite précision si nous voulons éviter tout malentendu. Elle ne signifie pas que l'être humain fonctionne selon un mode avant tout cognitif et même logique ou que ses émotions, ses motifs et ses

instincts ne jouent aucun rôle, que ce soit au quotidien ou au moment où il suit un traitement psychothérapeutique. Bien au contraire ! L'expression logique évolutive pour désigner l'objet de la psychothérapie signifie simplement que la science psychothérapeutique doit s'intéresser à la *logique interne* de l'objet qu'elle étudie.

Notre réflexion sur la définition de l'objet par le biais de la méthode nous conduit à constater que les trois disciplines auxquelles nous nous intéressons, si elles ont bien un objet *préscientifique* en commun, ont aussi des objets *scientifiques* très différents. Le savoir préscientifique qu'ils partagent permet aux professionnels des trois disciplines – psychologues, psychiatres et psychothérapeutes – de communiquer sans trop de problèmes dans le quotidien, par exemple dans le contexte d'un service de psychiatrie. Par contre, s'agissant de l'objet scientifique, nous constatons qu'il n'existe pas simplement une confusion au niveau du langage, mais aussi une « confusion au niveau de l'objet ».

4.1 La psychothérapie psychologique doit permettre de surmonter la « confusion autour de l'objet »

En général, lorsqu'on utilise les mêmes mots pour désigner des objets différents, on provoque des malentendus spectaculaires. On parle alors d'homonymie (une confusion entre des éléments lexicaux). En allemand, par exemple, le mot '*Hahn*' désigne à la fois un animal (le coq) et un objet (le robinet). En français, il y a également homonymie entre 'pot' et 'peau', même si dans ce cas leur orthographe permet de distinguer les deux mots. En fait, pour éviter toute confusion, nous nous servons du contexte interpréter les mots et, si besoin, de gestes ou de commentaires apporter des précisions.

La situation est beaucoup plus compliquée lorsque des homonymies ne sont pas identifiées en tant que telles. En effet, nous supposons alors que nous parlons de la même chose alors qu'en réalité, il s'agit de choses qui sont aussi différentes que le coq et le robinet. Nous avons constaté plus haut que la psychothérapie et les deux disciplines qui lui sont proches – psychologie expérimentale et psychiatrie biologique – ont des objets scientifiques très différents. Pour éviter toute homonymie, il faut d'abord prendre conscience de cette différence. Ce n'est bien sûr qu'un début, puisqu'il faut partir du principe que la confusion de termes existe au niveau de nombreux mots utilisés par les spécialistes des trois disciplines.

Pour permettre à ces derniers de mieux se comprendre, y compris au niveau scientifique, il faut effectuer tout un travail de traduction – dont on ne voit que rarement le besoin et qui est encore plus rarement pratiqué. Comment décider alors quel objet scientifique est lié à quel résultat des travaux de recherche ? Au lieu d'utiliser des critères scientifiques pour clarifier la situation, les spécialistes ont tendance à user de mécanismes comme l'influence, le prestige et le pouvoir pour imposer leur conception. De nombreux professeurs de psychologie ou de psychiatrie n'acceptent que ce qui a été « démontré » en fonction des critères qu'ils appliquent à leur objet et enseignent uniquement ces critères à leurs étudiants. Dans ce sens, les connaissances acquises par la science psychothérapeutique « tombent dans un trou », même lorsqu'elles sont très intéressantes, qu'elles ont été acquises de manière systématique et qu'elles sont logiquement fondées. Non pas qu'on leur oppose des arguments spécifiques, mais simplement parce que la conception de l'objet élaborée par les trois disciplines est différente. Que faire ?

