

Herausgegeben von der Schweizer Charta für
Psychotherapie in der Assoziation Schweizer
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten



Psychotherapie-Wissenschaft Science Psychothérapeutique

WWW.PSYCHOTHERAPIE-WISSENSCHAFT.INFO

Psychotherapieforschung

Recherche en psychothérapie

Herausgegeben von Rosmarie Barwinski und Mario Schlegel

9. Jahrgang

Heft 2 / 2019

ISSN 1664-9583



Psychosozial-Verlag

Impressum

Psychotherapie-Wissenschaft
ISSN 1664-9583 (Print-Version)
ISSN 1664-9591 (digitale Version)
9. Jahrgang Heft 2/2019
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2>

Herausgeber

Schweizer Charta für Psychotherapie in der Assoziation
Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Geschäftsstelle ASP
Riedtlistr. 8
CH-8006 Zürich
Tel. +41 43 268 93 00
www.psychotherapie.ch

Redaktion

Rosmarie Barwinski, Zürich
Nicola Gianinazzi, Lugano
Margit Koemeda, Zürich
Mario Schlegel, Zürich
Peter Schulthess, Zürich

info@psychotherapie-wissenschaft.info
www.psychotherapie-wissenschaft.info

Hinweise für AutorInnen befinden sich auf der Homepage
der Zeitschrift: www.psychotherapie-wissenschaft.info

Verlag

Psychosozial-Verlag
Walltorstr. 10
D-35390 Gießen
+49 6421 96 99 78 26
info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Abo-Verwaltung

Psychosozial-Verlag
bestellung@psychosozial-verlag.de

Bezugsgebühren

Jahresabonnement 44,90 € (zzgl. Versand)
Einzelheft 24,90 € (zzgl. Versand)
Studierende erhalten gegen Nachweis 25 % Rabatt.
Das Abonnement verlängert sich um jeweils ein Jahr, sofern
nicht eine Abbestellung bis acht Wochen vor Ende des Bezugs-
zeitraums erfolgt.
ASP-Mitglieder wenden sich wegen des Abonnements bitte
direkt an die ASP.

Anzeigen

Anfragen zu Anzeigen bitte an den Verlag:
anzeigen@psychosozial-verlag.de
Es gelten die Preise der auf www.psychosozial-verlag.de
einsehbaren Mediadaten.
ASP-Mitglieder wenden sich bitte direkt an die Redaktion.

Digitale Version

Die Zeitschrift Psychotherapie-Wissenschaft ist auch online
einsehbar: www.psychotherapie-wissenschaft.info



Die Beiträge dieser Zeitschrift sind unter der Creative Commons
Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 DE Lizenz lizenziert.
Diese Lizenz erlaubt die private Nutzung und unveränderte
Weitergabe, verbietet jedoch die Bearbeitung und kommerzielle
Nutzung. Weitere Informationen finden Sie unter:
creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de

Inhalt

Editorial	5	Experimentelle Einzelfallstudien: eine Alternative zu randomisierten kontrollierten Studien?	70
Éditorial	8	Étude expérimentale de cas particuliers : une alternative aux études contrôlées randomisées ?	72
<i>Rosmarie Barwinski & Mario Schlegel</i>		<i>Agnes von Wyl & Aureliano Cramer</i>	
Titelthema:			
Psychotherapieforschung		Das AGUST-Projekt	74
Thème principal:		Analyse von Gemeinsamkeiten und Unterschieden schulspezifischer Psychotherapieverfahren	
Recherche en psychothérapie		Le projet AGUST	85
		Analyse des convergences et des divergences entre des procédés psychothérapeutiques spécifiques à des écoles	
Der Wissenschaftsbegriff der Psychotherapiewissenschaft	13	<i>Cornelia Stegmann, Rosmarie Barwinski, Katrin Hartmann, Mario Schlegel & Agnes von Wyl</i>	
Le concept de science de la science psychothérapeutique	18		
<i>Markus Erismann</i>		Reflexionen zur Passung zwischen Praxis und Forschung	87
Akademische Psychotherapie, Psychotherapiewissenschaft und Experimentalhermeneutische Laborforschung	20	Réflexions sur la compatibilité entre la pratique et la recherche	92
Eine Ergänzung zu Markus Erismanns «Der Wissenschaftsbegriff der Psychotherapiewissenschaft»		<i>Maria Teresa Diez Grieser</i>	
Psychothérapie académique, science de la psychothérapie et recherche herméneutique expérimentale en laboratoire	29	Some contributions on the topic of research published in the Italian journal <i>Psicoterapia e Scienze Umane</i> («Psychotherapy and the Human Sciences»)	94
Un complément à « La notion scientifique de la science de la psychothérapie » de Markus Erismann		Alcune pubblicazioni sul tema della ricerca apparse sulla rivista <i>Psicoterapia e Scienze Umane</i>	
<i>Kurt Greiner</i>		<i>Paolo Migone</i>	
Psychotherapie und Wissenschaft: eine Nabelschau?	31	Somatoforme Störungen in Humanistischer und Körperpsychotherapie	98
Psychothérapie et science : un nombrilisme ?	41	Troubles somatoformes en psychothérapie corporelle et humaniste	107
<i>Gerhard Burda</i>		<i>Jörg Clauer</i>	
«Evidenzbasierung» als Kriterium der Psychotherapie-Selektion?	42	Kongressbericht	109
Über eine gutes Konzept – und seine missbräuchliche Verwendung		<i>Peter Schulthess</i>	
Le « fondement par les preuves » comme critère de la sélection de la psychothérapie ?	51	Buchbesprechungen	
À propos d'un bon concept – et de son usage abusif		B. E. Wampold, Z. E. Imel & C. Flückiger (2018). Die Psychotherapie-Debatte.	
<i>Jürgen Kriz</i>		Was Psychotherapie wirksam macht	111
Beforschung von Gestalttherapie bei Angststörungen in Praxisumgebungen	53	<i>Peter Schulthess</i>	
Ein experimentelles Einzelfall-Design		Daniel Goleman & Richard J. Davidson (2017). <i>Altered Traits. Science Reveals How Meditation Changes Your Mind, Brain, and Body</i>	113
<i>Pablo Herrera, Illia Mstibovskiy, Jan Roubal & Philip Brownell</i>		<i>Felix Hürlimann</i>	
		Theodor Itten (2018). <i>Schweigen. Von der Kunst der Stille bis zur befohlenen Ruhe</i>	114
		<i>Volker Tschuschke</i>	

Editorial

Neben aktueller Forschung beschäftigt sich dieses Heft mit der Wissenschaftstheorie der Psychotherapie, die sich als eigenständige Wissenschaft positioniert. Damit nehmen wir direkten Bezug auf den Titel unserer Zeitschrift *Psychotherapie-Wissenschaft* und auf den Kern der Schweizer Charta für Psychotherapie.

Der Beginn der Bewegung, Psychotherapie als eigenständige Wissenschaft aufzufassen, geht auf die Strassburger Deklaration im Jahre 1990 zurück (vgl. Buchmann, 2015), in deren Folge die Charta formuliert wurde. Sie ist seither einem dauernden Diskurs unterworfen und wurde in der zehnten Revision 2016 der aktuellen Entwicklung angepasst. In unserer Zeitschrift *Psychotherapie-Wissenschaft* sind kontinuierlich Beiträge zum Thema Psychotherapie als eigenständige Wissenschaft erschienen. In diesem Heft stellen wir die Fortsetzung eines früheren Beitrages des Philosophen Markus Erismann (2016) vor, in dem er über den Wissenschaftsbegriff der Psychotherapiewissenschaft reflektiert. Wir möchten damit sowie mit zwei darauffolgenden Kommentaren eine Diskussion zu diesem Thema eröffnen. Bei den beiden Kommentatoren handelt es sich um Kurt Greiner, Professor für Psychotherapiewissenschaft an der Sigmund-Freud-PrivatUniversität in Wien (SFU), und um Gerhard Burda, ebenda habilitiert, Philosoph, Analytiker und Mitglied der Wiener Lacan-Schule sowie Buchautor zu Themen an den Schnittstellen von Philosophie sowie Psycho- und Medienanalyse.

Greiners Kommentar beruht auf dem Hintergrund des Konstruktiven Realismus, der von Friedrich Wallner in Wien entwickelt wurde. Seine Stellungnahme beinhaltet eine wesentliche Erweiterung der Argumentation Erismanns, deren Zentrum der gemeinsame, dialogische Reflexionsprozess von Patient*in und Therapeut*in sei, aus dem dieser die Eigenständigkeit und Wissenschaftlichkeit der Psychotherapie ableite. Wird die Reflexion lediglich auf den psychotherapeutischen Prozess bezogen, verkürze sie sich nach Greiner auf die Ebene des technischen Handelns. Dies sei aber kein überzeugendes wissenschaftstheoretisches Abgrenzungsmerkmal gegenüber anderen Wissens- und Praxisformen. Die Verstehenswerkzeuge des Auslegens, Deutens und Interpretierens hätten auch in esoterischen Praxen eine wissensgenerierende Funktion inne. Diesem Wissen in technisch funktionaler Hinsicht sei Erkenntnis in kritisch reflexiver Sicht hinzuzufügen. Dabei gehe es um die systematische Produktion vertiefter Einsichten in die Theorien der verschiedenen Therapieschulen, die mit wissenschaftshermeneutischen Strategien kritisch zu untersuchen seien. Die Psychotherapie sei wegen ihrer multiparadigmatischen Praxisstruktur in einer günstigen Position, weil dadurch in systematischen Quervergleichen die jeweils zugrundeliegenden Paradigmen in Beziehung gesetzt werden können. An der SFU entwickelte Greiner zusammen mit Martin Jandl eine experimentalhermeneutische Laborforschung, die eine

systematische Produktion von Wissen über Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Therapieschulen erlaubt und der Akademisierung der Psychotherapiewissenschaft von Nutzen ist.

Als Beispiel zur Beschreibung solcher Untersuchungen nimmt er einen Vergleich der Strukturalen Psychoanalyse (nach Lacan) mit der Transaktionsanalyse vor. Das «hinter dem «sich wissenden Ich» verborgene[...] «andere Subjekt» bei Lacan (zit. n. Pagel, 1991, S. 24) wird dabei auch in der Transaktionsanalyse gesucht. Dabei wird ein sehr präzises strukturiertes Vorgehen angewendet, das die Prämissen beider Schulen aufzudecken vermag, damit die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in ihrer Tiefe erfasst und beschrieben werden können. Dieses auf dem Konstruktiven Realismus basierende Instrument diene der wissenschaftstheoretischen Begründung der Psychotherapie als genuine Einzelwissenschaft. Der Status als genuine Einzelwissenschaft ist für die Weiterentwicklung der Psychotherapie von grösster Bedeutung. Wir begrüßen darum den Beitrag aus Wien.

Burdas Kommentar erfolgt auf dem Hintergrund der Phänomenologie und ihrer Weiterentwicklungen bis hin zu dem von ihr beeinflussten Post-Strukturalismus Lacans. Er kommentiert sowohl den aktuellen Beitrag als auch die Arbeit Erismanns von 2016 in dieser Zeitschrift. Damit schliesst er eine Lücke, denn zu diesem Aufsatz hat es bisher keine Kommentare gegeben. Erismann wies darin auf das Erfordernis einer hohen Methodizität hin, wenn Psychotherapie als eigenständige Wissenschaft anerkannt werden soll. Als Basis der Methodizität einer Wissenschaft bezeichnet er ihre Selbstreflektiertheit. Die Psychotherapie sei dazu prädestiniert: «Weil die psychotherapeutische Situation durch methodische Selbstreflexion gekennzeichnet ist, liegt es nahe, dass der Psychotherapiewissenschaftler über ein ausgeprägtes Bewusstsein der methodischen und methodologischen Selbstreflexion verfügt» (Erismann, 2016, S. 6). Der Psychotherapie fehle aber «ein schulumfassender wissenschaftstheoretischer Rahmen» (ebd.). Burda folgert, dass es somit keine neutrale, metatheoretische Basis gebe, die die Selbstreflexivität der Psychotherapieschulen anleiten könnte. Die Selbstreflexivität gründe somit auf einer Basis, die sich die Schulen selbst gegeben hätten. Das sei ein klassischer Gegenstand-Methode-Zirkel.

Greiners Stellungnahme zur Arbeit Erismanns in diesem Heft und Burdas Kommentar zur Arbeit von 2016 beinhalten im Grunde dieselbe Kritik, nämlich die Problematik der Selbstreflexion ohne äusseren Bezugspunkt. Der fehlende archimedische Punkt ist grundsätzlich ein Problem jeder Wissenschaft, was in der Psychotherapie besonders sichtbar wird. Der Konstruktive Realismus versucht dieses Problem abzumildern, indem er bestimmte Punkte unterschiedlicher Verfahren miteinander ins Verhältnis setzt und gleichsam Punkte untersucht, die das Potenzial haben, sich gegenseitig «aus den Angeln

zu heben». Ob sich die «Katze hier nicht auch in den eigenen Schwanz beisst», muss jedes Mal untersucht werden, da die Psychotherapieschulen nicht unabhängig voneinander entstanden sind und historisch gemeinsame Wurzeln haben (vgl. Tschuschke et al., 2016).

Für Burda stellt sich bei der Auseinandersetzung mit der Arbeit Erismanns die Frage, ob es um eine eigenständige wissenschaftliche Disziplin gehe oder darum, was Psychotherapie unter Wissenschaft versteht bzw. wie sie sich selbst als Wissenschaft erfasst. Erismann meine wohl Letzteres, dass Psychotherapie nicht nur ein spezifisches Heilverfahren, sondern auch eine Wissenschaft sei; dies aber nicht in einem allgemeinen theoretischen Sinn, wo das Subjektive, Individuelle und Widersprüchliche im Vergleich mit allgemeinen wissenschaftlichen Kriterien wie Objektivität, Überprüfbarkeit und Intersubjektivität eingeschätzt werden müsste.

Burdas eigene Gedanken gehen in die Richtung, dass jeder Wissenschaft eine inhärente Selbstdifferenzierung eigen sei und sie prinzipiell nicht ohne subjektiven Faktor auskomme. Am Beispiel der Geschichte der Wissenschaftstheorie zeigt er auf, dass beides der Fall sei. Für ein allgemeines Verständnis von Wissenschaft sei es relevant, dass dies in Betracht gezogen werden muss, auch wenn es darum geht, einen relevanten Wissenschaftsbegriff für die Psychotherapiewissenschaft zu formulieren.

Man mag Burdas Reflexionen als Praktiker*in gern zustimmen. Es muss aber bezweifelt werden, dass diejenigen Wissenschaften, deren inhärente Subjektivität kaum sichtbar ist, sie auf sich selbst anwenden werden, zumal sie die vermeintliche Eindeutigkeit der eigenen Begriffe infrage stellen müssten. Benennen müssen wir das Problem trotzdem, die wissenschaftstheoretischen Beiträge in diesem Heft bieten den nötigen differenzierten und philosophischen Tiefgang dafür.

Es ist zu hoffen, dass die Weiterführung der in diesem Heft eröffneten Kontroverse zu einem konstruktiven Beitrag bei der Etablierung der Psychotherapie als eigenständige Wissenschaft führen wird. Kommentare aus dem Kreis der Leser*innen sind erwünscht!

Nach der wissenschaftstheoretischen Diskussion widmen sich die drei folgenden Beiträge methodischen Fragen. Jürgen Kriz stellt das Konzept der Evidenzbasierung und vor allem seine Reduktion auf RCTs infrage. Zwar ist das RCT-Design durchaus ein hervorragendes Modell zur Untersuchung experimenteller Forschungsfragen, aber nur dann, wenn klar definierbare Ursachen und ebenso klar definierbare Wirkungen hinreichend isolierbar sind und sie dabei die Untersuchungsrealität brauchbar abbilden. Je grösser der Handlungsspielraum zur Gestaltung der Ursachen (Interventionen) ist und je komplexer die relevanten Wirkungen sind, desto weniger tauglich ist dieser Ansatz.

Pablo Herrera und Kollegen stellen in ihrem Artikel einen methodischen Ansatz dar, der als Alternative für RCTs diskutiert wird: Single-Case Time Series. Grundlage für experimentelle Einzelfallentwürfe sind wiederholte Messungen in relevanten Bereichen während des gesamten Behandlungsverlaufs. Wiederholte Messungen ermöglichen die Abschätzung der Variabilität innerhalb eines

Falls im Zeitverlauf, um Information über die Behandlung, Messfehler und Fremdfaktoren in einem Zeitreihenansatz erfassen zu können. Agnes von Wyl und Aureliano Cramerer diskutieren diesen Ansatz aus methodischer Sicht und geben eine Einschätzung, wie diese Methode in Fachkreisen beurteilt wird.

Die Wissenschaftskommission der Schweizer Charta für Psychotherapie hat zusammen mit der Zürcher Hochschule für angewandte Psychologie (ZHAW) in diesem Jahr ein Projekt abgeschlossen, das dem Bereich der Prozessforschung zuzuordnen ist. Mit dem Thema Schulvergleich geht es in dieselbe Richtung, wie sie Greiner mit einer systematischen Produktion von Wissen über Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Therapieschulen vertritt.

Die Analyse von Gemeinsamkeiten und Unterschieden schulspezifischer Psychotherapieverfahren (AGUST) von Cornelia Stegmann und Kolleg*innen ging von einer Anordnung aus, bei der Vertreter*innen verschiedener Psychotherapieverfahren gemeinsam ein Lehrvideo über eine spezifische Methode analysiert haben. In einem systematischen Vorgehen gaben sie als Gruppe (nach Hauptströmung ihrer Therapierichtung eingeteilt) eine Beurteilung des Therapieprozesses ab und nannten ihre möglichen Interventionen, wenn sie die Therapie durchgeführt hätten, sowie deren Begründung aus schultheoretischer Sicht. In der qualitativen Auswertung bestätigte sich die Hypothese, dass die theoretischen Unterschiede grösser sind als das praktische Vorgehen in der Therapie.

Forschungsberichte müssen nicht nur Anschluss an den aktuellen Diskurs in der Psychotherapie halten, sondern sich auch für die Umsetzung der Resultate in der Praxis eignen. Zu diesem Thema äussert sich Maria Teresa Diez Grieser. In ihrem Artikel spricht sie den *science-practice gap* an, der dazu führe, dass Forschungsergebnisse falsch oder nur teilweise in der Praxis Eingang fänden. Anhand zweier Beispiele – der Bindungstheorie und der Traumaforschung – illustriert die Autorin, dass Forschungsergebnisse konkretistisch übernommen werden oder zu Fehlinterpretationen im praktischen Feld führen können:

«Beide Beispiele verdeutlichen, dass es der Forschung häufig nicht gelingt, ihre Ergebnisse so aufzubereiten, dass Praktizierende deren Validität und die Grenzen der Anwendung in der Praxis nachvollziehen können. Praktizierende ihrerseits haben entweder zu wenig zeitliche Ressourcen für eine vertiefte Auseinandersetzung mit Forschungsthemen und/oder zu wenig Wissen, um die Befunde in ihrer praktischen Relevanz und Umsetzbarkeit einzuordnen.»