Il faut que la psychothérapie devienne une discipline scientifique indépendante, qu'elle devienne une science psychothérapeutique. Il faut qu'elle « fasse ses devoirs » sans compter sur les deux disciplines voisines. Or, pour ce faire, elle a besoin de conditions cadres institutionnelles adéquates. Il s'agit là d'une visée que cherchent à réaliser les psychothérapeutes comme leurs groupements professionnels. Elle concerne à la fois la pratique, la recherche et l'élaboration d'une théorie puisque qu'il n'est pas possible d'utiliser les résultats des travaux de recherche menés par les deux autres disciplines. Il se peut que les données acquises par la psychologie expérimentale et la psychiatrie biologique puissent servir de cadre aux données acquises par la science psychothérapeutique ; mais elles ne peuvent pas les remplacer, que ce soit au niveau du *context of discovery* ou à celui du *context of proof*.

Aujourd'hui, la science psychothérapeutique (SP) dispose de tout un répertoire de méthodes de recherche – d'ordre avant tout qualitatif – qui lui permettent de satisfaire aux critères 'acquisition systématique de connaissances' et 'validité intersubjective' qui sont applicables à toute démarche scientifique (pour plus de détails, voir Fischer 2011, p. 107 ss.). Elle a déjà acquis des résultats fascinants et des connaissances qui permettent de mieux comprendre l'humain ; on ne peut pas lui reprocher de mener des recherches triviales – ce qui n'est pas forcément le cas s'agissant des résultats acquis par la psychologie expérimentale et la psychiatrie biologique (neurosciences). En résumé, nous ne pensons pas que la SP ait à se dissimuler sous le boisseau. Elle

n'a pas non plus de raison de ne pas s'émanciper par rapport à la psychologie (expérimentale). Par contre, il est urgent que les conditions institutionnelles soient créées qui lui permettraient d'effectuer cette démarche.

Auteurs

Gottfried Fischer, Prof. Dr.; psychanalyste ; directeur scientifique du Deutsches Institut für Psychotraumatologie (DIPT); directeur de l'Akademie für Integrative Psychotherapiewissenschaft und der deutschen Gesellschaft für Psychotherapiewissenschaft (DGPTW). Gottfried Fischer est décédé subitement le 2.10.2013.

Rosmarie Barwinski, PD Dr. phil.; psychanalyste, psychothérapeute ASP/FSP; chargée de cours à l'Université de Cologne ; étroite coopération avec le Deutsches Institut für Psychotraumatologie (DIPT) et la Haute École Steinbeis, Cologne; directrice de l'Institut suisse de psychotraumatologie (SIPT)

Correspondance

Rosmarie Barwinski
Heiligbergstrasse 38
CH-8400 Winterthur
Courriel: r.barwinski@swissonline.ch
www.psychotraumatologie-sipt.ch

Bibliographie

- Barwinski, R. (2009): Qualitative Methoden. Das Kölner Dokumentationssystem für Psychotherapie und Traumabehandlung. Forum der Psychotherapie, Heft 4, 151-160.
- Brandt, Reinhard (2011) Wozu noch Universitäten? Hamburg: Meiner
- Dennett, D. (1971): Intentional Systems. Journal of Philosophy 68, 87–106
- DGPT (15.3.2012) Stellungnahme des Geschäftsführenden Vorstands der DGPT zum Thema Psychotherapeutische Direktausbildung“ Über www.dgpt.de
- Fischer, G. (2008) Logik der Psychotherapie. Philosophische Grundlagen der Psychotherapiewissenschaft. Kröning: Asanger
- Fischer, G. (2011) Psychotherapiewissenschaft. Einführung in eine neue humanwissenschaftliche Disziplin. Gießen: Psychosozial
- Fischer, G., Eichenberg, Chr., van Gisteren. L. (2009) Warum eine eigenständige Psychotherapiewissenschaft dringend gebraucht wird. Gegen Trivialisierung und Bildungsverlust der Psychotherapie. Kröning: Asanger
- Fischer, G. & Möller, H. (2006). Psychodynamische Psychologie und Psychotherapie im Studiengang Psychologie. Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft. Kritischer Kommentar zur Festschrift anlässlich des 100jährigen Jubiläums der Deutschen Gesellschaft für Psychologie DGPs. Kröning: Asanger
- Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2000): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994, 2001): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen (Hogrefe)
- Greve W., Greve, G. (2009) Psychotherapie im Zeichen des Wandels: Einheit in der Vielfalt. In: Psychotherapeutenjournal 4, 366-372
- Griesinger, W. (1845): Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Stuttgart (Krabbe)
- Kuhn, Th. (1973): Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt/M. (Suhrkamp)
- Lakatos, I. (1977) The methodology of scientific research programs. Philosophical Papers Vol. 1. Cambridge: University Press
- van Deurzen, E., Smith D.L. (1996) Ist die Psychotherapie eine eigenständige wissenschaftliche Disziplin? In: A. Pritz (Hrg.) Psychotherapie - eine neue Wissenschaft vom Menschen. Wien, New York: Springer, 19-43.