Sie schlägt vor, «dass etwas Drittes gebraucht wird, das zwischen den beiden Welten vermitteln kann.» Die Wissenschaftskommission der Charta sowie die Zeitschrift *Psychotherapie-Wissenschaft* haben diese Aufgabe bereits zum Teil übernommen. Wie dieser Prozess systematisch unterstützt werden könnte, bedarf jedoch weiterer Diskussion.

Im Anschluss weist Paolo Migone wie immer auf Forschungsarbeiten hin, die im italienischen *Journal Psicoterapia e Scienze Umane* veröffentlicht wurden.

Jörg Clauers Artikel wurde als freier Beitrag aufgenommen. Der Autor beschreibt die Behandlung von somatoformen Störungen aus der Sicht der Körper- und Humanistischen Psychotherapie. Dabei geht er davon aus, dass jene Störungen auf eine frühe Störung zurückzuführen sind, bei der das Körper selbst nicht mit Emotionen im Beziehungserleben und deren Versprachlichung verknüpft wurde. Daher ist eine Förderung der Körperwahrnehmung aus dieser Sicht die grundlegende Basis für eine Heilung, die das Selbsterleben neu erfahren lässt. Nöte und Konflikte finden andere Ausdrucksformen und schliesslich auch gemeinsame Worte, die berühren. Schmerzen oder körperliches Leiden können äusseren Gegenständen oder Hilfspersonen zugeschrieben und neue sinnvollere Kontaktformen eingeübt werden.

Ein Bericht vom 50. Jahreskongress der Society for Psychotherapy Research zum Thema «The Future of Psy-

chotherapy Research: Building on our 50 Year Legacy» in Buenos Aires vom 3. bis zum 6. Juli 2019 von Peter Schulthess sowie drei Buchbesprechungen runden das Heft ab.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre!

Rosmarie Barwinski & Mario Schlegel

Literatur

- Buchmann, R. (2015). 25 Jahre «Strassburger Deklaration». *à jour! – Psychotherapie Berufsentwicklung*, 1(2), 15–17.
- Erismann, M. (2016). Wissenschaftstheoretische Überlegungen zur Psychotherapiewissenschaft. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 6(1), 6–16.
- Pagel, G. (1991). *Lacan zur Einführung*. Hamburg: Junius.
- Tschuschke, V., von Wyl, A., Koemeda-Lutz, M., Cramer, A., Schlegel, M. & Schulthess, P. (2016). Bedeutung der psychotherapeutischen Schulen heute. Geschichte und Ausblick anhand einer empirischen Untersuchung. *Psychotherapeut*, 61(1), 54–65. <https://doi.org/10.1007/s00278-015-0067-y>

Éditorial

Outre la recherche actuelle, ce cahier traite de la théorie scientifique de la psychothérapie, qui se positionne comme une science à part entière. Notre titre fait ici directement référence à notre revue *Psychotherapie-Wissenschaft* (Science de la psychothérapie) et à ce qui constitue le cœur de la charte suisse pour la psychothérapie.

La tendance visant à considérer la psychologie comme une science à part entière remonte à la déclaration de Strasbourg de 1990 (cf. Buchmann, 2015), à la suite de laquelle la charte a été formulée. Elle fait depuis l'objet d'une discussion permanente et a été adaptée aux évolutions actuelles dans sa dixième révision de 2016. Des contributions à la question de la psychothérapie en tant que science à part entière n'ont cessé de paraître dans notre revue *Psychotherapie-Wissenschaft*. Nous présentons dans ce cahier la suite d'une contribution précédente du philosophe Markus Erismann (2016), dans laquelle celui-ci expose sa réflexion sur la notion scientifique de la science de la psychothérapie. Nous aimerions que ce texte, ainsi que deux autres commentaires à paraître, lancent une discussion à ce sujet. Les deux commentateurs sont en l'occurrence Kurt Greiner, professeur de science de la psychothérapie à l'Université Privée Sigmund Freud à Vienne (SFU), et Gerhard Burda, habilité dans la même institution, philosophe, analyste et membre de l'École Lacan de Vienne, et auteur de livres sur les sujets relatifs aux interfaces existant entre la philosophie et l'analyse psychologique et médiatique.

Le commentaire de Greiner s'appuie sur le fond de la pensée du réalisme constructif, qui a été développée par Friedrich Wallner à Vienne. Sa prise de position consiste à élargir considérablement l'argumentation d'Erismann, qui repose pour l'essentiel sur le processus de réflexion commune sous forme de dialogue entre le patient ou la patiente et le ou la thérapeute, dont se déduit le caractère autonome et scientifique de la psychothérapie. Se contenter de faire porter cette réflexion sur le processus psychothérapeutique, expose Greiner, rétrécit cette dernière au seul plan de l'action technique. Cette approche ne permettrait cependant en aucun cas de tracer une limite convaincante, au plan de la théorie scientifique, avec d'autres formes de savoirs et de pratiques. Les outils permettant de comprendre, de donner un sens et d'interpréter contiendraient dans leur essence une fonction productrice de connaissance, même dans les pratiques ésotériques. Il serait indispensable, du point de vue de la fonctionnalité technique, d'ajouter les constats de la réflexion critique à ce savoir. Le point essentiel consisterait cependant à exposer de façon systématique des points de vue approfondis sur les théories des différentes écoles thérapeutiques et de les examiner de façon critique avec des stratégies herméneutiques scientifiques. La psychothérapie se trouverait ici, du fait de sa structure de pratique multi-paradigmatique, dans

une position favorable parce qu'elle permet de mettre en relation ses différents paradigmes sous-jacents dans le cadre de comparaisons croisées systématiques. Greiner a, avec Martin Jandl, développé à la SFU une recherche en laboratoire herméneutique expérimentale qui permet d'obtenir de façon systématique des connaissances sur les points communs et les différences existant entre écoles thérapeutiques, en servant ainsi l'objectif d'académiser la science de la psychothérapie.

Pour décrire de telles investigations, il prend comme exemple une comparaison de la psychanalyse structurale (d'après Lacan) avec l'analyse transactionnelle. L'« autre sujet » caché [...] derrière le « Moi se connaissant » chez Lacan (cit. d'ap. Pagel, 1991, p. 24) est ici également recherché dans l'analyse de transactionnelle. Dans ce cadre, on applique une démarche structurée très précise, susceptible de découvrir les prémisses des deux écoles afin de pouvoir appréhender et décrire en profondeur les convergences et les divergences. Cet instrument basé sur le réalisme constructif sert à justifier, au plan de la théorie scientifique, la raison pour laquelle la psychothérapie doit être considérée comme une authentique science à part entière séparée. Le statut d'authentique science à part entière revêt une grande importance pour la poursuite du développement de la psychothérapie. C'est la raison pour laquelle nous saluons cette contribution viennoise.

Le commentaire de Burda s'inscrit dans le contexte de la phénoménologie et de ses développements ultérieurs jusqu'au poststructuralisme de Lacan qu'elle a influencé. Burda commente à la fois la contribution actuelle et le travail accompli par Erismann en 2016 dans cette revue. Il comble ainsi une lacune, car ce texte n'avait jusque-là suscité aucun commentaire. L'exposé d'Erismann avait attiré l'attention sur le fait que la reconnaissance de la psychothérapie comme science à part entière exigeait une méthodité irréprochable. Il avait désigné son caractère autoréfléchi comme constituant la base de la méthodité. La psychothérapie y serait prédestinée : « Parce que la situation psychothérapeutique se caractérise par une autoréflexion méthodique, il va sans dire que le scientifique spécialisé en psychothérapie est profondément conscient de la question de l'autoréflexion méthodique et méthodologique » (Erismann, 2016, p. 6). Il manque cependant à la psychothérapie « un cadre scientifique théorique englobant toutes les écoles » (ibidem). De cela, Burda tire la conclusion qu'il n'existe ainsi aucune base métathéorique neutre susceptible d'introduire l'autoréflexivité des écoles de psychothérapie. L'autoréflexivité repose ainsi sur une base que les écoles se seraient elles-mêmes donnée. Ce serait là un cercle classique objet-méthode.

La prise de position de Greiner sur le travail d'Erismann dans ce cahier et le commentaire de Burda sur le travail de 2016 reprennent sur le fond la même critique, à savoir la problématique que pose l'autoréflexion sans

point de référence extérieur. L'absence de point d'Archimède représente le problème fondamental de toutes les sciences, ce qui est particulièrement visible dans la psychothérapie. Le réalisme constructif s'efforce d'atténuer ce problème en reliant entre eux certains points de divers procédés tout en examinant des points ayant le potentiel de « se sortir mutuellement de leurs gonds ». Il faut à chaque fois examiner si « le chat ne se mord pas la queue ici », du fait que les écoles de psychothérapie ne sont pas nées indépendamment les unes des autres et ont historiquement des racines communes (cf. Tschuschke et al., 2016).

Pour Burda, l'examen critique du travail d'Erismann pose la question de savoir si la préoccupation de ce dernier consistait avant tout à établir une discipline scientifique à part entière, ou bien plutôt à définir ce que la psychothérapie entend par science et comment elle se comprenait elle-même comme science. C'est plutôt vers cette seconde option que semblait tendre Erismann, à savoir que la psychothérapie ne serait pas seulement un procédé de guérison spécifique, mais également une science ; pas une science cependant au sens théorique général, dans lequel les éléments subjectifs, individuels et contradictoires devraient être estimés par rapport à des critères scientifiques généraux tels que l'objectivité, la possibilité de vérifier et l'intersubjectivité.

Les réflexions menées par Burda vont dans le sens que chaque science serait une différenciation par rapport à soi inhérente et qu'elle ne pourrait fondamentalement pas se passer d'un facteur subjectif. Burda montre, d'après l'exemple de l'histoire de la théorie scientifique, que les deux aspects seraient vrais. Il serait donc pertinent de prendre ce fait en considération pour comprendre la science d'une façon générale, même lorsque la question consiste à formuler une notion de science pertinente pour la science de la psychothérapie.

Les praticiennes et praticiens abondent volontiers dans le sens des réflexions de Burda. On peut cependant douter que les sciences dont la subjectivité inhérente est à peine visible se les appliqueront à elles-mêmes. Elles devraient en effet pour cela remettre en question l'absence d'ambiguïté supposée des notions qui leur sont propres. Nous devons pourtant évoquer le problème, les contributions relevant de la théorie scientifique dans ce cahier offrant l'approfondissement différencié et philosophique nécessaire à cet effet.

Il reste à espérer que la poursuite de la controverse lancée dans ce cahier aboutira à une contribution constructive à l'établissement de la psychothérapie en tant que science à part entière. Les commentaires de notre cercle de lectrices et de lecteurs sont vivement souhaités !

Après la discussion relative à la théorie scientifique, les trois contributions suivantes se consacrent aux questions méthodiques. Jürgen Kriz remet en question le concept de fondement par les preuves et surtout sa réduction à la RCT. La conception RCT est certes un excellent modèle pour examiner les questions de recherche expérimentale, mais seulement si des causes et des effets clairement définies peuvent être suffisamment isolés en reprodui-

sant la réalité examinée de façon utile. Plus la marge de manœuvre au niveau de la configuration des causes (interventions) est grande, et plus les effets pertinents sont complexes. Et moins cette approche convient.

Pablo Herrera et ses collègues présentent dans leur article une approche méthodique qui est discutée en tant qu'alternative aux RCT : les Single-Case Time Series. L'élaboration de projets expérimentaux individuels se fonde ici sur des mesures répétées dans des domaines pertinents pendant tout le déroulement du traitement. La répétition des mesures permet d'estimer la variabilité au cours du temps au sein d'un cas, afin de pouvoir récupérer ainsi des informations sur le traitement, les erreurs de mesure et les facteurs extérieurs dans une approche de série temporelle. Agnes von Wyl et Aureliano Cramer discutent de cette approche d'un point de vue méthodique et donnent leur appréciation de la manière dont cette méthode est perçue dans les milieux spécialisés.

La commission scientifique de la Charte suisse pour la psychothérapie a, en collaboration avec le Département de psychologie appliquée de la ZHAW (Haute école zurichoise de sciences appliquées), mené à bien cette année un projet relevant du domaine de la recherche de processus. Son traitement du sujet de la comparaison des écoles va dans le même sens que Greiner avec sa production systématique de savoir à propos des convergences et des divergences entre les écoles thérapeutiques.

L'analyse des convergences et des divergences existantes entre les procédés de psychothérapie spécifiques aux écoles (AGUST) par Cornelia Stegmann et ses collègues est partie d'une disposition dans laquelle des représentantes et des représentants de différents procédés de psychothérapie ont analysé ensemble une vidéo didactique sur une méthode spécifique. Dans le cadre d'une procédure systématique, ceux-ci ont émis en tant que groupe (les groupes ayant été répartis d'après les principaux courants de leur méthode thérapeutique) une évaluation du processus thérapeutique et ont indiqué les interventions qu'ils auraient éventuellement réalisées si la thérapie leur avait été confiée, ainsi que la justification de ces dernières du point de vue de la théorie de leur école. L'évaluation qualitative a confirmé l'hypothèse que les divergences théoriques sont plus grandes que la démarche pratique suivie au cours de la thérapie.

Les rapports de recherche ne doivent pas seulement pouvoir être rattachés au discours actuellement tenu en psychothérapie. Ils doivent aussi convenir à une mise en œuvre pratique susceptible de conduire à des résultats. C'est à ce propos que s'exprime Maria Teresa Diez Grieser. Son article est consacré au *science-practice gap*, cet écart entre la théorie scientifique et la pratique qui conduit au fait que les résultats de la recherche ne parviennent qu'imparfaitement ou partiellement à frayer leur chemin jusque dans la pratique. Sur la base de deux exemples – la théorie de l'attachement et la recherche sur les traumatismes – l'auteure illustre le fait que les résultats de la recherche peuvent être adoptés de façon concrétiste ou bien conduire à des erreurs d'interprétation dans le champ pratique :

« Les deux exemples montrent clairement que la recherche échoue souvent à mettre ses résultats sous une forme telle que les praticiens soient en mesure d'en comprendre la validité et les limites au niveau de l'application pratique. Les praticiens de leur côté ont soit trop peu de temps pour se confronter de façon approfondie avec les sujets de la recherche, et/ou trop peu de connaissances pour situer les recherches par rapport à leur pertinence pour la pratique et leurs possibilités de mise en œuvre. »

Elle propose de « trouver un troisième élément intermédiaire capable de jeter une passerelle entre les deux mondes ». La commission scientifique de la Charte ainsi que la revue *Psychotherapie-Wissenschaft* ont déjà en partie repris cette tâche à leur compte. Mais la manière dont ce processus pourrait être soutenu de façon systématique requiert un approfondissement de la discussion à ce sujet.

Pour terminer, Paolo Migone attire comme toujours l'attention sur les travaux de recherche qui ont été publiés dans la revue italienne *Psicoterapia e Scienze Umane*.

Les articles de Jörg Clauers ont été publiés à titre de contribution libre. L'auteur décrit le traitement de troubles somatoformes du point de vue de la psychothérapie corporelle et humaniste. Il part dans ce cadre du principe que ces dysfonctionnements proviennent d'un trouble précoce au niveau duquel le soi corporelle n'a pas été relié à des émotions provenant de l'expérience dans des relations ni à leur expression. C'est la raison

pour laquelle la promotion de la perception du corps est, de ce point de vue, la base fondamentale de toute guérison, perception qui permet de renouer avec l'expérience de soi. Les misères et les conflits trouvent d'autres formes d'expression et finalement aussi des mots communs qui touchent. Les douleurs ou les souffrances physiques peuvent être attribuées à des objets extérieurs ou des personnes venues aider, et exercer de nouvelles formes de contact ayant davantage de sens.

Un rapport du 50e congrès annuel de la Society for Psychotherapy Research consacré au sujet « The Future of Psychotherapy Research : Building on our 50 Year Legacy » tenu à Buenos Aires du 3 au 6 juillet 2019 par Peter Schulthess ainsi que trois discussions de livres complètent le cahier.

Nous vous souhaitons une agréable lecture !

Rosmarie Barwinski & Mario Schlegel

Littérature

- Buchmann, R. (2015). 25 Jahre «Strassburger Deklaration». *à jour! – Psychotherapie Berufsentwicklung*, 1(2), 15–17.
- Erismann, M. (2016). Wissenschaftstheoretische Überlegungen zur Psychotherapiewissenschaft. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 6(1), 6–16.
- Pagel, G. (1991). *Lacan zur Einführung*. Hamburg: Junius.
- Tschuschke, V., von Wyl, A., Koemeda-Lutz, M., Cramer, A., Schlegel, M. & Schulthess, P. (2016). Bedeutung der psychotherapeutischen Schulen heute. Geschichte und Ausblick anhand einer empirischen Untersuchung. *Psychotherapeut*, 61(1), 54–65. <https://doi.org/10.1007/s00278-015-0067-y>

Titelthema:
Psychotherapieforschung
Thème principal:
Recherche en psychothérapie

Der Wissenschaftsbegriff der Psychotherapiewissenschaft

Markus Erismann

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (2) 13–17 2019

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2-13>

Zusammenfassung: Zwar ist eine wissenschaftliche Praxis ohne Wissenschaftsbegriff möglich. Der Wissenschaftsbegriff einer bestimmten Wissenschaft konstituiert und klärt aber das Selbstverständnis dieser Wissenschaft. Die Absicht meines Artikels ist die Darstellung und Diskussion des Wissenschaftsbegriffs der Psychotherapiewissenschaft. Dieser weicht vom allgemein anerkannten Wissenschaftsbegriff ab: Er bezieht das Subjektive mit ein, legt den Fokus auf das Individuelle und erkennt Widersprüche und Ambivalenzen als Faktoren wissenschaftlicher Erkenntnis an. Ich will zeigen, wie trotz dieser Abweichungen eine Übereinstimmung zwischen dem Wissenschaftsbegriff der Psychotherapiewissenschaft und der allgemein anerkannten Auffassung von Wissenschaft möglich ist.

Schlüsselwörter: Wissenschaftsbegriff, Psychotherapiewissenschaft, das Subjektive, das Individuelle, das Widersprüchliche

Einleitung

Die Frage nach dem Wissenschaftsbegriff einer Wissenschaft ist die Frage nach deren Verständnis von Wissenschaft überhaupt und deren Selbstverständnis als Wissenschaft. Sie stellt sich in Phasen der Krise einer Wissenschaft oder in einer Phase, in der diese Wissenschaft noch nicht den Zustand eines Paradigmas bzw. einer anerkannten Normalwissenschaft erreicht hat. Gemäss Fischer (2008, S. 1) befindet sich die Psychotherapiewissenschaft noch in einer «prä-paradigmatischen Phase».

Zwar ist wissenschaftliche Praxis ohne Wissenschaftsbegriff möglich. Der Wissenschaftsbegriff einer einzelnen Wissenschaft dient aber der Bildung und Klärung von deren Selbstverständnis und ist ein Element ihres wissenschaftstheoretischen Rahmens. Die Absicht meines Artikels ist die Darstellung und Diskussion des Wissenschaftsbegriffs der Psychotherapiewissenschaft. Dessen Ausarbeitung soll das Bemühen der Psychotherapiewissenschaft um Etablierung als eigenständige und gleichwertige Disziplin an der Seite von Psychologie und psychiatrischer Medizin unterstützen. Der spezielle, schulenübergreifende Wissenschaftsbegriff der Psychotherapiewissenschaft soll in ein Verhältnis zu Aspekten eines allgemeinen Wissenschaftsbegriffs von Natur- und Geisteswissenschaften gesetzt werden.

Zuerst werde ich einige Aspekte eines allgemeinen Wissenschaftsbegriffs diskutieren. Dabei werden drei Charakteristika der Psychotherapiewissenschaft sichtbar, die dem allgemeinen Wissenschaftsbegriff scheinbar widersprechen. Die Frage stellt sich, inwiefern trotz dieser dem allgemeinen Wissenschaftsbegriff widersprechenden Charakteristika eine Konkordanz zwischen dem allgemeinen und dem psychotherapeutischen Wissenschaftsbegriff hergestellt werden kann. Für die Psychotherapiewissenschaft wird ein Wissen-

schaftsbegriff in der *Schweizer Charta* (2016) expliziert, den ich kommentiere. Anschliessend werden die drei dem allgemeinen Wissenschaftsbegriff widersprechenden Charakteristika der Psychotherapiewissenschaft diskutiert. Schliesslich soll unter Berücksichtigung des Aufsatzes von Wagner (1996) das wissenschaftliche Selbstverständnis der Psychotherapie in ein Verhältnis zu dem der Medizin, Psychiatrie und klinischen Psychologie gesetzt werden.

Aspekte eines allgemeinen Wissenschaftsbegriffs

Angesichts der Verschiedenartigkeit dessen, was unter «Wissenschaft» verstanden wird, besteht der Ausweg «in dem, was dieses Verschiedenartige miteinander verbindet, also in den Gemeinsamkeiten der unterschiedlichen Wissenschaftsauffassungen» (Wohlgenannt, 1969, Vorw.). Die folgende Darstellung einiger Aspekte eines allgemeinen Wissenschaftsbegriffs benennt wissenschaftliche Grundelemente und Kriterien für Wissenschaftlichkeit.

Der Mediziner und Wissenschaftstheoretiker Diemer (1964, S. 67) formulierte den allgemeinen Wissenschaftsbegriff wie folgt: «Wissenschaft ist ein Gesamt von Sätzen über einen thematischen Bereich, die mit diesem in einem Begründungszusammenhang stehen.» Dabei geht es um begründete und wahre Sätze. Begründung und Wahrheit sind miteinander verbundene Kriterien wissenschaftlicher Sätze: Begründet wird die Wahrheit der Sätze, das heisst ihre Übereinstimmung mit etwas Gegebenem. Diese Übereinstimmung muss überprüfbar sein. «Begründungszusammenhang» meint daher bei Diemer die begründete und überprüfbare Übereinstimmung zwischen Sätzen bzw. Aussagen mit einem gegebenen, thematisierten Sachverhalt.

Die Sätze, die Wissenschaftlichkeit für sich beanspruchen, müssen bestimmten, fundamentalen Wissenschaftskriterien genügen. Grundlegende Kriterien sind: *Objektivität* (Begründung und Wahrheit), *Überprüfbarkeit* (Verifizierbarkeit bzw. Falsifizierbarkeit) und *Inter-subjektivität* (Verständlichkeit und Nachprüfbarkeit). Diese Triade eng miteinander verbundener Kriterien bildet die Grundlage für relativ sicheres Wissen.

Hinsichtlich dieses Zusammenhangs kann etwa die Frage nach der *Subjektivität* der Wissenschaft gestellt werden. So gibt es in der Biologie und der psychosomatischen Medizin die Idee der «Einführung des Subjekts» (v. Uexküll, 1931) oder in der Psychotherapiewissenschaft des «Einbezugs des Subjektiven» (Schweizer Charta, 2016) in den wissenschaftlichen Prozess. Die Subjektivität steht im Widerspruch zur genannten Triade und damit zum allgemeinen Wissenschaftsbegriff. Zu klären ist, wie der «Einbezug des Subjektiven» zu verstehen ist. Darauf soll nachfolgend noch eingegangen werden.

Wissenschaft besitzt zudem einen *Allgemeinheitscharakter*. Frank (1991, S. 51) vermutet, «dass das Projekt der Wissenschaftlichkeit im Prozess abendländischer Rationalität geradezu über einem Ausschluss von Individualität errichtet wurde. Schliesslich wäre wissenschaftliches Arbeiten ohne eine gewisse Option aufs Allgemeine undurchführbar.» Gesucht werden in der Wissenschaft Regularitäten, Muster, Strukturen und Gesetze, in denen das Individuelle und Besondere durch Subsumption unter das Allgemeine gleichsam verschwindet.

Ein weiteres Kriterium für Wissenschaftlichkeit ist die Forderung nach *Widerspruchsfreiheit* bzw. Konsistenz. Eine Gesamtheit von Sätzen bzw. Aussagen darf nicht zwei einander widersprechende Aussagen oder sich selbst widersprechende Aussagen enthalten. Die Aussagen müssen den Regeln der Logik gehorchen, die keine Widersprüche erlaubt. Treten dennoch Widersprüche auf, sind sie zu eliminieren. Inwiefern mit diesem, Widersprüche ausschliessenden Kriterium dialektisches Wissen als unwissenschaftliches zu kennzeichnen wäre, soll ebenso nachfolgend diskutiert werden.

Die genannten Kriterien für Wissenschaftlichkeit sind durch einen dreifachen Ausschluss charakterisiert, der nicht zuletzt im Hinblick auf den Wissenschaftsbegriff der Psychotherapiewissenschaft von Relevanz ist. Es ist dies der Ausschluss des *Subjektiven*, des *Individuellen* und des *Widersprüchlichen*. Dieser Ausschluss wird nun dahingehend diskutiert werden, inwiefern trotz Einbezug des Subjektiven, des Individuellen und des Widersprüchlichen seitens der Psychotherapiewissenschaft eine Konkordanz mit dem zuvor explizierten allgemeinen Wissenschaftsbegriff hergestellt werden kann.

Die Antwort auf die Frage nach dem Wissenschaftsbegriff einer Wissenschaft ist eine zweifache: 1) das Verständnis dieser Wissenschaft von Wissenschaft überhaupt; 2) das Selbstverständnis dieser Wissenschaft als Wissenschaft. Beide Auffassungen müssen, damit die Wissenschaft Anerkennung findet, mit dem allgemein anerkannten Wissenschaftsbegriff konkordant sein.

Das Verständnis der Psychotherapiewissenschaft von Wissenschaft überhaupt

Systematik und Methode

Eine Antwort hinsichtlich des Verständnisses der Psychotherapiewissenschaft von Wissenschaft überhaupt findet sich in der Schweizer Charta (2016, Abs. 2.8): «Im Sinne dieser Charta verstehen wir unter wissenschaftlich ein systematisches, methodisches Arbeiten, das der Entwicklung der Theorie oder der Vermittlung zwischen Theorie und klinischer Praxis dient.» Hier werden das *Systematische* und das *Methodische* als Kriterien für Wissenschaftlichkeit genannt, eine Auffassung, die einem allgemeinen, wissenschaftstheoretischen Konsens bezüglich Wissenschaftlichkeit entspricht.

Das System als geordnete Gesamtheit und die Methode als ordnungstiftendes Verfahren bilden zwei Dimensionen der Wissenschaft. Das Systematische und das Methodische sind zwei Hinsichten, auf die sich wissenschaftstheoretische Reflexion bezieht. Unter WissenschaftstheoretikerInnen besteht allerdings keine Einigkeit darüber, welcher dieser beiden Dimensionen Priorität zukommt.

Für Buchmann und Kollegen (1996, S. 105) ist es die besondere Forschungsmethode, die der Psychotherapiewissenschaft ihre Eigenständigkeit verleiht: «Dieses *eigenständige Vorgehen (Methode)* zur Untersuchung und Datenerhebung während der Interaktion durch den Therapeuten bei sich selber, beim Patienten und hinsichtlich des interaktiven Prozesses, *macht die Psychotherapie zur eigenständigen Wissenschaft.*»

Die dem allgemeinen Wissenschaftsbegriff widersprechenden Charakteristika der Psychotherapiewissenschaft

Was das Systematische und das Methodische als wissenschaftliche Kriterien anbelangt, besteht eine Konkordanz mit dem allgemeinen Wissenschaftsbegriff. Dagegen widerspricht 1) der «Einbezug des Subjektiven» der Triade von Objektivität, Überprüfbarkeit und Inter-subjektivität, 2) die Fokussierung auf das Individuum der allgemeinen wissenschaftlichen Ausrichtung auf das Allgemeine, sowie 3) der Einbezug des Widersprüchlichen der allgemeinen Forderung nach Widerspruchsfreiheit. Im Folgenden soll anhand der Analyse der drei genannten Aspekte gezeigt werden, wie trotz dieser scheinbaren Unvereinbarkeiten zwischen dem allgemeinen Wissenschaftsbegriff und dem Wissenschaftsbegriff der Psychotherapiewissenschaft eine Konkordanz möglich ist.

1) Gegenüber der «Austreibung des Subjekts aus der modernen Medizin» geht es in der psychosomatischen Medizin «von Anfang an um die Wiedereinführung des Subjekts» (Wagner, 1996, S. 225). Derselbe wissenschaftstheoretische Vorgang findet sich in der Psychotherapiewissenschaft mit dem «Einbezug des Subjektiven» gegenüber der klinischen Psychologie und deren «Bewertung von Subjektivem als Störfaktor» (ebd., S. 227). Der Subjek-

tivität in der Wissenschaft, die doch auf Objektivität aus ist, haftet ein Moment der Willkür an. Die Einführung des Subjektiven in den wissenschaftlichen Prozess ist nur dann möglich, ohne dass das Moment der Willkür bestimmend wird, wenn das Subjektive mit kritischer Reflexion einhergeht. Gerade dieser «*systematische und kritisch reflektierte Einbezug des Subjektiven*» gehört für Buchmann und Kollegen (1996, S. 105) «zum wesentlich Eigenen der Wissenschaft Psychotherapie».

Psychotherapie als beziehungsorientiertes Heilverfahren basiert *per se* «auf einem intersubjektiven Geschehen» (Schweizer Charta, 2016, Abs. 1.8), bewegt sich also immer schon innerhalb der Dimension der Intersubjektivität. Das Moment der Willkür, das mit dem Subjektiven verbunden ist, lässt sich im psychotherapeutischen Prozess minimieren bzw. aufheben, indem das Subjektive durch (Selbst-)Reflexion auf die Ebene der Intersubjektivität gehoben wird:

«Intersubjektivität – verstanden als Fähigkeit zur empathischen Perspektivenübernahme und sozialen Kognition als Grundmodell der sozialen Interaktion – setzt eine spezifische Form des selbstreflexiven Selbstbewusstseins voraus. [...] Subjektives Erleben und die Wahrnehmung der (objektiven) äusseren Realität müssen auf einer höheren Ebene integriert werden, um die Stufe der Intersubjektivität zu erreichen» (Barwinski, 2017, S. 23).

Wie verhält sich die Intersubjektivität als Dimension des psychotherapeutischen Beziehungsgeschehens zum allgemeinen Wissenschaftskriterium der Intersubjektivität, die das in der therapeutischen Praxis generierte Wissen betrifft und dessen Objektivität gewährleisten soll? Es ist «die kritische Reflexion der Therapeut/innen bezüglich des eigenen Erlebens und des Wahrgenommenen durch Bezugnahme auf die Theorie» (Schweizer Charta, 2016, Abs. 1.8), wodurch Objektivität und Intersubjektivität zustande kommen. Objektivierung des intersubjektiven therapeutischen Beziehungsgeschehens durch Reflexion im intersubjektiven Prozess der Supervision ermöglicht die Erfüllung des allgemeinen Wissenschaftskriteriums der Intersubjektivität.

2) Grundsätzlich geht es in der Psychotherapie «um das hermeneutische Erfassen der Individualität des Seelischen, das subjektive Erleben des Patienten» (Wagner, 1996, S. 244). Dennoch kommt die Psychotherapieforschung in ihrer Theoriebildung nicht um Verallgemeinerung herum. Um der Individualität des einzelnen Subjekts und der Einzigartigkeit des therapeutischen Beziehungsgeschehens gerecht zu werden, hat die Psychotherapieforschung von einzelnen Fallbeispielen auszugehen, um im Vergleich dieser Einzelfälle Muster oder Regularitäten aufzufinden. Diese Muster haben einen allgemeinen Charakter und sind als qualitative therapeutische Erfahrung formulierbar. Das Spannungsverhältnis zwischen vorurteilsfreiem, die Individualität des einzelnen fokussierendem Verstehen und dem Wissen um allgemeinere Zusammenhänge und Muster ist für Wagner (ebd., S. 235) charakteristisch für die Psychotherapie: «In der konkreten Behandlungssituation vollzieht sich der hermeneutische Zirkel zwischen Fragen,

die dem Verständnis der Individualität des einzelnen dienen, und der Reflexion dieser Informationen vor dem theoretischen Hintergrund der jeweiligen psychotherapeutischen Theorie.»

Gegenüber der objektivierenden Psychologie und der am Verhalten orientierten Psychiatrie, die messbare und quantitative Methoden zur Erforschung der Psyche des Menschen verwenden, geht es der Psychotherapie um die Einzigartigkeit des Subjekts und des therapeutischen Beziehungsgeschehens. Sowohl die Berücksichtigung des «spezifisch Persönlichen», das heisst der Individualität, als auch der Einbezug des Subjektiven erfordern die Verwendung der qualitativen Forschungsmethode der Selbstreflexion.

3) Eine Möglichkeit, Widersprüche nicht einfach zu eliminieren, sondern für den Erkenntnisprozess fruchtbar zu machen, ist die dialektische Methode. Allerdings gibt es keine weithin anerkannte Formulierung dieser Denkweise, sondern eine Vielzahl von Ansätzen.

Der Grund, weshalb die dialektische Methode für die Psychotherapie von Interesse ist, ist die Bedeutung des Beziehungsgeschehens in der therapeutischen Situation, «in der Subjekt und Objekt nicht getrennt betrachtet werden können» (Schweizer Charta, 2016, Abs. 1.8). In dieser Situation «stehen die Therapierenden in einer unaufhebba- ren Dialektik zwischen Begegnung und Objektivierung der Klientel und ihrer selbst» (ebd.). Mit der «unaufhebba- ren Dialektik» ist eine nicht eliminierbare Widersprüchlichkeit bzw. Ambivalenz der therapeutischen Beziehung gemeint: TherapeutIn und KlientIn sind zugleich sowohl Subjekte eines intersubjektiven Geschehens als auch Objekte ihrer selbst in der Selbstreflexion auf das subjektive Erleben des intersubjektiven Geschehens.

Die Dialektik des Selbstbewusstseins von Fischer (2008, S. 124ff.) stellt einen Ansatz dar, der speziell für die Psychotherapie bzw. die Psychotherapiewissenschaft ausgearbeitet und mittels der Kategorien Subjektivität, Objektivität und Intersubjektivität formuliert worden ist. Dabei entspricht der Subjektivität das unmittelbare Selbsterleben, das «subjektive Selbst», der Objektivität das Bewusstsein, das das Subjekt von seinem Selbst hat, und der Intersubjektivität das Selbstbewusstsein, das sowohl das subjektive als auch das objektive Selbst umfasst. Eine dialektische Psychotherapie geht von der Anerkennung objektiver Widersprüche bzw. Antinomien aus, die Krisen zugrunde liegen und deren Überwindung psychogenetische Entwicklungsschritte bedeuten (vgl. Kesselring, 1984, S. 18f.). So hat Fischer (2008) mit Bezug auf Wandschneider (1995) eine dialektische Methode entworfen, in der die Antinomie die Ausgangslage für die Kategorienentwicklung bildet.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Konkordanz des Wissenschaftsbegriffs der Psychotherapiewissenschaft mit dem allgemeinen Wissenschaftsbegriff davon abhängt, inwieweit 1) (Selbst-)Reflexion als qualitative Methode der Erkenntnis von (Inter-)Subjektivität, 2) Individualität als eine trotz Generalisierung zu bewahrende psychische Dimension, sowie 3) alogische Strukturen wie Widersprüche, Antinomien und Ambivalenzen als produktive Entwicklungsfaktoren anerkannt werden.

Das Selbstverständnis der Psychotherapiewissenschaft als Wissenschaft und ihr Verhältnis zur Medizin, Psychologie und Psychiatrie

Die Psychotherapiewissenschaft sieht sich gemäss Schweizer Charta (2016, Abs. 1.8) als «Schwesterdisziplin der Psychiatrie und Psychologie». Während sich die Psychiatrie (als Teildisziplin der Medizin) und die Psychologie hinsichtlich verwendeter Methoden in Forschung, Theoriebildung und Therapie überwiegend an den Naturwissenschaften orientieren, integriert die Psychotherapiewissenschaft Erkenntnisse «verschiedener Wissensgebiete der Natur-, Kultur- und Geisteswissenschaften» in ihr eigenes Verständnis und ihre Konzepte. Während die Schweizer Gesetzgebung sie als blosses Anwendungsgebiet der Psychologie und der Medizin betrachtet, versteht sie sich als eigenständige wissenschaftliche Disziplin.

Medizin, Psychiatrie und klinische Psychologie orientieren sich weitgehend an den Methoden der Naturwissenschaft, von denen sie auch ihr Wissen beziehen. Dem entsprechen eine empirisch-kausalgenetische Vorgehensweise in der medizinischen Forschung und die Verwendung technischer Verfahren zur Diagnose und Behandlung von Krankheiten. Sowohl die dabei stattfindende «Reduktion des Organismus auf die materielle Dimension» als auch die Fokussierung auf «objektivierbare Eigenschaften des kranken Organismus» verhindern das Erfassen der seelischen Individualität. Dagegen geht es in der Psychotherapiewissenschaft um das «hermeneutische Erfassen der Individualität des Seelischen» (Wagner, 1996, S. 244).

Im Unterschied zu Medizin, Psychiatrie und Psychologie steht in der Psychotherapiewissenschaft das Beziehungsgeschehen zwischen KlientIn und TherapeutIn im Zentrum sowohl des Heilverfahrens als auch der Forschungsarbeit. Die Psychotherapiewissenschaft ist eine «dialogische Wissenschaft», die im Grunde als «eine Subjekt-Subjekt-Beziehung konstituiert ist, bei der aus dem Dialog eine intersubjektive Bedeutungsstruktur entsteht» (ebd., S. 230). Die Dialogfähigkeit ist daher wichtigste psychotherapeutische Kompetenz, denn die TherapeutInnen sind «selbst als Dialogpartner Bestandteil des therapeutischen Prozesses», wohingegen SchulmedizinerInnen und klinische PsychologInnen «sich mittels Diagnostik und Verschreibung von diesem Dialog distanzieren» (ebd., S. 231).