Rezension

Margit Koemeda

Wolfgang Senf, Michael Broda (Hrsg.): Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch

1996, 5. vollständig überarbeitete Auflage, 2012. Stuttgart: Thieme. €120.-

Kolleginnen und Kollegen, die Abstand nehmen wollen von ihrem klinischen Arbeitsalltag oder den Anstrengungen der Berufspolitik, sei dieses Buch wärmstens empfohlen. Es ist den Herausgebern gelungen, eine beeindruckende Reihe von namhaften Autoren für ihr Projekt zu gewinnen. Und es handelt sich nicht, wie allenthalben bei Büchern mit multipler Autorenschaft, um ein Sammelsurium unverbundener Selbstdarstellungen, sondern die beteiligten AutorInnen scheinen tatsächlich in einen gemeinsamen Diskurs eingebunden zu sein, der das weite Feld psychotherapeutischer Theorie und Praxis in angenehm kohärenter Weise einerseits und in seiner beeindruckenden Vielfalt und Komplexität andererseits abzubilden versucht.

Hier allerdings setzt auch ein wesentlicher Kritikpunkt an: Wer mit dem Anspruch „alle die Psychotherapie betreffenden Gesichtspunkte“ (S. 2) zu behandeln, antritt, programmiert sein partielles Scheitern selbst vor. Wenn M. Geyer in seinem geschichtlichen Beitrag (Kap. 2) die Anfänge der Psychotherapie in Form von schamanistischen Praktiken auf vor 40000 Jahren(!) zurückdatiert, dann sollte das Buch etwas expliziter und transparenter deklarieren, welche „anderen Therapieverfahren“ (Hinweis auf eine verlagsinterne, leider nicht öffentlich zugängliche Website, Seite VI im Vorwort zur 3. und 4. Auflage 2007: www.thieme.de/specials/senf-broda) es ausgrenzt. Im Text auf dem rückwärtigen Einband ist die Rede davon, dass im Buch „das gesamte Spektrum der psychotherapeutischen Verfahren“ (...) „detailliert und systematisch aufgeführt“ werde.

Und das stimmt leider nicht: Mindestens ein Zweig psychotherapeutischer Theorie- und Modellbildung bleibt gänzlich unerwähnt: Körperpsychotherapie. Und dies, obwohl es einschlägige deutsche (Deutsche Gesellschaft für Körperpsychotherapie, DGK, gegr. 1994), europäische (European Association for Body Psychotherapy, EABP, 50 Ausbildungsinstitute und Verbände, gegr. 1987) sowie amerikanische (The United States Association for Body Psychotherapy, USABP, gegr. 1996) Dachorganisationen gibt, die Literatur zum Thema inzwischen einen beachtlichen Umfang aufweist (Geuter 1998, 2002) und auch das sich hartnäckig haltende Vorurteil, dass es zu diesem Bereich keine empirische Forschung gebe, mittlerweile deutlich widerlegt ist (Übersicht s. Röhrich 2009).