Ziel des psychotherapeutischen Heilverfahrens sowohl seitens der PatientInnen als auch seitens der TherapeutInnen ist zunächst «die Selbsterkenntnis, sei es nun im Verständnis der eigenen Lebensgeschichte, der Beziehungskonstellationen, des Verhältnisses von Körperlichkeit mit allen psychosomatischen Problemen, der Analyse der Lebensziele und anderer Aspekte der Persönlichkeit in ihrem psychosozialen Kontext» (Pritz & Teufelhart, 1996, S. 3) mittels Selbstreflexion. Ziel der psychotherapeutischen Forschungsarbeit ist ausgehend von der therapeutischen Praxis die Theoriebildung durch schrittweise Generalisierung des konkreten, individuellen Beziehungsgeschehens mittels Reflexion und Abstraktion.

Durch diesen vielschichtigen, gemeinsamen *Reflexionsprozess* von PatientIn und TherapeutIn unterscheidet sich die Psychotherapiewissenschaft grundsätzlich von der Medizin, der Psychologie und der Psychiatrie. Er schliesst sowohl die Selbstreflexion auf das subjektive Erleben des intersubjektiven Beziehungsgeschehens als auch die Reflexion auf ausserhalb der therapeutischen Situation liegende Lebensbereiche ein und bildet eine wesentliche Dimension des therapeutischen Prozesses. Die Auffassung der Psychotherapie als blosses Anwendungsgebiet von Medizin und Psychologie greift daher zu kurz.

Fazit: Es gibt meines Erachtens keinen Grund, der Psychotherapiewissenschaft einen anderen wissenschaftlichen Status zuzuschreiben als der Medizin, die ihr Wissen vorwiegend aus anderen wissenschaftlichen Disziplinen – insbesondere den naturwissenschaftlichen – bezieht und anwendet. Medizin und Psychotherapiewissenschaft sind beide angewandte Wissenschaften von Heilverfahren, deren Absicht die Förderung körperlicher und seelischer Gesundheit ist. Das Spektrum der Wissenschaften, aus denen die Psychotherapiewissenschaft ihr Wissen bezieht, ist aber ein anderes als dasjenige der Medizin oder der Psychiatrie. Die Medizin betrifft zunächst das Leibliche von Lebewesen, die Psychiatrie als Teilgebiet der Medizin und die Psychotherapiewissenschaft betreffen den Menschen in seiner seelisch-leiblichen Ganzheit, allerdings aus unterschiedlichen Perspektiven und mittels unterschiedlicher Methoden.

Ein Charakteristikum von Wissenschaft ist die Wissensgenerierung: «Um von Wissenschaft sprechen zu können, muss mit einer angebbaren Methode ›Wissen geschaffen‹ werden» (Wagner, 1996, S. 223). Wie die medizinische Forschung für die Medizin generiert auch die Psychotherapieforschung spezifisches Wissen, das in der psychotherapeutischen Praxis Anwendung findet. In der Psychotherapiewissenschaft ist der gemeinsame, dialogische Reflexionsprozess von PatientIn und TherapeutIn Ort des therapeutischen Heilens und der Wissensgenerierung. Die Methode der Reflexion macht die Eigenständigkeit und Wissenschaftlichkeit der Psychotherapiewissenschaft aus.

Literatur

- Barwinski, R. (2017). Intersubjektivität und Selbstreflexion. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 7(1), 23–30.
- Buchmann, R., Schlegel, M. & Vetter, J. (1996). Die Eigenständigkeit der Psychotherapie in Wissenschaft und Praxis. In A. Pritz (Hrsg.), *Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen* (S. 75–121). Wien: Springer.
- Diemer, A. (1964). *Was heisst Wissenschaft?* Meisenheim am Glan: Verlag Anton Hain.
- Fischer, G. (2008). *Logik der Psychotherapie. Philosophische Grundlagen der Psychotherapiewissenschaft*. Kröning: Asanger.
- Frank, M. (1991). *Selbstbewusstsein und Selbsterkenntnis*. Stuttgart: Reclam.
- Kesselring, T. (1984). *Die Produktivität der Antinomie*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Pritz, A. & Teufelhart, H. (1996). Psychotherapie – Wissenschaft vom Subjektiven. In A. Pritz (Hrsg.), *Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen* (S. 1–18). Wien: Springer.

- v. Uexküll, J. (1931). Die Rolle des Subjekts in der Biologie. *Naturwissenschaften*, 19, 386–391.
- Verein Schweizer Charta für Psychotherapie (Hrsg.). (2016). *Schweizer Charta für Psychotherapie*. Zürich: Verein Schweizer Charta für Psychotherapie.
- Wagner, E. (1996). Psychotherapie als Wissenschaft in Abgrenzung von der Medizin. In A. Pritz (Hrsg.), *Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen* (S. 219–147). Wien: Springer.
- Wandschneider, D. (1995). *Grundzüge einer Theorie der Dialektik*. Stuttgart: Klett.
- Wohlgenannt, R. (1969). *Was ist Wissenschaft?* Braunschweig: Friedr. Vieweg & Sohn.

The Scientific Concept of Psychotherapy Studies

A scientific practice without a scientific concept is possible. However, the scientific concept of a particular science constitutes and clarifies the self-understanding of this science. The purpose of my article is the presentation and discussion of the concept of psychotherapy science. This deviates from the generally accepted concept of science: it involves the subjective, focuses on the individual and recognizes contradictions and ambivalences as factors of scientific knowledge. I want to show how, in spite of these deviations, a correspondence between the concept of psychotherapy and the generally recognized conception of science is possible.

Key words: concept of science, psychotherapy science, the subjective, the individual, the contradictory

Il concetto scientifico della psicoterapia scientifica

Una pratica scientifica è certamente possibile senza un concetto scientifico. Il concetto scientifico di una particolare scienza, tuttavia, costituisce e chiarisce l'autocomprensione di questa scienza. Lo scopo del mio articolo è la presentazione e la discussione del concetto di psicoterapia scientifica. Ciò si discosta dal concetto generalmente accettato di scienza: include il soggettivo, pone l'attenzione sull'individuale e riconosce le contraddizioni e le ambivalenze come fattori della conoscenza scientifica. Voglio mostrare come, nonostante queste discrepanze, sia possibile una corrispondenza tra il concetto scientifico di psicoterapia scientifica e la concezione generalmente accettata di scienza.

Parole chiave: concetto scientifico, psicoterapia scientifica, il soggettivo, l'individuale, il contraddittorio

Der Autor

Markus Erismann, Dr. phil., studierte von 1983 bis 1989 Philosophie und Germanistik an der Universität Zürich und promovierte 1995/96 am Philosophischen Seminar der Universität Zürich. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Erkenntnistheorie und Methodologie.

Kontakt

Dr. Markus Erismann
Säntisstrasse 2, 8008 Zürich
E-Mail: markus.erismann@bluewin.ch

Le concept de science de la science psychothérapeutique

Markus Erismann

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (2) 18–19 2019

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2-18>

Mots clés : notion de science, science de la psychothérapie, le subjectif, l'individuel, le contradictoire

La question du concept de science se pose dans une phase de la crise d'une science ou une phase où cette science n'a pas encore atteint l'état d'une science normale. Selon Fischer (2008), la science psychothérapeutique se trouve encore dans un état « pré-paradigmatique ». Bien qu'une pratique scientifique sans un concept de science soit possible, le concept de science sert à former et à clarifier la compréhension de soi d'une science particulière et constitue un élément de son cadre scientifique théorique. L'intention de mon article est la présentation et la discussion du concept de science de la science psychothérapeutique. Il soutient leurs efforts pour établir une indépendante et équivalente science à côté de la psychologie et de la psychiatrie.

Le général concept de science se distingue par la triade objectivité – contrôlabilité – intersubjectivité. Ces critères scientifiques, qui sont étroitement interdépendants, constituent la base d'un savoir relativement sûr. La science possède en outre un caractère de généralité. La science est orientée sur le général : elle cherche des régularités, des modèles et des lois. L'individuelle et le particulier sont classifiés dans le général. Un autre critère scientifique est la cohérence : il faut que les phrases scientifiques obéissent aux règles de la logique formelle qui ne permette pas des contradictions.

Ces critères appelés impliquent une triple exclusion : la subjectivité, l'individuelle et la contradiction sont exclues du processus scientifique. Le concept de science de la science psychothérapeutique contredit dans ce cadre le générale concept de science : elle inclue la subjectivité, se concentre sur l'individuelle et intègre des contradictions et ambivalences dans leur méthode et leurs concepts théoriques.

La réponse sur la question du concept de science d'une science spéciale dépend de la compréhension de soi de cette science. La compréhension de soi doit être concordante avec le concept de science qui est reconnu généralement. Cette correspondance est la condition pour être reconnu comme une science normale. Comment est – malgré les trois aspects appelés qui contredisent en apparence le générale concept de science – une concordance entre le concept de science de la science psychothérapeutique et le générale concept de science possible ?

La science psychothérapeutique intègre la subjectivité dans le processus scientifique : il s'agit de la per-

ception de la propre expérience dans la situation psychothérapeutique par l'introspection. Un moment d'arbitraire adhère au subjectif qui, en science, doit généralement être exclu par l'objectivité. Dans la science psychothérapeutique, qui inclue la subjectivité, l'arbitraire peut minimiser en ce que la subjectivité est accompagné d'une réflexion critique. Cela garantit l'objectivité et l'intersubjectivité.

La psychothérapie se concentre sur l'individualité du sujet particulier et le caractère unique de la relation entre le client et le psychothérapeute. Néanmoins, la science psychothérapeutique dépend aussi des généralisations. Afin de rendre justice à l'individualité, la recherche scientifique doit partir de cas individuels pour pouvoir ensuite découvrir au moyen de comparaison des structures plus générales. Dans ces structures, l'expérience thérapeutique est conservée et réfléchi en ce qui concerne des concepts théoriques.

La relation psychothérapeutique est déterminée par une dialectique insoluble entre le sujet et l'objet et forme une situation contradictoire et ambivalente : le thérapeute et le client sont à la fois sujets d'un événement intersubjectif et objets de l'autoréflexion ou l'introspection du vécu subjectif. La méthode dialectique est une possibilité pour ne pas éliminer des contradictions, mais pour les faire productives pour le processus de connaissance. La raison pourquoi la méthode dialectique soit de l'intéresse spéciale pour la science psychothérapeutique est la situation psychothérapeutique, dans laquelle le sujet et l'objet ne peuvent pas être considérés séparément. Plutôt la relation entre le thérapeute et le client forme une situation contradictoire et ambivalente et demande une compréhension dialectique.

La correspondance recherchée entre le concept de science de la psychothérapie et le concept général de science repose sur une triple acceptation :

1. la réflexion et l'autoréflexion doivent valoir comme des méthodes qualitatives de reconnaissance de la subjectivité et l'intersubjectivité ;
2. l'individualité doit être préservée malgré les généralisations du processus scientifique ;
3. des structures alogiques, telles que les contradictions, les antinomies et les ambivalences, sont reconnues comme des facteurs productives du processus scientifique.

La méthode de l'autoréflexion respectivement de l'introspection du vécu subjectif et la réflexion de la relation entre le psychothérapeute et le client dans la situation psychothérapeutique sont caractéristique pour la science psychothérapeutique et constituent leur l'autonomie. Par ce multiple et commun processus réfléchissant du thérapeute et du client, qui sert non seulement à la guérison mais encore à la création de connaissance, la science psychothérapeutique se distingue fondamentalement de la médecine et de la psychologie clinique. À mon avis, il n'y a donc aucune raison pour qu'on attribue à la science psychothérapeutique un statut scientifique différent qu'à la médecine et à la psychologie.

L'auteur

Markus Erismann, Dr. phil., a fait de 1983 à 1989 des études de philosophie et de germanistique à l'université de Zurich et a présenté sa thèse de doctorat et 1995/96 au séminaire philosophique de l'université de Zurich. Les points forts de son travail sont la théorie de la connaissance et la méthodologie.

Contact

Dr. Markus Erismann
Säntisstrasse 2
8008 Zürich
E-Mail : markus.erismann@bluewin.ch

Akademische Psychotherapie, Psychotherapiewissenschaft und Experimentalhermeneutische Laborforschung

Eine Ergänzung zu Markus Erismanns
«Der Wissenschaftsbegriff der Psychotherapiewissenschaft»

Kurt Greiner

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (2) 20–28 2019

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2-20>

Zusammenfassung: Dieser Kommentar zu Markus Erismanns Essay mit dem Titel «Der Wissenschaftsbegriff der Psychotherapiewissenschaft» ist als Argumentationsergänzung konzipiert, in der es zu zeigen gilt, was eine wissenschaftshermeneutisch konzeptualisierte Psychotherapiewissenschaft für die akademische Statuskarriere der Psychotherapie potenziell zu leisten vermag. So wird im Anschluss an theoretische Erörterungen sowie methodologische Darlegungen anhand einer exemplarischen Modellanalyse demonstriert, wie jene innovative Grundlagenforschungspraxis funktioniert, die dazu beitragen kann, dass Psychotherapie zu einer genuinen Einzelwissenschaft avanciert.

Schlüsselwörter: Akademische Psychotherapie, Markus Erismann, Experimental- und Imaginativhermeneutische Psychotherapiewissenschaft, Greiner-Jandl-Initiative, Therapieschulenforschung, Therapieschulendialog (TSD), Experimentelle Trans-Kontextualisation (ExTK), Sigmund Freud PrivatUniversität Wien (SFU)

Vorbemerkung

Einer freundlichen Einladung nachkommend, Markus Erismanns Essay mit dem Titel «Der Wissenschaftsbegriff der Psychotherapiewissenschaft» zu kommentieren, sei informativ vorausgeschickt, dass ich seit zwölf Jahren an der *Sigmund Freud PrivatUniversität Wien (SFU)* im Wissenschaftsfach *Psychotherapiewissenschaft (PTW)* lehre und forsche und dort gemeinsam mit Martin Jandl das *1. Experimentalhermeneutische Labor der PTW* gründete. An der im Jahre 2005 in Lehrbetrieb gegangenen SFU Wien kann man Psychotherapie nicht nur praktisch erlernen, sondern darüber hinaus auf universitärem Niveau studieren. Die SFU Wien gilt weltweit als jene Universität, an der die Psychotherapie unter dem Terminus PTW erstmals als eigenständiges Studienfach in Erscheinung trat und damit die lang ersehnte Aufnahme in den Kreis der etablierten Einzelwissenschaften im akademisch-institutionalisierten Forschungsbetrieb fand.

Akademische Wissenschaftlichkeit und Psychotherapie

Die ambitionierten Bemühungen des Züricher Philosophen Markus Erismann um die Frage nach dem «speziellen, schulenübergreifenden Wissenschaftsbegriff der Psychotherapiewissenschaft» münden, nach einigen ar-

gumentativen Zwischenstationen, in der Auseinandersetzung mit dem Terminus «Reflexion», der sich in dieser Begründungsdiskussion als methodische Kern-Kategorie entpuppt. Der Reflexionsbegriff taucht in seinem Text an mehreren Stellen auf, unter anderem auch kombinativ als «kritische Reflexion», «Selbstreflexion» oder «Reflexionsprozess», und im Fazit des Abrundungskapitels wird schliesslich dessen zentraler Stellenwert klar und deutlich hervorgehoben, wenn es dort in den beiden letzten Sätzen heisst: «In der Psychotherapiewissenschaft ist der gemeinsame, dialogische Reflexionsprozess von PatientIn und TherapeutIn Ort des therapeutischen Heilens und der Wissensgenerierung. Die Methode der Reflexion macht die Eigenständigkeit und Wissenschaftlichkeit der Psychotherapiewissenschaft aus» (Erismann, 2019, S. 16 i. d. Heft).

Erismanns Argumentation ist insofern zuzustimmen, als dass das *Funktionsprinzip Reflexion* gewiss konstitutiv für sämtliche psychotherapeutische Praxen des Heilens und Wissensgenerierens ist. In den einzelnen psychotherapeutischen Disziplinen – damit sind hier die Schulen bzw. Modalitäten der Psychotherapie gemeint – haben sich im Verlauf der modalitätsgeschichtlichen Entwicklungen schulentypische Instrumentarien des systematischen Reflektierens und Sinndeutens, des Interpretierens und Verstehens herausgebildet und ausdifferenziert, die freilich nicht auf eine gemeinsame Strukturlogik oder auf ein für alle verbindliches paradigmatisches Grundprinzip

rekurrieren (Merkmal der Inkommensurabilität). Ganz in diesem Sinne muss die multikonzeptuelle und methodenpluralistische Wissenschaftskultur Psychotherapie im Rahmen ihrer differenten Disziplinen (Psychoanalyse, Analytische Psychologie, Gestalttherapie, Systemische Psychotherapie, Verhaltenstherapie etc.) auf je spezifische Weisen adäquat funktionieren, sodass die methodische Schaffung von Wissen garantiert ist.

Nun gilt es aber zu berücksichtigen, dass es dem *abendländischen Kulturphänomen Wissenschaft* seit Anbeginn, nebst der *methodischen Schaffung von Wissen*, immer auch noch um die *methodische Gewinnung von Erkenntnis* ging (Wallner, 1992a; 2002). Mithin ist *Akademische Wissenschaft*, im Unterschied zu anderen, mehr oder weniger methodenbasierten Wissensformen (wie etwa esoterisches Wissen, religiöses Wissen, spiritistisches Wissen, lebensweltliches Wissen, fremdkulturelles Wissen etc.), durch den Anspruch auf *Wissen in technisch-funktionaler Hinsicht* (1. Konstitutionskriterium) und auf *Erkenntnis in kritisch-reflexiver Hinsicht* (2. Konstitutionskriterium) charakterisiert, was für die Psychotherapie Folgendes bedeutet: Beansprucht Psychotherapie nicht mehr, als dass sie adäquat funktioniert, degradiert sie sich selbst auf eine *wissenschaftliche Heilungs- oder Gesundheitstechnik* und schafft damit *bloß* methodisches Wissen über instrumentell nützliche Umgangsweisen mit ihren Gegenständen in therapeutischer Intention. Möchte sich Psychotherapie aber als akademische Einzelwissenschaft verstehen, muss sie sich darüber hinaus auch um die *systematische Produktion vertiefter Einsichten in die komplexen Strukturen ihrer professionellen Aktivitäten* bemühen, womit sie schliesslich erst differenzierte Erkenntnisse hinsichtlich impliziter Voraussetzungen und Bedingungen ihrer methodischen Wissenschaftsakte gewinnt. Das heisst, die schulen- bzw. modalitätsbasierten psychotherapeutischen Disziplinen müssen ihre je spezifischen Funktionsweisen mit wissenschaftshermeneutischen Strategien kritisch untersuchen, damit sich sukzessive ein zunehmend differenzierter werdendes Niveau des Selbstverstehens hinsichtlich psychotherapeutischer Denk- und Handlungsmodi herauskristallisieren kann, wodurch nicht zuletzt deren Sinn Grenzen und Verbindlichkeitsdimensionen sichtbar, kommunizierbar, kritisierbar und diskutierbar werden.

Interessanterweise besitzt die Psychotherapie aufgrund ihrer «bewusst multiparadigmatischen» (Wagner, 1996, S. 245) Forschungs- und Praxisstruktur einen prinzipiellen reflexionsmethodologischen Startvorteil und hat insofern in technikreflexiver Hinsicht sogar eine richtungweisende Vorbildfunktion für andere Wissenschaftsfächer. Wissenschaftshermeneutische Reflexionen des professionellen Denkens und Handelns können im Falle der Psychotherapie im eigenen Wissenschaftsrevier durchgeführt werden, weil dieses polykonzeptuell, methodenpluralistisch und theorienheterogen strukturiert ist und daher ideale Möglichkeiten für *erkenntnisevozierende Bemühungen im oben angesprochenen Sinne* potenziell bereitstellt, die in anderen Fachgebieten nicht automatisch gegeben sind. Dieser Sachverhalt einer innerwissenschaftlichen Vielschichtigkeits- und Fremdartigkeitsstruktur, der in jenem Ausmass, das

für die Psychotherapie kennzeichnend ist, allen etablierten Wissenschaftsfächern unmöglich zu sein scheint, stellt für die Psychotherapie eben nicht nur ein fundamentales methodologisches Abgrenzungskriterium gegenüber anderen Forschungsrichtungen dar, sondern lässt die charakteristische Struktur der Psychotherapie als mustergültige Bedingung für wissenschaftsreflexive Erkenntnisunternehmungen via wechselseitige Bezugnahmen zwischen den einzelnen Disziplinen begreifen (*Therapieschulen-Interdisziplinarität*). Faktisch liegt in keinem anderen wissenschaftlichen Fach eine dermassen hohe fachimmanente Reflexions-Provokation strukturbedingt vor, wie in der Psychotherapie. Allein dieses Qualitätsmerkmal begünstigt die *kritisch-reflexive Erkenntnisproduktion*, die das 2. Konstitutionskriterium für *Akademische Wissenschaftlichkeit*, nebst der *technisch-funktionalen Wissensproduktion* (1. Konstitutionskriterium), repräsentiert.

Zum Ansatz einer Psychotherapiewissenschaft, die für die Akademisierungsambition der Psychotherapie von Nutzen ist

Was also die Problematik der Wissenschaftlichkeit der Psychotherapie *im akademischen Sinne* betrifft, bedürfen die an sich stringenten Überlegungen Erismanns einer Ergänzung. Dabei muss zunächst eine Begriffsdifferenzierung zwischen den Termini *Psychotherapie* (PT), *Psychotherapiewissenschaft* (PTW) und *Akademische Psychotherapie* (APT) dergestalt vorgenommen werden, dass sich die Frage sinnvoll stellen lässt, ob eine Art von PTW denkbar ist, die dazu beitragen kann, dass PT zur APT avanciert.

Auf Initiative meines Kollegen Martin Jandls und mir ist im Jahr 2008 im institutionalisierten Rahmen der SFU Wien mit der Gründung des *1. Experimentalhermeneutischen Labors der PTW* ein Grundlagenforschungsprogramm in Schwung gekommen, das für eine positive Antwort auf genau diese Frage steht (Greiner et al., 2009, 2010; Greiner & Jandl, 2012, 2015; Greiner, 2011, 2012, 2013a, 2015a, b). Zumindest belegen die vielen Aktivitäten am *Institut für Hermeneutische Therapieschulenforschung und Therapieschulendialog* (Fakultät PTW), dass die geforderte wissenschaftshermeneutische Reflexion der spezifischen Funktionsweise einer psychotherapeutischen Disziplin sowohl über dialogische Begegnungen mit anderen Psychotherapieschulen als auch über systematische Konfrontationen mit künstlerischen Medien oder sonstigen kulturellen Sinngebilden (Objektivationen) nachweislich gelingt. Für die methodische Umsetzung und Durchführung solcher Bezugnahmen wurden im Forschungsprogramm der *Experimental- und Imaginativhermeneutischen PTW* theorienanalytische Werkzeuge entwickelt, bei denen es sich um innovative, teilweise sogar radikal-kreative (*bizarrosophische*) Techniken des Sinnverstehens handelt, die allesamt auf dem kulturkonstruktivistischen Grundgedanken des irritationslogischen «Verfremdens» nach Wallner basieren (Greiner, 2007, 2013a; Greiner & Jandl, 2012, 2015; Greiner et al., 2013; Jandl, 2006; Wallner, 1992a, b, 2002).

Diese theorienanalytischen Reflexionsmethoden können dabei den folgenden zwei grossen Verfahrensgruppen zugeordnet werden: a) *Experimental- und Imaginativhermeneutische Verfahren für den Dialog zwischen psychotherapeutischen Disziplinen* sowie b) *Experimental- und Imaginativhermeneutische Verfahren für den Dialog mit künstlerischen Medien*. Als Instrumentarien der Verfahrensgruppe a) gelten die *Experimentelle Trans-Kontextualisation im Standardisierten Therapieschulendialog (ExTK/TSD)*, das *Intertherapeutische Text-Puzzle (ITTP)*, der *Intertherapeutische Bild-Prozess (ITBP)* sowie die *Intertherapeutischen Medien-Spiele (ITMS)* in ihren drei inter-therapeutischen Verfahrensmodi *Psycho-Mimik-Analyse (PMiA)*, *Psycho-Musik-Analyse (PMuA)* und *Psycho-Tanz-Analyse (PTA)* (Greiner, 2012, 2013a, d; Greiner & Jandl, 2012).

Als Analysewerkzeuge der Verfahrensgruppe b) sind das *Psycho-Text-Puzzle (P-T-P)*, der *Psycho-Bild-Prozess (PBP)*, das *kleine* und das *grosse Psycho-Bild-Spiel (PBS/k, PBS/g)* sowie die (analog zu den ITMS ebenso in drei Verfahrensvarianten konzeptualisierten) *Psycho-Medien-Spiele (PMS)* zu nennen (Greiner & Jandl, 2012, 2015; Greiner et al., 2013; Greiner, 2013b, c, 2014).

Es sei ausdrücklich betont, dass die *Greiner-Jandl-Initiative* im Zeichen des programmatischen Imperativs «Therapieschulenforschung von innen!» bzw. «Therapieschulenforschung von und für Psychotherapeut/innen!» angesetzt ist. Damit soll klar gesagt werden, dass mit diesen neuartigen, aussergewöhnlichen Untersuchungsinstrumentarien keinesfalls die Eröffnung einer weiteren intellektuellen Spielwiese etwa für Philosoph/innen oder andere Geisteswissenschaftler/innen intendiert ist. Das wäre ein grobes Missverständnis die Adressat/innen unserer methodologischen Erzeugnisse betreffend. Die konzipierten experimental- und imaginativhermeneutischen Verfahren und Techniken sind als methodische Angebote zu verstehen, die im Speziellen für therapieschulenforschende Absolvent/innen der SFU Wien gedacht sind, die darüber hinaus aber sehr wohl von allen an reflexionswissenschaftlicher Theorieforschung interessierten Psychotherapeut/innen für die Planung, Gestaltung und systematische Durchführung derartiger Analyseprojekte unbedingt genutzt werden sollten, damit die kritisch-reflexive Erkenntnisproduktion in einem noch grösseren Ausmass ins Rollen kommen kann.

Wie Experimentalhermeneutische Laborforschung praktisch funktioniert

Ein nun folgendes dialogexperimentelles Durchführungsbeispiel soll veranschaulichen, wie *experimentalhermeneutisches Forschen zwischen psychotherapeutischen Disziplinen* an der SFU Wien funktioniert. Im Zuge dieser sogenannten *Dialogoperation* werden die standardisierten Regelschritte des Verfahrens der *Experimentellen Trans-Kontextualisation (ExTK im TSD)* auf die Konfrontation zwischen der «Strukturalen Psychoanalyse» (nach Jacques Lacan) und der «Transaktionsanalyse» (nach Eric Berne)

angewandt. Dabei wird speziell das *Diskursfeld Therapie-theorie* unter die Therapieschulen-interdisziplinäre Lupe genommen. Soll die wissenschaftshermeneutische Erkenntnisproduktion auf dem Gebiet der Psychotherapie tatsächlich auf überzeugende Art und Weise in Gang kommen, dann müssen selbstverständlich sämtliche therapieschulenkonstitutive Diskursfelder, wie etwa das anthropologische, das ethische, das sexualtheoretische, das psychopathologische Diskursfeld etc., in viele theorienreflexive Erkundungsdurchgänge involviert werden. Dieser wichtige Hinweis soll klar machen, dass die hier entwickelte Demonstration freilich nur einen ersten, vagen Eindruck von der Funktion der experimentalhermeneutischen PTW vermitteln kann. Darüber hinaus besteht der Zweck dieser Modellanalyse allein in der Illustration des strukturellen Prozesses einer wissenschaftshermeneutischen Untersuchung; nicht zuletzt deshalb, weil sie vom Methodenentwickler selbst und damit von einem Nicht-Therapeuten durchgeführt wurde.

Psychotherapeutisches Handeln im Sinne der Strukturalen Psychoanalyse ist hinsichtlich des Therapieziels an der «Freilegung eines hinter dem sich wissenden Ich verborgenen anderen Subjekts» interessiert. Diese zentrale Grundauffassung, die als ein charakteristisches Strukturelement der struktural-psychoanalytischen Disziplin betrachtet werden kann (Lacan; zit. n. Pagel, 1991, S. 24), wird zu exemplarischen Zwecken versuchsweise in die psychotherapeutische Disziplin der Transaktionsanalyse *trans-kontextualisiert* (verfremdungstechnisch übertragen).¹ Damit ist folgende Festlegung getroffen:

- *Herkunftskontext (HK)*: Als «eigene» Therapiedisziplin, die es hier kritisch-reflexiv zu erkunden gilt, wird im vorliegenden Beispiel die Strukturale Psychoanalyse betrachtet.
- *Verfremdungskontext (VK)*: Als heteromorphe Therapiedisziplin, in dessen Strukturgefüge eine *Experimentelle Trans-Kontextualisation (ExTK)* durchgeführt werden soll, dient die Transaktionsanalyse.
- *Diskursfeld (Df)*: Im Herkunftskontext wird ein *Transponat* (ein zu übertragendes Theorieelement) aus dem Grundlagenbereich «Therapietheorie» entnommen.

A) Auswahl und Bestimmung des Transponats (T)

- *Transponat (T)*: In der struktural-psychoanalytischen Therapie geht es um die «Freilegung eines hinter dem sich wissenden Ich verborgenen anderen Subjekts» (Lacan; zit. n. Pagel 1991, S. 24).
- *Integrationsfreundlich-anmutender Transponats-Aspekt (ifa TA)*: In der struktural-psychoanalytischen Therapie geht es um die «Freilegung eines [...] verborgenen anderen Subjekts»/«sich wissendes Ich» (ebd.).

Hinweis: Aus bearbeitungstechnischen Gründen wird der ifa TA in diesem Beispiel in Aspektteil a) «sich wis-

¹ Dieses hier leicht strukturmodifizierte Durchführungsbeispiel ist in seiner ursprünglichen Form abgedruckt in Greiner (2012, S. 242–253).

sendes Ich» und Aspektteil b) «*In der Therapie geht es um die Freilegung eines verborgenen anderen Subjekts*» untergliedert. Folglich werden die Kurzexplikation der Herkunftsstruktur des ifa TA sowie dessen Übertragung in den Verfremdungskontext in zwei gesonderten Schritten versucht.

➤ *Integrationsfraglicher Transponats-Aspekt (if TA):* Das ist ein «hinter dem sich wissenden Ich verborgenes anderes Subjekt» (ebd.).

B.a) Kurzexplikation des integrationsfreundlich-anmutenden Transponats-Aspekts (ifa TA/a) in seinem originalen Strukturzusammenhang

Das «sich wissende Ich» bezeichnet Lacan in Anlehnung an Freuds Strukturbegriff des «Ich» auch als «moi» und bezieht sich mit diesem Terminus auf jenes egologische Phänomen, jene «reflexive» Form des «Ich», das «sich weiß» und das «sich denkt» (Pagel, 1991, S. 24). Im Zusammenhang mit der frühkindlichen Herausbildung und Ausgestaltung des «sich wissenden Ichs» spricht Lacan vom sogenannten «Spiegelstadium», das die «Matrix aller identifikatorischen Prozesse» repräsentiert. Bei diesem Entwicklungsvorgang des «Sich-Selbst-Hervorbringens des Ichs» soll der Begriff des Spiegels vor allem als «Modell für die Deskription einer imaginären Intersubjektivität» verstanden werden (ebd., S. 33f.).

C.a) Übersetzung und Einbau

C.a.a) *Auffinden und Vorstellen einer Heterokontextuellen Kopplung für den ifa TA/a*

Lacans Begriff des «sich wissenden Ichs», mit dem also jene Ich-Struktur angesprochen wird, die «sich weiß» und «sich denkt», soll nun in Verbindung gebracht werden mit dem transaktionsanalytischen Terminus des «integrierten Erwachsenen-Ich-Zustands» bei Berne. Springer (1994, S. 94) erklärt, dass sich das «integrierte Erwachsenen-Ich» bei miteinander zufriedenstellend kommunizierenden Menschen «in ihrem Fühlen für sich und andere, in ihrem klaren, uneingeschränkten Denken über sich, über Situationen und Menschen, in einem realitätsangemessenen Verhalten zu sich und anderen manifestiert.»

➤ *Heterokontextuelle Kopplung für den ifa TA/a:* Das «integrierte Erwachsenen-Ich» manifestiert sich bei Menschen «in ihrem klaren, uneingeschränkten Denken über sich, über Situationen und Menschen, in einem realitätsangemessenen Verhalten zu sich und anderen» (ebd.).

C.a.b) *Kurzexplikation der Heterokontextuellen Kopplung in ihrem originalen Strukturzusammenhang*

Transaktionsanalytische Psychotherapeut/innen sprechen vom «Kindheits-, Eltern- sowie Erwachsenen-Ich» und

beziehen sich mit dieser speziellen Ich-Zustands-Differenzierung auf drei unterscheidbare Kategorien menschlichen Denkens, Fühlens und Handelns. Die kindhaften Aktions- und Reaktionsformen des «Kindheits-Ich-Zustands», die elterlichen Denk- Fühl- und Handlungsweisen des «Eltern-Ich-Zustands» sowie die erfahrungsbezogenen und realitätsorientierten Verhaltens- und Aktivitätsmöglichkeiten des «Erwachsenen-Ich-Zustands» stellen als wesentliche Persönlichkeitsbestandteile nach Berne (1975, S. 24) bei jedem Menschen lebenslänglich wirksame Funktionsbereiche dar. Springer (1994, S. 94) fokussiert den letztgenannten Ich-Zustand und schreibt:

«Wann immer Menschen zufriedenstellend miteinander auskommen, tun sie das, in der Sprache der Transaktionsanalyse ausgedrückt, aus einem integrierten Erwachsenen-Ich-Zustand heraus. In ihrem Fühlen für sich und andere, in ihrem klaren, uneingeschränkten Denken über sich, über Situationen und Menschen, in einem realitätsangemessenen Verhalten zu sich und anderen manifestiert sich dieses integrierte Erwachsenen-Ich.»

C.a.c) *Demonstration der Schnittmenge im Diskursfeld (Df)*

Ein funktionierender trans-kontextueller Brückenschlag zwischen den heterokontextuellen Begriffsformen der beiden Dialogpartner («sich wissendes Ich» bei Lacan und «integrierter Erwachsenen-Ich-Zustand» bei Berne) wird im Umstand sichtbar, dass die Erscheinungsweise des «klaren, uneingeschränkten Denkens über sich» (Springer), von dem transaktionsanalytische Therapeut/innen sprechen, für die egologische Figur des «sich wissenden Ichs» (reflexives «moi») im struktural-psychoanalytischen Kontext konstitutiv zu sein scheint. Jetzt bleibt eigentlich nur noch zu überprüfen, ob sich auch im transaktionsanalytischen Verständnis *hinter* diesem «sich wissenden Ich» (Lacan), das sich bei Berne im «integrierten Erwachsenen-Ich-Zustand» zeigt, «ein anderes Subjekt verbirgt», von dessen Existenz man in der struktural-psychoanalytischen Disziplin weiss und das es in der psychotherapeutischen Arbeit schliesslich «freizulegen» gilt.

B.b) Kurzexplikation des integrationsfreundlich-anmutenden Transponats-Aspekts (ifa TA/b) in seinem originalen Strukturzusammenhang

Bei Lacans «sich wissendem Ich», dem reflexiven «moi», handelt es sich um ein «fiktionales Ich». Struktural-psychoanalytische Therapeut/innen machen nun dieses «sich wissende Ich», das durch eine «von Eigenliebe beherrschte Form der Intersubjektivität» charakterisiert ist, für jene «Distanz» verantwortlich, die das Subjekt von seinem «eigentlichen, irreflexiven Ich» trennt. Dieses «wahre Ich» wird von Lacan als «je» oder auch als «sujet de l'inconscient» bezeichnet, das als «Subjekt des Unbewussten» nie unmittelbar präsent ist (Pagel, 1991, S. 40f., 51). Psychotherapeut/innen des Lacani-

anischen Lagers haben also zunächst sorgfältigst zwischen der sich entfaltenden Rede des imaginären «moi» («sich wissendes Ich») und einer verborgenen «anderen Rede» des Unbewussten zu unterscheiden, um jenes «es spricht» überhaupt vernehmen zu können, in dem sich das «wahre» Subjekt des «je» («verborgenes anderes Subjekt») artikuliert (ebd., S. 118). Schliesslich geht es in der struktural-psychoanalytischen Therapie darum, «das Subjekt zu seinem eigentlichen Sein bzw. zu seinem «Seinsverfehlen» in der Sprache zu führen [...] und die Wahrheit hinter dem falschen Objektivismus hervortreten zu lassen» (ebd., S. 122f.).

C.b) Übersetzung und Einbau

C.b.a) Auffinden und Vorstellen einer Heterokontextuellen Kopplung für den ifa TA/b

Der ifa TA/b «*In der Therapie geht es um die Freilegung eines verborgenen anderen Subjekts*» wirft nun die Frage auf, ob im transaktionsanalytischen Denken ein Korrelat für Lacans «verborgenes anderes Subjekt» existiert, das sich vom «sich wissenden Ich» unterscheidet und das es für therapeutische Zwecke «freizulegen gilt». Das «Erwachsenen-Ich» im Sinne Bernes muss nicht in jedem Fall gut funktionieren und einen «integrierten Zustand» aufweisen. Wenn dieser spezielle Ich-Bezirk blockiert und nicht leistungsfähig genug ist, dann sprechen transaktionsanalytische Therapeut/innen von einer «Trübung des Erwachsenen-Ichs». Mögliche Ursachen für diese «Trübung» werden im strukturellen Kontext der beiden anderen Ich-Sektoren aufgestöbert, das heisst, in der Hypertrophie gewisser Kindheits-Ich- und/oder Eltern-Ich-Aspekte erkannt. Die störende Wirkungsdominanz dieser beiden Ich-Aspekte gilt es mittels transaktionsanalytischer Methoden sichtbar zu machen, um eine therapeutische «Befreiung des Erwachsenen-Ichs» zu erreichen, die wiederum die Voraussetzung für die Herstellung eines «integrierten» Status darstellt (Harris, 1995, S. 119ff., 218f.). In diesen therapietheoretischen Auffassungszusammenhang scheint der ifa TA/b «*In der Therapie geht es um die Freilegung eines verborgenen anderen Subjekts*» aus dem Herkunftskontext der struktural-psychoanalytischen Disziplin tatsächlich integrierbar zu sein.