Körperpsychotherapeutische Verfahren machen in der Praxis, im ambulanten (mit 11% die dritthäufigste Hauptmethode in der Schweiz, Schweizer et al. 2002), wie auch im stationären Bereich einen signifikanten Anteil aus. Es darf vermutet werden, dass sich die Herausgeber von der berufspolitischen Situation in der BRD (über deren Interessen geleitete Verzerrungen verschiedentlich geschrieben wurde, z.B. Koemeda-Lutz 1996, Hartmann-Kottek 2011) verleiten ließen, die vom deutschen wissenschaftlichen Beirat anerkannten Verfahren als „Gesamtspektrum“ auszugeben. Das gesamte Teilspektrum der körperpsychotherapeutischen Methoden, aber auch Kunst- und Ausdrucksorientierte Verfahren wurden skotomisiert.

Zum Inhalt des Buches:

In 7 Hauptkapiteln wird

- in Kapitel 1: Was ist Psychotherapie? der Gegenstandsbereich definiert, werden
- in Kapitel 2 die in der Neurobiologie, der allgemeinen, der Sozialpsychologie, in Entwicklungs- und Persönlichkeitstheorien, der Bindungstheorie, sowie in der therapeutischen Beziehung wurzelnden Grundlagen von Psychotherapie expliziert; zusätzlich werden Psychotherapieforschung, Dokumentation und Qualitätssicherung als konstituierende Bestandteile der Weiterentwicklung von psychotherapeutischer Theorie und Praxis dargestellt.
- In Kapitel 3 werden fünf verschiedene Therapietheorien abgehandelt: eine psychoanalytische, eine psychodynamische, eine verhaltenstherapeutische, eine systemische und eine humanistische (wie bereits ausgeführt, ist diese Aufzählung nicht vollständig).
- Es folgt ein weiteres Haupt-Kapitel (4) über Diagnostik: psychodynamische, verhaltenstherapeutische und Testdiagnostik.
- Im 5. Kapitel werden schließlich umfassende Erklärungsmodelle, diagnostische Vorgehensweisen, sowie Behandlungsempfehlungen zu den großen psychopathologischen (einschließlich Persönlichkeits-, psychosomatischen und somatoformen) Störungen gegeben, von A wie „Asthma bronchiale“ bis Z wie „Zwang“.
- In Kapitel 6 werden entsprechende Darstellungen und Empfehlungen für besondere Problemstellungen (z.B. Psychotherapie mit Migranten, Notfälle) gegeben. Das Buch schließt mit „Rahmenbedingungen der Berufspraxis“. Hier werden Informationen zu gesundheitspolitischen Grundlagen, zu Krankenversicherungsfragen, (sozial-) rechtlichen Rahmenbedingungen und ethischen Richtlinien vermittelt.
- Ein umfangreiches Literatur- und Sachverzeichnis im Anhang erweist sich sowohl für an Theorie und Forschung, wie auch an praktischen Fragen Interessierte als sehr nützlich.

Insgesamt handelt es sich um ein sehr gewichtiges Buch – inhaltlich, aber auch materiell: Es bringt knapp 2.5 kg auf die Waage und umfasst 848 Seiten. Es eignet sich daher weniger als leichte Urlaubslektüre. Die meisten Beiträge sind dicht geschrieben und verlangen ihren LeserInnen volle Konzentration ab; deshalb lege man das Buch mit Vorteil auf einen Schreibtisch, so wie es sich für ein Lehrbuch gehört.

Seine Lektüre wird weder eine umfangreiche Selbsterfahrung für angehende TherapeutInnen ersetzen können, noch das geduldige Sammeln von Erfahrungen in der Anwendung der erlernten Methode unter Supervision. Ein theoretisches Fundament und einen orientierenden Kontext für die Einordnung erworbener Erfahrungen bietet das Buch aber in hohem Maße. Erfahrenen PsychotherapeutInnen kann es als Nachschlagewerk für eine Vielzahl von klinischen Problemstellungen, für Fragen zu den Rahmenbedingungen unserer Arbeit, wie auch als Fundgrube für bibliografische Hinweise zu den verschiedensten für unsere Arbeit relevanten Themen dienen.