➤ *Heterokontextuelle Kopplung für den ifa TA/b:* Mithilfe der Transaktionsanalyse gilt es, dominante Kindheits-Ich- und/oder Eltern-Ich-Aspekte sichtbar zu machen, damit die therapeutische Umwandlung eines «getrübten Erwachsenen-Ichs» in einen «integrierten Zustand» gelingen kann (ebd.).

C.b.b) Kurzexplikation der Heterokontextuellen Kopplung in ihrem originalen Strukturzusammenhang

Psychotherapeut/innen, die sich in der transaktionsanalytischen Disziplin bewegen, wissen aus ihrer analytisch-therapeutischen Erfahrung, dass das qualitative Phänomen eines «integrierten Erwachsenen-Ich-Zustands» in der

zwischenmenschlichen Kommunikation eher selten zu beobachten ist. Harris berichtet, dass «das Erwachsenen-Ich eines Menschen [...] durch alte Aufzeichnungen aus der Vergangenheit geschädigt sein» kann, und er weist darauf hin, dass es bei manchen Menschen bereits «so geschwächt [ist], dass sie nicht mehr weiterkommen. Sie sind durch wiederholtes Versagen verkrüppelt oder durch Schuldgefühle erstarrt. Häufig kommt es zu körperlichen Symptomen.» (Harris, 1995, S. 215). Exemplarisch führt er eine diagnostische Formulierung an, mit der er «Erwachsenen-Ich-geschwächte» Analysanden konfrontieren könnte: «Sie haben eine Menge NICHT-O.K. in Ihrem Kindheits-Ich, und Ihr Erwachsenen-Ich ist dadurch erheblich getrübt. Darum lässt es Sie zuweilen unangemessen reagieren und gibt Ihrem drohenden Eltern-Ich eine Gelegenheit, auf Ihr Kindheits-Ich einzuschlagen [...]» (ebd., S. 219)

In der transaktionsanalytischen Perspektive wird ein Hauptgrund für das gestörte Zusammenspiel der differentiellen Ich-Funktionen in der sogenannten «Trübung» gesehen. Transaktionsanalytische Psychotherapeut/innen unterscheiden hierbei zwei verschiedene Verursachungsmöglichkeiten («Eltern-Ich-bedingt», «Kindheits-Ich-bedingt») und drei differente Erscheinungsweisen (Vorurteile, Einbildungen und Halluzinationen) der «Erwachsenen-Ich-Trübung». Harris (ebd., S. 120f.) erläutert zunächst

«die Trübung des Erwachsenen-Ichs durch liegengeliebene, ungeprüfte Daten aus dem Eltern-Ich, die als wahr objektiviert worden sind. Hierbei handelt es sich um *Vorurteile*. Auf diese Weise werden Dogmen [...] bei Transaktionen auf der Basis von Vorurteilen objektiviert, bevor sie durch Informationen über die Realität (Erwachsenen-Ich) kontrolliert werden können. Vorurteile entwickeln sich in der frühen Kindheit, wenn die beschützenden Eltern die nähere Untersuchung bestimmter Gegenstände unterbinden. Aus Furcht vor elterlichem Tadel wagt das Kind nicht, diese Untersuchungen dennoch anzustellen. [...] das Eltern-Ich in diesen Menschen hat einen Teil ihres Erwachsenen-Ichs fest im Griff, und sie umgeben ihren voreingenommenen Standpunkt mit allen möglichen und unmöglichen Argumenten, nur um bei ihrer Einstellung bleiben zu können.»

Die zweite Verursachungsmöglichkeit der Erwachsenen-Ich-Trübung erfolgt

«durch das Kindheits-Ich mit Gefühlen oder archaischen Erlebnissen, die – vollkommen unangemessen – in der Gegenwart objektiviert werden. Die beiden häufigsten Symptome dieser Art der Trübung sind *Einbildungen* und *Halluzinationen*. Eine wahnhaftige Einbildung beruht auf Furcht. [...] Eine Halluzination ist ein Phänomen, das durch äussersten Stress hervorgerufen wird und bei dem eine frühere äussere Erfahrung – Erniedrigung, Zurückweisung, Tadel – wieder äusserlich erlebt wird, obwohl «keiner da ist» (ebd., S. 121f.).

Von Bernes «integriertem Erwachsenen-Ich-Zustand» als hypothetisches Korrelat für Lacans «sich wissendes Ich» unterscheiden sich natürlich die potenziell «Erwachsenen-Ich-einschränkenden» Ich-Zustände sowohl des «Eltern-Ichs» (Vorurteile), als auch des «Kindheits-Ichs» (Einbildungen und Halluzinationen). Beide Ich-Aspekte (Eltern-Ich und Kindheits-Ich) sind als mögliche Störungsquellen zwar «intra-psychisch» bzw. «intra-personell» wirksam, ohne aber deshalb vom betroffenen Subjekt – ausserhalb der analytischen Situation jedenfalls – reflexiv wahrgenommen, das heisst bewusst registriert werden zu können. Für weitere therapeutische Interventionen sind sie zuerst einmal über den transaktionsanalytischen Zugang «freizulegen» und «sichtbar zu machen».

C.b.c) *Demonstration der Schnittmenge im Diskursfeld (Df)*

In der Tat besteht für Lacans Konstruktion eines «irreflexiven Ichs», eines vom «sich wissenden Ich» unterscheidbaren «anderen Subjekts» eine potenzielle Integrationschance in Bernes Therapieterrain. Speziell der Strukturaspekt spezifischer Persönlichkeits-Segmente (Eltern-Ich-Zustand, Kindheits-Ich-Zustand), deren ontogenetisch bedingte qualitative Beschaffenheit als unreflektierbare Ursache für die Verhinderung einer realitätsangepassten Ich-Funktions-Entwicklung («integrierter Erwachsenen-Ich-Zustand») identifiziert werden kann, bietet im transaktionsanalytischen Feld eine trans-kontextuelle Übersetzungsmöglichkeit für Lacans Figur eines «verborgenen anderen Subjekts». Die (dominante) Existenz eines solchen «verborgenen anderen Subjekts» lässt sich in Bernes Kontext demnach in der hypertrophen Ausprägung der Eltern-Ich- und/oder Kindheits-Ich-Instanz transaktionsanalytisch aufweisen – vorausgesetzt allerdings, das Erwachsenen-Ich zeigt sich als geschwächt, geschädigt, nicht-integriert. Der ifa TA/b «*In der Therapie geht es um die Freilegung eines verborgenen anderen Subjekts*» aus der struktural-psychoanalytischen Disziplin soll nun im transaktionsanalytischen Revier folgendermassen angewandt werden: In vielen Fällen «verbirgt» sich ein potenziell zweigliedriges «anderes Subjekt» (dominanter Kindheits-Ich- und/oder Eltern-Ich-Aspekt), das es zu therapeutischen Zwecken unbedingt dann «freizulegen» gilt, wenn es das «sich wissende Ich» (integrierter Erwachsenen-Ich-Zustand) in seiner vollen Funktionsweise blockiert bzw. «trübt» (durch Eltern-Ich-bedingte «Vorurteile» und/oder Kindheits-Ich-bedingte «Einbildungen», «Halluzinationen») und damit einen «nicht-integrierten Erwachsenen-Ich-Zustand» verursacht.

D) **Kritische Testung des heterokontextuellen Integrationsversuchs**

D.a) *Fokus auf den integrationsfraglichen Aspekt des Transponats (if TA)*

Im ausgewählten Transponat aus dem Herkunftskontext der Strukturalen Psychoanalyse «verbirgt» sich die-

ses «andere Subjekt» *hinter* dem «sich wissenden Ich» (if TA). Mit der Thematisierung des integrationsfraglichen Transponats-Aspekts (*ein hinter dem «sich wissenden Ich» verborgenes anderes Subjekt*) wird jetzt folgende Frage spannend: Welche Position nimmt in der transaktionsanalytischen Denktradition das potenziell zweigliedrige «andere Subjekt» (dominanter Kindheits-Ich- und/oder Eltern-Ich-Aspekt) im Verhältnis zum «sich wissenden Ich» (integrierter Erwachsenen-Ich-Zustand) ein? Lassen sich – analog zu Lacans theoretischer Perspektive – «dominante Kindheits-Ich- und/oder Eltern-Ich-Aspekte» (anderes Subjekt) *hinter* dem «integrierten Erwachsenen-Ich-Zustand» (sich wissendes Ich) auffinden?

D.b) *Überprüfung der heterokontextuellen Übertragungseignung angesichts des if TA*

Zur Rekonstruktion: Unter C.b.c) wird zunächst behauptet, dass sich die (dominante) Existenz eines solchen «verborgenen anderen Subjekts» in Bernes Kontext in der hypertrophen Ausprägung der Eltern-Ich- und/oder Kindheits-Ich-Instanz transaktionsanalytisch aufweisen lässt. Es wird aber gleichzeitig auch auf die notwendige Bedingung für diese spezifische Konstellation hingewiesen. Nur unter der Voraussetzung, dass sich der Erwachsenen-Ich-Zustand als geschwächt, geschädigt, das heisst nicht-integriert darstellt, macht die Bemühung um eine «Freilegung eines verborgenen anderen Subjekts» im Feld der Transaktionsanalyse überhaupt Sinn. Exakt an dieser Stelle zeigt sich jetzt eine unüberbrückbare Kluft zwischen Lacans und Bernes Ansatz. Funktioniert nämlich das «sich wissende Ich» (Lacan) in der Form eines «integrierten Erwachsenen-Ich-Zustands» (Berne) zufriedenstellend, dann erweist sich die Intention, ein «verborgenes anderes Subjekt freizulegen», als Absurdität. In diesem Ich-Funktions-Status nach einem «anderen Subjekt» zu suchen, wirkt deshalb widersinnig, weil sich Kindheits-Ich- und/oder Eltern-Ich-Aspekte infolge der Erwachsenen-Ich-Konsolidierung auch nicht als «anderes Subjekt» artikulieren. Transaktionsanalytisch betrachtet kann demnach gar kein «anderes Subjekt» *hinter* einem «integrierten Erwachsenen-Ich-Zustand» («sich wissendes Ich») existieren, das es freizulegen gälte. Im Falle einer «Erwachsenen-Ich-Trübung» sind Kindheits-Ich- und/oder Eltern-Ich-Aspekte («anderes Subjekt») dermassen «dominant», dass sie vielmehr *anstelle* eines «integrierten Erwachsenen-Ich-Zustands» («sich wissendes Ich») treten.

➤ *Präsentation des Extrahierten Kontradikts (Ort des Widerspruchs):* In der transaktionsanalytischen Disziplin spricht man vom Phänomen der «Trübung des Erwachsenen-Ichs», das mit dem häufig anzutreffenden Umstand zusammenhängt, dass «das Erwachsenen-Ich eines Menschen [...] durch alte Aufzeichnungen aus der Vergangenheit geschädigt sein» kann. Tatsächlich ist es «bei manchen Menschen [...] so geschwächt, dass sie nicht mehr weiterkommen. Sie sind durch wiederholtes Versagen verkrüppelt oder durch Schuldgefühle erstarrt. Häufig kommt es zu körperlichen Symptomen» (Harris, 1995, S. 215).

D.c) *Heterokontextueller Übertragungsbruch
am Kontrakt*

Auch im psychotherapeutischen Kontext nach Berne ist man darum bemüht, ein vom «sich wissenden Ich» («integrierter Erwachsenen-Ich-Zustand») unterscheidbares «anderes Subjekt» («dominante Kindheits-Ich- und/oder Eltern-Ich-Aspekte») in therapeutischer Absicht über analytische Zugänge in den Griff zu bekommen. Allerdings wird diese Unternehmung nur dann notwendig und auch möglich, wenn sich das Erwachsenen-Ich der/s Klientin/en infolge einer «Trübung» als «nicht integriert» erweist. Erst wenn der «integrierte Status» des Erwachsenen-Ichs «trübungsbedingt» aufgelöst ist, lässt sich ein «anderes Subjekt» transaktionsanalytisch nachweisen, weil «dominante Kindheits-Ich- und/oder Eltern-Ich-Aspekte» immer nur *anstelle* des «sich wissenden Ichs» existieren. An diesem Sachverhalt bricht der transkontextuelle Integrationsversuch definitiv. Die struktural-psychoanalytische Transponatsaussage aus dem Diskursfeld «Therapietheorie» nach Lacan «In der Therapie geht es um die Freilegung eines *hinter* dem «sich wissenden Ich» verborgenen anderen Subjekts» (T) müsste demnach modifiziert werden in die Formulierung «In der Therapie geht es um die Freilegung eines *anstelle* des «sich wissenden Ichs» verborgenen anderen Subjekts», damit sie in die transaktionsanalytische Disziplin integrierbar wird. Pointiert lässt sich behaupten, dass die struktural-psychoanalytischen Interventionen überhaupt erst dann beginnen können, nachdem der/die Psychotherapeut/in im Sinne Bernes seine/ihre transaktionsanalytisch-therapeutische Arbeit erfolgreich abgeschlossen hat. Erst wenn ein «integrierter Erwachsenen-Ich-Status» erreicht ist, kann man hinter diesem «sich wissenden Ich» mit der «Freilegung» eines «verborgenen anderen Subjekts» im Sinne Lacans analytisch ansetzen.

Wie auch immer, Faktum ist, dass sich in diesem Dialogexperiment tatsächlich ein unüberwindlicher Spalt, eine fundamentale Heterogenität im therapietheoretischen Anspruch der beiden psychotherapeutischen Ansätze offenbart, weshalb man auch ein Scheitern der struktural-psychoanalytischen Zielsetzung im Kontext der methodologischen Rahmenbedingungen nach Berne konstatieren muss.

E) **Reflexionsprofit**

Struktural-psychoanalytische Therapeut/innen können aber aus der diskursiven Begegnung mit der transaktionsanalytischen Denktradition lernen, dass selbst das «sich wissende Ich», das «reflexive moi» – so «imaginär» und «fiktional» es auch immer sein mag – eine strukturelle Plastizität, eine qualitative Form- und Veränderbarkeit aufweist, die man mit analytischen Zugängen und therapeutischen Mitteln beeinflussen kann und auch muss, weil der Status quo des «bewussten Ichs», das «sich denkt» und «sich weiß», für das Zustandekommen und für den gelingenden Prozess zwischenmenschlichen Kommunizierens, für die Produktion von erfolgreich funktionierender Intersubjektivität in der Lebenswelt höchstrelevant ist. Potenziell könnte

eine Erfahrung bzw. ein gedanklicher Impuls dieser Art zu theoriekritischen Auseinandersetzungen mit den konzeptuellen Bedingungen des eigenen Therapieverständnisses anregen, die sich möglicherweise sogar auf die Genese therapiemethodologischer Innovationsschritte auswirken.

F) **Zusammenfassung der Dialogresultate**

Ergebnisse der dialogischen Konfrontation zwischen Therapiedisziplin Strukturelle Psychoanalyse (HK) und Therapiedisziplin Transaktionsanalyse (VK) im Diskursfeld (Df) Therapietheorie am Transponat (T) «In der Therapie geht es um die Freilegung eines hinter dem sich wissenden Ich verborgenen anderen Subjekts.» (Lacan in Pagel, 1991, S. 24) gemäss der verwendeten Datenbasis.

F.a) *Transponats-relative Schnittmenge
im Diskursfeld (Df) Therapietheorie
gemäss der verwendeten Datenbasis*

In Bezug auf das Transponat lässt sich folgende Gemeinsamkeit zwischen der struktural-psychoanalytischen (Lacan) und der transaktionsanalytischen (Berne) Disziplin feststellen: Sowohl im therapeutischen Kontext Lacans als auch Bernes rechnet man mit der psychischen Wirklichkeit einer reflexiven Ich-Struktur, die «sich weiß» und «sich denkt». Ebenso kennt man in beiden psychotherapeutischen Disziplinen eine davon unterschiedene andersartige egologische Gestalt, deren Wirkungszusammenhänge ohne analytische Interventionen nicht reflexiv einholbar sind, das heisst, deren Strukturmerkmale gewissermassen im «Verborgenen» liegen und in der analytisch-therapeutischen Arbeit zuerst einmal freigelegt bzw. auf die Ebene einer bewussten Auseinandersetzung gehoben werden müssen.

F.b) *Transponats-relative Differenz
im Diskursfeld (Df) Therapietheorie
gemäss der verwendeten Datenbasis*

Der transponats-bezogene Unterschied zwischen den beiden psychotherapeutischen Disziplinen (Lacan und Berne) muss nun in der *Position* verortet werden, die die beiden Ich-Figuren im Verhältnis zueinander jeweils einnehmen. Während struktural-psychoanalytische Therapeut/innen darum bemüht sind, die verborgene Ich-Figur «hinter» der reflexiven Form des Ichs freizulegen, sind transaktionsanalytische Therapeut/innen damit beschäftigt, eine verborgene (potenziell zweigliedrige) Ich-Struktur aufzudecken, die aufgrund ihrer dominanten Ausprägung adäquat funktionierende reflexive Aktivitäten verunmöglicht und damit *anstelle* dieser selbstbezüglichen Gestalt des Ichs tritt.

F.c) *Transponats-relativer Reflexionsprofit
für die Strukturelle Psychoanalyse (HK)*

Der spezifische, transponats-bezogene Erkenntnisgewinn lässt sich im gescheiterten trans-kontextuellen Integri-

onsversuch für struktural-psychoanalytische Therapeut/innen in folgendem potenziellen Erfahrungszuwachs ausmachen: Es gibt jede Menge grundlegende therapeutische Arbeit zu leisten, noch bevor man mit analytischen Mitteln die individualhistorisch nuancierte, in sozialisationsgeschichtliche Bedingungen eingebettete, auf soziokulturell vorgeprägten Mustern basierende *Struktur der Selbstverständlichkeit* einer/s Klientin/en in strukturalistischer Manier aufzulösen beginnt. Die Erscheinungsweisen des selbstverständlichen *Sich-und-die-Welt-Kennens* sind vielfältige, mehr oder weniger gut funktionierende, zu meist aber beschädigte, sodass es selbst im *reflexiven Diesseits* noch viel genuin Psychotherapeutisches zu tun gibt. Schliesslich setzt eine zufriedenstellende Form des zwischenmenschlichen *Sich-Begegnens* in der psychosozialen Lebenswelt notwendigerweise ein funktionstüchtiges «sich wissendes Ich» voraus.