Literatur

- Geuter, U (1998; 2002) Deutschsprachige Literatur zur Körperpsychotherapie: Eine Bibliografie; Verlag: U. Leutner. ISBN-10: 3922389864; ISBN-13: 978-3934391062
- Hartmann-Kottek L (2011) Wissenschaftliche Neutralität ins Psychotherapeutengesetz! ZRP Zeitschrift für Rechtspolitik, Heft 2/2011, S. 55-57, Verlag C.H.Beck, München und Frankfurt
- Koemeda-Lutz M (1996) Es gibt mehr Dinge im Himmel und auf Erden. In: Psychotherapie Forum (Suppl.) 4 (2) 89-92
- Röhricht, F (2009) Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based practice: A clinical perspective. In: Body, Movement and Dance in Psychotherapy,4:2,135-156
- Schweizer M, Buchmann R, Schlegel M, Schulthess P (2002) Struktur und Leistung der Psychotherapieversorgung in der Schweiz. In: Psychologie Forum 10: 127-146

Rezension

Helen Schmid Blumer

Jean–Michel Quinodoz: Freud lesen: Eine chronologische Entdeckungsreise durch sein Werk

Psychosozial - Verlag Giessen, 2011. ISBN 978-3-89806-782-9. Euro (D): 39.90, Euro (A): 41.10, SFr. ca. 50 – 60.
Titel der Originalausgabe: Lire Freud. Presses Universitaires de France, 2004.

Dieses klar strukturierte Werk ist die Frucht einer chronologischen Lektüre sämtlicher Freud-Texte im Rahmen eines Ausbildungsseminars in Genf. Wozu aber diese Herkules-Arbeit? Üblicherweise wählt der Leser einen einzelnen Freud-Text aus, um sich in ihn zu vertiefen. Die Erfahrung zeigt aber, dass dabei leicht der Überblick verloren geht. Der grosse Vorteil einer chronologischen Lektüre besteht darin, dass der Leser die Entwicklung des freudschen Denkens über Jahrzehnte hinweg mitverfolgen kann. Er schaut Freud praktisch über die Schulter und beobachtet, wie er Begriffe und Theorien entwickelt, verändert, erweitert oder auch mal verworfen hat.

Im ersten Teil der Kapitel führt Quinodoz den Text kurz ein und stellt ihn in den historischen Kontext. Der freudsche Text wird eingebettet in den historischen, medizingeschichtlichen und biographischen Zusammenhang, so dass der Leser eine Verbindung herstellen kann zwischen dem Text, der Person Freud und der Zeitgeschichte. Im zweiten Teil der Kapitel erfolgt eine Darstellung und Erklärung des Freud-Textes, gefolgt von einer Chronologie der freudschen Begriffe. Der Autor nimmt den Leser an die Hand und zeigt ihm anhand von Vor- und Rückblenden den Stand und Stellenwert der zur Diskussion stehenden freudschen Theorie auf. Wo es notwendig erscheint, wird das Kapitel durch die Darstellung der postfreudianischen psychoanalytischen Theorien ergänzt.

Die Lektüre dieses Buches eignet sich bestens als Einstieg für Neulinge, die einen Zugang zu Freuds Theorie suchen. Aber es bietet auch dem Freud-Kenner viele Anregungen und hilft ihm, den roten Faden nicht zu verlieren. Selbstverständlich kann die Lektüre dieses Buches nicht das Studium der freudschen Originaltexte ersetzen. Aber, wie Quinodoz sagt: "Es handelt sich um den Bericht von einer Expedition, der uns bei unseren eigenen inneren Forschungen als Führer dienen kann, bis wir unseren eigenen Weg gefunden haben" (s. 445).