Auf dem psychotherapiewissenschaftlichen Weg zur Akademischen Psychotherapie

Es zeigt sich heute, dass sich nicht nur das älteste und damit früherprobte *Therapieschulen-interdisziplinäre* bzw. *inter-therapeutische* Analyseverfahren der *Experimentellen Trans-Kontextualisation (ExTK im TSD)*, dessen Funktionsweise anhand der soeben durchgeführten Modellanalyse vorgestellt wurde, in vielen SFU-Forschungsprojekten erfolgreich bewähren konnte (Bartl, 2016; Greiner et al., 2009, 2010; Greiner, 2011, 2012, 2013a; Greiner & Jandl, 2012; Seggl, 2018; Tichy, 2018), sondern dass sich die wissenschaftspraktische Tauglichkeit der jüngeren, *bizarrosophischen* Methoden und Techniken ebenso belegen lässt. Immerhin liegen hierzu mittlerweile neben einigen paradigmatischen Durchführungsbeispielen auch mehrere vorzeigbare approbierte SFU-Qualifizierungsstudien vor (Greiner & Jandl, 2012, 2015; Greiner et al., 2013; Greiner, 2013a–d, 2014). Insgesamt kann aktuell auf über 50 Graduierungsschriften verwiesen werden, die sich auf alle drei akademische Niveaus verteilen (Bakkalaureat, Magisterium, Doktorat), in denen mit experimental- und imaginativhermeneutischen Instrumentarien produktiv geforscht wurde. Da im Verlauf der vergangenen zwölf Jahre die Nützlichkeit unserer irritationslogischen Reflexionstechniken und radikal-kreativen Untersuchungsmethoden für die therapieschulenanalytische Grundlagenforschungspraxis offenkundig geworden ist, dürfen wir auch behaupten, dass wir mit unserem speziellen SFU-Programm der *Experimental- und Imaginativhermeneutischen PTW* einen konstruktiven Beitrag zum Akademisierungsprozess, zur Statuskarriere der Psychotherapie zu leisten imstande sind. Wir werden in die eingeschlagene Richtung jedenfalls weitermarschieren, weil vieles dafür spricht, dass wir uns damit auf dem besten Weg zur *Akademischen Psychotherapie* befinden.

Mit unserem Ansatz einer wissenschaftshermeneutisch konzeptualisierten PTW garantieren wir die methodischen Möglichkeiten, um in die komplexen Voraussetzungsstrukturen psychotherapeutischer Aktivitäten vertiefte

Einsichten zu gewinnen, und stellen so die kritisch-reflexive Erkenntnisproduktion für das einzelwissenschaftliche Fach Psychotherapie sicher. Verzichtet Psychotherapie aber auf die praktische Umsetzung dieses 2. Konstitutionskriteriums für akademische Wissenschaftlichkeit und begnügt sich damit, funktionales Anwendungswissen für die Therapiepraxis zu schaffen, verkürzt sie sich selbst auf die Ebene des technischen Handelns. Entwicklung und Ausbildung des instrumentellen Funktionsniveaus sind natürlich von essenzieller Bedeutung. Auch Erismann (2019, S. 16 i. d. Heft) bezieht sich auf das therapeutische Techniklevel, wenn er behauptet, dass in der Psychotherapie (wobei er selbst von PTW spricht und damit das meint, was wir unter PT verstehen) «der gemeinsame, dialogische Reflexionsprozess von PatientIn und TherapeutIn Ort des therapeutischen Heilens und der Wissensgenerierung» ist. Wer jedoch die Wissenschaftlichkeit der Psychotherapie allein an diesem 1. Konstitutionskriterium (technisch-funktionales Wissen) festzumachen versucht, der muss sich darüber auch im Klaren sein, dass damit noch kein überzeugendes wissenschaftstheoretisches Abgrenzungsmerkmal gegenüber anderen, mehr oder weniger methodenbasierten Wissens- und Praxisformen genannt ist. Wie auch immer die «Methode der Reflexion» (Erismann) theoretisch konzeptualisiert und technisch ausdifferenziert sein mag – die Verstehens-Werkzeuge des Auslegens, Deutens, Interpretierens und Reflektierens spielen nicht nur in der Psychotherapie eine zentrale Rolle, sondern haben ebenso in sämtlichen esoterischen, spiritistischen, fremdkulturellen etc. Praxen wissensgenerierende Funktion (1. Konstitutionskriterium), ohne dass diese Praxen dabei als *Akademische Wissenschaften* (1.+2. Konstitutionskriterium) gelten.

Literatur

- Bartl, A. (2016). «Der regressive Prozess» im therapieschulenübergreifenden Dialog. Eine Experimentelle Trans-Kontextualisation (ExTK) zwischen Psychoanalyse und Gestalttherapie. *Psychoanalyse und Körper*, 15(III), 61–84/81–110.
- Berne, E. (1975). *Was sagen Sie, nachdem Sie «Guten Tag» gesagt haben? Psychologie des menschlichen Verhaltens*. München: Kindler TB.
- Erismann, M. (2019; i. d. Heft). Der Wissenschaftsbegriff der Psychotherapiewissenschaft. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 9(2), 13–17.
- Greiner, K. (2007). *Psychoanalytik als Wissenschaft des 21. Jahrhunderts. Ein konstruktivistischer Blick auf Struktur und Reflexionspotential einer polymorphen Kontextualisations-Technik*. Frankfurt/M: Peter Lang.
- Greiner, K. (2011). *Integrationsprogramm Therapieschulendialog (TSD). Entwicklung einer textanalytischen Grundlagenforschung in der Psychotherapiewissenschaft*. Frankfurt/M: Peter Lang.
- Greiner, K. (2012). *Standardisierter Therapieschulendialog (TSD). Therapieschulen-interdisziplinäre Grundlagenforschung an der Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien/Paris (SFU)*. Wien: SFU-Verlag.
- Greiner, K. (2013a). *Methodenfabriplan Inter-Therapeutik (ITK). Transfermentische Psychotherapiewissenschaft an der SFU Wien*. Wien: SFU-Verlag.
- Greiner, K. (2013b). Psycho-Text-Puzzle: Theoriendiskursives Spielverfahren für die Psychotherapiewissenschaft. In F. Lan, F. G. Wallner & A. Schulz (Hrsg.), *Concepts of a Culturally Guided Philosophy of Science. Contributions from Philosophy, Medicine and Science of Psychotherapy* (S. 85–107). Frankfurt/M: Peter Lang.

- Greiner, K. (2013c). Psycho-Bild-Prozess (PBP): Imaginationsförderndes Reflexionsinstrumentarium für die Psychotherapiewissenschaft. In F. Lan, F.G. Wallner & A. Schulz (Hrsg.), *Concepts of a Culturally Guided Philosophy of Science. Contributions from Philosophy, Medicine and Science of Psychotherapy* (S. 109–126). Frankfurt/M: Peter Lang.
- Greiner, K. (2013d). Intertherapeutischer Bild-Prozess (ITBP). Eine transfermeneutische Forschungstechnik der Psychotherapiewissenschaft. *SFU Forschungsbulletin – SFU Research Bulletin*, 1, 41–55.
- Greiner, K. (2014). Interdisziplinäres Psycho-Text-Puzzle (P-T-P) am Beispiel Psychoanalyse kombiniert mit Wissenschaftstheorie. Eine experimentalhermeneutische Modellreflexion. *SFU Forschungsbulletin – SFU Research Bulletin*, 2, 1–15.
- Greiner, K. (2015a). Psychotherapia Academica Universitatis: A Philosophical Argument for the Academic Discipline of Psychotherapy. In O.C.G. Gelo, A. Pritz & B. Rieken (Hrsg.), *Psychotherapy Research. Foundations, Process, and Outcome* (S. 93–116). Wien: Springer.
- Greiner, K. (2015b). Akademische Psychotherapie. Philosophische Fundierung einer neuen Einzelwissenschaft an der Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien (SFU). In K. Greiner & M.J. Jandl (Hrsg.), *Bizarrosophie. Radikalkreatives Forschen im Dienste der akademischen Psychotherapie* (S. 11–34). Nordhausen: Traugott Bautz.
- Greiner, K. & Jandl, M.J. (2010). Novum Therapieschulendialog (TSD): Methodologische Prinzipien einer theorien-integrativen Psychotherapiewissenschaft. In K. Greiner, M.J. Jandl & F.G. Wallner (Hrsg.), *Aus dem Umfeld des Konstruktiven Realismus. Studien zu Psychotherapiewissenschaft, Neurokritik und Philosophie. Culture and Knowledge*, Bd. 14 (S. 15–41). Frankfurt/M: Peter Lang.
- Greiner, K. & Jandl, M.J. (2012). *Das Psycho-Text-Puzzle und andere Beiträge zu Psychotherapiewissenschaft und Philosophie*. Wien: SFU-Verlag.
- Greiner, K. & Jandl, M.J. (Hrsg.). (2015). *Bizarrosophie. Radikalkreatives Forschen im Dienste der akademischen Psychotherapie*. Nordhausen: Traugott Bautz.
- Greiner, K. & Jandl, M.J. & Burda, G. (2013). *Der Psycho-Bild-Prozess und andere Beiträge zu Psychotherapiewissenschaft und Philosophie*. Wien: SFU-Verlag.
- Greiner, K., Jandl, M.J. & Paschinger, O. (Hrsg.). (2009). Programmatik und Praxis im Therapieschulendialog (TSD). *Erste Beiträge zur dialogexperimentellen Theorien-Integration in der Psychotherapiewissenschaft*. Wien: SFU-Verlag.
- Greiner, K., Jandl, M.J. & Wallner, F.G. (Hrsg.). (2010). *Aus dem Umfeld des Konstruktiven Realismus. Studien zu Psychotherapiewissenschaft, Neurokritik und Philosophie. Culture and Knowledge*, Bd. 14. Frankfurt/M: Peter Lang.
- Harris, T.A. (1995). *Ich bin O.K. Du bist O.K. Wie wir uns selbst besser verstehen und unsere Einstellung zu anderen verändern können. Eine Einführung in die Transaktionsanalyse*. Reinbek/H: Rowohlt.
- Jandl, M.J. (2006). Verfremdung als literarische Strategie: Beckett und Kafka interpretiert von Anders und Adorno. In K. Greiner, F.G. Wallner & M. Gostentschnig (Hrsg.), *Verfremdung – Strangification. Multidisziplinäre Beispiele der Anwendung und Fruchtbarkeit einer epistemologischen Methode* (S. 113–142) Frankfurt/M: Peter Lang.
- Pagel, G. (1991). *Lacan zur Einführung*. Hamburg: Junius.
- Seggl, F. (2018). *Gestalt-Therapie und Systemische Therapie im Dialog. Eine psychotherapiewissenschaftliche Untersuchung auf experimentalhermeneutischer Basis*. Nordhausen: Traugott Bautz.
- Springer, G. (1994). Transaktionsanalyse. In G. Stumm & B. Wirth (Hrsg.), *Psychotherapie – Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis* (S. 90–100). Wien: Falter.
- Tichy, H.E. (2018). *Die Kunst präsent zu sein. Carl Rogers und das frühbuddhistische Verständnis von Meditation*. Münster: Waxmann.
- Wagner, E. (1996). Psychotherapie als Wissenschaft in Abgrenzung von der Medizin. In A. Pritz A (Hrsg.), *Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen* (S. 219–247). Wien: Springer.
- Wallner, F.G. (1992a). *Acht Vorlesungen über den Konstruktiven Realismus*. Wien: WUV.
- Wallner, F.G. (1992b). *Wissenschaft in Reflexion*. Wien: Braumüller.
- Wallner, F.G. (2002). *Die Verwandlung der Wissenschaft. Vorlesungen zur Jahrtausendwende*. Hamburg: Kovac.

Academic psychotherapy, psychotherapy science, and experimental hermeneutic lab research. A supplement to Markus Erismann's «Der Wissenschaftsbegriff der Psychotherapiewissenschaft» [The scientific notion of psychotherapy sciences]

This commentary on Markus Erismann's essay titled «Der Wissenschaftsbegriff der Psychotherapiewissenschaft» is designed as a supplement to the argumentation which intends to show what psychotherapy science designed in a scientific-hermeneutic manner could potentially contribute to the academic status of psychotherapy. Building on the theoretical discussion and methodological explanations, we demonstrate using a sample model analysis how this innovative fundamental research practice works, which can help advance psychotherapy into a genuine individual science.

Key words: academic psychotherapy, Markus Erismann, experimental and imaginative hermeneutic psychotherapy sciences, Greiner-Jandl initiative, therapeutic school research, therapeutic school dialog (TSD), experimental trans-contextualization (ExTK), Sigmund Freud PrivatUniversität Wien (SFU)

Psicoterapia accademica, psicoterapia scientifica e ricerca di laboratorio sperimentale ermeneutica. Un'integrazione a «Der Wissenschaftsbegriff der Psychotherapiewissenschaft» di Markus Erismann

Questo commento al saggio di Markus Erismann dal titolo «Der Wissenschaftsbegriff der Psychotherapiewissenschaft» (*Il concetto scientifico di scienza della psicoterapia*) è concepito come un'integrazione argomentativa in cui deve essere mostrato ciò che una psicoterapia scientifica concettualizzata scientificamente-ermeneuticamente può potenzialmente fare per la carriera accademica della psicoterapia. A seguito di discussioni teoriche e spiegazioni metodologiche sulla base di un'analisi esemplare del modello, viene così dimostrato come funziona quella pratica innovativa di ricerca di base che può contribuire all'avanzamento della psicoterapia a vera scienza singola.

Parole chiave: psicoterapia accademica, Markus Erismann, psicoterapia scientifica ermeneutica sperimentale e immaginativa, programma Greiner-Jandl, ricerca delle scuole di terapia, Therapieschulendialog (TSD), Transconstestualizzazione sperimentale (ExTK), Sigmund Freud PrivatUniversität Wien (SFU)

Der Autor

Kurt Greiner ist Professor der Psychotherapiewissenschaft an der Sigmund Freud PrivatUniversität (SFU) in Wien, wo er seit 2007 im Fachbereich Psychotherapiewissenschaftstheorie und Therapieschulenforschungsmethodologie lehrt und forscht.

Kontakt

Univ.-Prof. DDr. Kurt Greiner
Sigmund Freud PrivatUniversität Wien (SFU)
Galerie-Office 4003, Campus Prater
Freudplatz 1,
A-1020 Wien
E-mail: kurt.greiner@sfu.ac.at

Psychothérapie académique, science de la psychothérapie et recherche herméneutique expérimentale en laboratoire

Un complément à « La notion scientifique de la science de la psychothérapie »
de Markus Erismann

Kurt Greiner

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (2) 29–30 2019

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2-29>

Mots clés : psychothérapie académique, Markus Erismann, science de la psychothérapie expérimentale et herméneutique imaginative, initiative Greiner-Jandl, recherche des écoles thérapeutiques, dialogue entre les écoles de thérapie (TSD), transcontextualisation expérimentale (ExTK), Sigmund Freud PrivatUniversität Wien (SFU)

Ce commentaire de l'essai de Markus Erismann « La notion scientifique de la science de la psychothérapie » est conçu comme un complément d'argumentation tendant à montrer à quel point une science de la psychothérapie conceptualisée en termes d'herméneutique scientifique est potentiellement capable de contribuer à la carrière de statut académique de la psychothérapie.

Pour le philosophe zurichois Markus Erismann, le terme de « réflexion » joue un rôle central dans la réponse à la question de la « notion scientifique de la science de la psychothérapie ». La notion de réflexion apparaît tout de même à plusieurs endroits dans l'essai de justification d'Erismann, et sa conclusion finale est que : « Dans la science de la psychothérapie, le processus de réflexion commune à travers le dialogue entre le ou la patiente et le ou la thérapeute est le lieu de guérison thérapeutique et de production de connaissance. C'est la méthode de la réflexion qui fait l'autonomie et le caractère scientifique de la science de la psychothérapie » (Erismann ; i. d. cahier).

Bien qu'on ne puisse qu'approuver l'argumentation d'Erismann dans la mesure où le *principe fonctionnel de la réflexion* est certainement constitutif de l'ensemble des pratiques psychothérapeutiques de guérison et de production de connaissance, il convient simultanément d'attirer l'attention sur le fait que le *phénomène culturel occidental de la science* a toujours eu pour but, outre la *création méthodique de connaissances*, l'*acquisition méthodique de connaissances* (Wallner, 1992a ; 2002). Si la psychothérapie ne revendique par conséquent rien de plus que le fait de fonctionner de façon adéquate, elle se dégrade elle-même en une *technique scientifique de guérison ou de cure* qui se contente *seulement* de produire une connaissance méthodique sur les manières de manier utilement ses objets d'intention thérapeutique au plan instrumental. Si cependant la psychothérapie s'entend

comme une science académique à part entière, elle doit en outre s'efforcer de *produire de façon systématique des aperçus approfondis dans les structures complexes de ses activités professionnelles*, ce qui est la seule chose qui lui permettra d'obtenir finalement des connaissances différenciées concernant les conditions préalables et différenciées de son dossier scientifique méthodique. Cela veut dire que les disciplines psychothérapeutiques basées sur des écoles et des modalités doivent examiner avec un œil critique chacun de leurs modes de fonctionnement spécifiques en empruntant des stratégies herméneutiques scientifiques afin qu'un niveau de plus en plus différencié de compréhension de soi puisse se cristalliser au niveau des modes d'action et de réflexion psychothérapeutiques en permettant, *last but not least*, de rendre visibles, communicables, critiquables et discutables ses limites de sens et ses dimensions d'engagement.

En ce qui concerne par conséquent le caractère scientifique de la psychothérapie *au sens académique*, les réflexions rigoureuses d'Erismann ont besoin d'être complétées. Il faut ici établir une distinction entre les termes de psychothérapie (PT), de science de la psychothérapie (SPT) et de *psychothérapie académique* (PTA), de façon à ce qu'on puisse poser de façon sensée la question de savoir si on peut envisager une espèce de SPT capable de contribuer à l'avancement de la PT vers la PTA.

À l'initiative de mon collègue Martin Jandl et de moi-même, un programme de recherche fondamentale a été lancé en 2008 dans le cadre institutionnalisé de la SFU Vienne, avec la création du *1^{er} laboratoire herméneutique expérimental de la SPT* qui cherche précisément à donner une réponse positive à cette question (Greiner et al., 2009; Greiner & Jandl, 2010, 2012, 2015; Greiner, 2011, 2012, 2013a, 2015a, b). Il s'avère aujourd'hui que l'ensemble des méthodes, procédés et techniques de notre

science de la psychothérapie herméneutique expérimentale et imaginative ont pu faire leurs preuves avec succès dans de nombreux projets de recherche SFU (Bartl, 2016; Greiner et al., 2009, 2013; Greiner & Jandl, 2010, 2012, 2015; Greiner, 2011, 2012, 2013a, b, c, d, 2014; Seggl, 2018; Tichy, 2018). Nous pouvons actuellement nous référer en tout à plus de 50 thèses d'examen se répartissant sur les trois niveaux académiques (baccalauréat, maîtrise, doctorat), dans lesquels ont été menées des recherches productives sur les instruments herméneutiques expérimentaux et imaginatifs. Avec notre approche d'une SPT herméneutique scientifique conceptualisée, nous garantissons ainsi les possibilités méthodiques afin d'obtenir des aperçus approfondis des structures complexes des conditions préalables aux activités psychothérapeutiques en assurant ainsi la production de connaissances critiques-réflexives pour la science académique à part entière de la psychothérapie.

L'auteur

Kurt Greiner est professeur en science de la psychothérapie à la Sigmund Freud PrivatUniversität (SFU)/Université Privée Sigmund Freud à Vienne, où il enseigne et recherche depuis 2007 dans le domaine spécialisé de la théorie de la science de la psychothérapie et en méthodologie des écoles thérapeutiques.

Contact

Univ.-Prof. DDr. Kurt Greiner
Sigmund Freud Privat Universität Wien (SFU)
Galerie-Office 4003,
Campus Prater
Freudplatz 1
A-1020 Wien
E-mail : kurt.greiner@sfu.ac.at

Psychotherapie und Wissenschaft: eine Nabelschau?

Gerhard Burda

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (2) 31–40 2019

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2-31>

Zusammenfassung: Der Aufsatz geht mit Bezug auf die Texte «Wissenschaftstheoretische Überlegungen zur Psychotherapiewissenschaft» (2016) und «Der Wissenschaftsbegriff der Psychotherapiewissenschaft» (2019; i. d. Heft) von Markus Erismann den beiden Fragen nach, wie Psychotherapiewissenschaft als *eigenständige* Wissenschaft ausgewiesen werden kann und ob der «subjektive Faktor» mit einem allgemeinen Wissenschaftsbegriff zu vereinbaren ist. Die erste Frage betreffend wird für einen *externen* wissenschaftstheoretischen Zugang im Vergleich zu einem aus einer Nabelschau der Psychotherapien gewonnenen Begriff von Psychotherapiewissenschaft plädiert. Die zweite Frage betreffend wird gezeigt, dass Wissenschaft prinzipiell *selbst-different* ist und dass auch der verpönte «subjektive Faktor» nicht aus den Wissenschaften eliminiert werden kann.

Schlüsselwörter: Psychotherapiewissenschaft, Wissenschaftstheorie, Wissenschaft, Subjekt, Selbst-Differenz

Einleitung

Ich werde mich im Folgenden nicht nur auf den neu vorliegenden Text «Der Wissenschaftsbegriff der Psychotherapiewissenschaft» von Markus Erismann (2019; i. d. Heft) beziehen, sondern zunächst auch seinen älteren Text «Wissenschaftstheoretische Überlegungen zur Psychotherapiewissenschaft» (2016) besprechen. Im Anschluss steht der aktuelle Text zur Diskussion. Gleich vorweg: Worin ich Erismann zustimme, ist erstens, dass die dringende Notwendigkeit besteht, Psychotherapiewissenschaft als *eigenständige* Wissenschaft auszuweisen, und dass zweitens der für die Psychotherapie zentrale «subjektive Faktor» nicht einem einseitigen, vor allem naturwissenschaftlich orientierten Wissenschaftsbegriff geopfert werden sollte. Zwei Fallstricke sind jedoch bei diesem Unterfangen zu vermeiden: Der erste ergibt sich aus einem Wissenschaftsbegriff, der aus einer Nabelschau der Psychotherapieschulen gewonnen werden soll. Statt einer Nabelschau wäre eine *externe* wissenschaftstheoretische bzw. -philosophische Perspektive zu überlegen. Der zweite liegt in einem unkritischen Transfer von Begriffen wie «Wissenschaft» aus der allgemeinen Wissenschaftstheorie oder «Subjekt» aus einer besonderen Philosophie. Hier wäre zu bedenken, dass Wissenschaft, die Philosophien der Wissenschaften und auch die Wissenschaftstheorie in einer Denktradition stehen, in der die *conditio (in-)humana* in unterschiedlichen Facetten eines Gesamtpanoramas zur Sprache kommt. Gemeint ist die Traditionslinie, die vom Mythos über die Metaphysik als erste Wissenschaft hin zu den Wissenschaften, zur Wissenschaftstheorie und letztlich auch zur Psychotherapie (und damit zur Psychotherapiewissenschaft) führt. In dieser Tradition und ihrer inhärenten Kritik haben sich im Lauf der Geschichte differenzielle Denkweisen und

Auffassungen (*Selbst-Differenzen*)¹ herausgebildet, die es bei Begründungs- wie Abgrenzungsfragen der Psychotherapiewissenschaft sowohl in Hinblick auf andere wissenschaftliche Disziplinen als auch in Hinblick auf das Heilverfahren Psychotherapie zu berücksichtigen gilt (s. dazu Burda, 2019). Zum Abschluss wird die *interne* Selbst-Differenz der Psychotherapiewissenschaft thematisiert.

Wissenschaftstheoretische Überlegungen

Psychotherapie, Psychotherapiewissenschaft und Wissenschaftstheorie

Konzentrieren wir uns zunächst auf das Verhältnis von Psychotherapie, Psychotherapiewissenschaft und Wissenschaftstheorie. Ich zitiere zunächst das Abstract von Erismanns Aufsatz «Wissenschaftstheoretische Überlegungen zur Psychotherapiewissenschaft» (2016, S. 6):

«Wissenschaftstheorie – verstanden als Reflexion auf die wissenschaftliche Tätigkeit –, Methodologie – verstanden als Reflexion auf die wissenschaftliche Verfahrensweise – und Wissenschaftsgeschichte erhöhen den Grad an Methodizität, d. h. der Selbstreflektiertheit einer bestimmten Wissenschaft, wodurch diese ein besseres Selbstverständnis gewinnt. Die vorliegenden wissenschaftstheoretischen Überlegungen sollen zeigen,

¹ *Selbst-Differenz* heisst, dass jede konkrete Form von Identität immer einen gewissen Widerspruch, eine Ambivalenz, etwas Paradoxes, eine Gegenlogik oder eine Doppelung in sich enthält. In Bezug auf einen wissenschaftlichen Gegenstand zeigt sich das etwa daran, dass unterschiedliche Deutungen möglich sind, die letztlich allesamt auf einen phantasmatischen Hintergrund verweisen.

dass die Psychotherapiewissenschaft für methodologische Selbstreflexion prädestiniert ist, welche den Grad ihrer Methodizität erhöht und zur Anerkennung als eigenständige wissenschaftliche Disziplin beiträgt. Die Geschichte der Psychotherapiewissenschaft ist gekennzeichnet durch die Bildung einer Vielzahl von Schulen und Methoden, die zum Paradigma der Psychotherapiewissenschaft gehört. Ihr fehlt aber ein schulenumfassender wissenschaftstheoretischer Rahmen, der auch ihrem interdisziplinären Charakter gerecht wird. Weil die psychotherapeutische Situation durch methodische Selbstreflexion gekennzeichnet ist, liegt es nahe, dass der Psychotherapiewissenschaftler über ein ausgeprägtes Bewusstsein der methodischen und methodologischen Selbstreflexion verfügt. Durch die Entwicklung einer eigenen Wissenschaftstheorie, Methodologie und Wissenschaftsgeschichte gelangt die Psychotherapiewissenschaft zu einem reflektierteren Selbstverständnis, das im Hinblick auf ihre Anerkennung als eigenständige Disziplin grundlegend ist.»

Die Situation, bei der es um das Verhältnis von Wissenschaftstheorie, Psychotherapieschulen und Psychotherapiewissenschaft geht, ist wie folgt:

- 1) Es gibt eine Vielzahl von Psychotherapieschulen.
- 2) Es fehlt ein umfassender wissenschaftstheoretischer Rahmen.
- 3) Dieser soll entwickelt werden.
- 4) Die Psychotherapieschulen zeichnen hohe Selbstreflexion aus.
- 5) Deshalb soll Psychotherapiewissenschaft für die methodische Selbstreflexivität prädestiniert sein.
- 6) Dies soll die Wissenschaftstheorie zeigen.
- 7) Eine Wissenschaftstheorie gibt es aber noch nicht.
- 8) Es gibt Hinweise auf die Wissenschaftstheorie von Kuhn (2017) durch das Dual paradigmatisch/präparadigmatisch.

Der Ansatz ist meines Erachtens zirkulär, er verwischt Begründungslinien sowie die Begriffe von Wissenschaftstheorie, Psychotherapiewissenschaft und Psychotherapie. Ein Satz wie: «Weil die psychotherapeutische Situation durch methodische Selbstreflexion gekennzeichnet ist, liegt es nahe, dass der Psychotherapiewissenschaftler über ein ausgeprägtes Bewusstsein der methodischen und methodologischen Selbstreflexion verfügt» (Erismann, 2016, S. 6), erklärt nicht, warum dies so sein sollte. Ist das so, weil PsychotherapeutInnen zugleich auch PsychotherapiewissenschaftlerInnen sind, wie Freuds *Junktim vom Heilen und Forschen* erklärt? Und wie verhält sich dies zu einer ebenso angesprochenen Wissenschaftstheorie? Es soll nämlich einerseits *wissenschaftstheoretisch* gezeigt werden, dass die Psychotherapiewissenschaft eine hohe *Methodizität* hat. Die entsprechende Wissenschaftstheorie soll aber erst aus der hohen Selbstreflexivität der Psychotherapieschulen gewonnen werden, für die jedoch *keine gemeinsame* wissenschaftstheoretische Grundlage angegeben werden kann. Was es gibt, ist ein Verweis auf Kuhn (2017): Die Psychotherapieschulen repräsentieren Kuhns

prä-paradigmatisches Stadium und die Frage stellt sich, wie daraus ein psychotherapiewissenschaftlich relevantes Paradigma entstehen soll. Das Begründungsproblem verschiebt sich damit vom Verhältnis Wissenschaftstheorie zu Psychotherapiewissenschaft auf das Verhältnis von Psychotherapieschulen zu Wissenschaftstheorie. Dabei wird vieles einfach als gegeben vorausgesetzt (z. B. Begriffe wie Subjekt, Intersubjektivität, Wissenschaft).

Der Lösungsansatz ist folgender: Aus der Not wird eine Tugend gemacht, indem die Vielfalt der Psychotherapieschulen – also das Prä-Paradigmatische – einfach zum Paradigma der Psychotherapiewissenschaft erklärt wird. Dieses Paradigma – das «zentrale Verständnis des betreffenden Gegenstandsbereiches» (ebd., S. 3) – findet sich so zum Prinzip erhoben auch in der *Schweizer Charta* verankert. Die Frage ist nur, auf welcher Ebene das Paradigma ausgewiesen werden soll. Von der Wissenschaftstheorie kann dies nicht geleistet werden, da es sie einerseits noch nicht gibt (Punkt 7). Nimmt man andererseits an, dass auf die Kuhnsche Wissenschaftstheorie Bezug genommen wird, dann widerspricht der Schluss von den Psychotherapieschulen gerade ob ihrer uneinheitlichen Praktiken dem behaupteten Paradigma. Folgt man Kuhn, dann müsste das Paradigma die Vielzahl der Praktiken, die für das Prä-Paradigmatische charakteristisch ist, vereinheitlichen und damit *beenden*. Das widerspricht aber dem Bekenntnis zur Pluralität in der *Charta*. Problematisch ist auch, folgt man Kuhn weiter, dass die «Annahme eines gemeinsamen Paradigmas die wissenschaftliche Gemeinschaft erst einmal von dem Zwang befreit, ihre Grundprinzipien fortgesetzt zu überprüfen» (Kuhn, 2017, S. 175). Der Grund dafür ist, dass ja genau die Selbstreflexion nicht wie bei Kuhn *weniger*, sondern im Gegenteil *mehr* werden soll. Der Gebrauch des Begriffs Paradigma ist auch insofern zweifelhaft, als ein Paradigma seinen Status deshalb erlangt, weil es «bei der Lösung einiger Probleme, welche ein Kreis von Fachleuten als brennend erkannt haben» (ebd., S. 37), erfolgreicher ist als ein mit ihm konkurrierendes. Hier drängt sich die Frage auf, ob es bei Erismann um ein Paradigma in dem Sinne gehen kann, dass ein *wissenschaftliches* Problem gelöst werden soll. Der Bezug scheint nicht einer wissenschaftlichen Problemlösung geschuldet zu sein, sondern eher einer gewissen Notlage, die mehr mit brennenden berufspolitischen Fragen denn mit wissenschaftlichen Problemen zu tun hat. Kuhn ist also nicht unbedingt die beste Referenz für das Unterfangen.

Kehren wir noch einmal zum Lösungsansatz zurück, bei dem einerseits das Besondere bzw. der gemeinsame Nenner des Besonderen zum Prinzip erhoben (Punkt 4) und andererseits das Fehlen eines Prinzips beklagt wird (Punkt 2 bzw. 7). Alles hängt an der Frage, *auf welcher hierarchischen Ebene die wesentliche Entscheidung getroffen wird*, dass die Vielzahl der Psychotherapieschulen mit ihren impliziten Welt- und Menschenbildern bzw. ihren aus Natur- und Geisteswissenschaften stammenden Auffassungen von Wissenschaft das Paradigma der Psychotherapiewissenschaft darstellen sollen. Eigentlich müsste dies doch mit Referenz auf die Wissenschaftsthe-

orie geklärt werden: Es soll schliesslich *wissenschaftstheoretisch* «gezeigt werden, dass die Psychotherapiewissenschaft für methodologische Selbstreflexion prädestiniert ist» (Erismann, 2016, S. 6; Punkt 5). Nur: Es gibt weder die Psychotherapiewissenschaft als solche (Punkte 2; 6) noch – sieht man von dem bereits abgehandelten Hinweis auf Kuhn ab – eine Wissenschaftstheorie (Punkt 7). Beide werden eigentlich erst aus der Vielfalt bzw. aus der hohen methodischen Selbstreflexivität der Psychotherapieschulen rekrutiert (Punkte 4; 5).

Doch worauf reflektieren die Psychotherapieschulen tatsächlich? Reflektieren sie tatsächlich die eigenen Voraussetzungen ihrer Praxis und Theorie? Geht ihre Selbstreflexivität tatsächlich auf sich selbst im Sinne eines Verhältnisses von einer (Meta-)Theorie 2. Ordnung auf eine Theorie 1. Ordnung? Die Selbstreflexivität bezieht sich doch in erster Linie auf den therapeutischen Prozess und die Applikation einer Methode. Das dahinterstehende wissenschaftliche Verständnis stammt jedoch wieder aus jenen Wissenschaften, von denen man sich eigentlich abgrenzen möchte – also aus der Naturwissenschaft bzw. Geisteswissenschaft. (Wenn man hier in Betracht zieht, dass in manchen Staaten ohnehin nur ÄrztInnen und PsychologInnen Psychotherapie anbieten dürfen, dann entfällt auch der Bezug auf die Geisteswissenschaften.) Es gibt somit keine *neutrale* metatheoretische Basis, die die Selbstreflexivität der Psychotherapieschulen anleiten könnte. Diese wird erst nachträglich auf die Psychotherapiewissenschaft projiziert, das heisst, erst nachdem diese zum Träger des versammelnden Paradigmas hochstilisiert wurde. Worin gründet sich nun die Selbstreflexivität der so hochstilisierten Psychotherapiewissenschaft? Aus der angegebenen wissenschaftstheoretischen Reflexion, für die die Psychotherapieschulen via Vermittlung durch die Psychotherapiewissenschaft selbst die Basis geliefert haben. Die Psychotherapiewissenschaft soll daraus eine eigene Wissenschaftstheorie generieren, die ihr wiederum dabei helfen könnte, als wissenschaftliche Disziplin anerkannt zu werden.

Kurzum: Wenn *wissenschaftstheoretisch* gezeigt werden soll, dass Psychotherapiewissenschaft eine hohe Methodizität hat, dann stammt diese Zuschreibung aus der gesammelten Selbstbeschreibung der Arbeitsweise der Psychotherapieschulen. So wird eine eigene Wissenschaftstheorie gebildet, die zugleich zeigen können soll, dass die allgemeine, also nicht-schulenspezifische Psychotherapiewissenschaft für methodische Selbstreflexivität prädestiniert sein soll – ein klassischer *Gegenstand-Methode-Zirkel*. Selbstreflexivität heisst hier buchstäblich, dass man sich in einer Art wissenschaftlicher Nabelschau in sich selbst reflektiert.

Dazu eine kleine Ergänzung: Als Leitdisziplin für die hohe Selbstreflexivität wird von Erismann die Psychoanalyse genannt. Gewährsmänner sind Habermas (1975, S. 262), der schreibt, dass die Psychoanalyse als das «einzige greifbare Beispiel einer methodische Selbstreflexion in Anspruch nehmende[n] Wissenschaft relevant» ist, und Wagner (1996, S. 235), für den die Psychoanalyse die Schule «mit der längsten Tradition der Auseinander-

setzung mit wissenschaftstheoretischen Fragestellungen ist». Sehen wir hier einmal von kritischeren Stimmen wie Popper (1979) ab: Bei der Psychoanalyse wiederholt sich die externe Vielfalt der Psychotherapieschulen insofern schulenintern, als es eine Vielzahl miteinander in Konflikt stehender psychoanalytischer Richtungen gibt, die einander gegenseitig den Vorwurf der Unreflektiertheit machen. Als Beispiele erwähne ich hier etwa Lacans Auseinandersetzung mit Klein oder die Debatte zwischen Freud und Jung. Folgt man Kuhn, so müsste die Erwähnung der Psychoanalyse als Leitdisziplin dieser ausserdem eine besondere «Reife» attestieren. Das hiesse dann aber, dass die Psychoanalyse nicht mehr dem prä-paradigmatischen Stadium der anderen Psychotherapie-Schulen angehören dürfte, da Reife bereits die paradigmatische Phase charakterisiert.

Der fehlende Blick von aussen

Was also fehlt, ist das differenzierende Aussen, das triangulierende Dritte, das die Selbstidentität von Psychotherapieschulen-Wissen, Psychotherapiewissenschaft und besonderer Wissenschaftstheorie zugleich aufbrechen und auf einem gemeinsamen Boden miteinander in Verbindung halten könnte. Der Verweis auf den Unterschied zwischen einer allgemeinen Wissenschaftstheorie, die auf die «Natur der Wissenschaft» gerichtet ist, und einer speziellen Wissenschaftstheorie (der Psychotherapiewissenschaft), die sich selbst zugleich mit den sich aus der Praxis «ergebenden methodologischen Entscheidungen» hinsichtlich der «Konstitutionsbedingungen» ihres Gegenstandes reflektieren können soll, ist hier zu wenig. Diese trennend-verbindende Position fehlt im Verhältnis von Psychotherapieschulen, Psychotherapiewissenschaft und Wissenschaftstheorie. Diese Funktion müsste eigentlich *von aussen*, das heisst von einem eigenen wissenschaftstheoretischen bzw. -philosophischen Ansatz, kommen.

Kurt Greiner von der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien ist im Vergleich dazu wesentlich klarer, was das Verhältnis von Psychotherapie, Psychotherapiewissenschaft und Wissenschaftstheorie betrifft: Auch für ihn ist die Psychotherapie bereits eine Wissenschaft, die von der jeweiligen psychotherapeutischen Community akzeptiert wird. Dadurch wird sie erst für die Wissenschaftstheorie interessant. Sein Hintergrund ist der *Konstruktive Realismus* (CR) Friedrich Wallners, der das philosophische Fundament der Psychotherapiewissenschaft und die methodische Grundidee (*Strangification*) für den von ihm und Martin Jandl entwickelten *Therapieschulendialog* (TSD) liefert. Im Unterschied zu Erismann kommt dabei das wissenschaftstheoretische Moment nicht von innen – also aus den Psychotherapieschulen –, sondern von *aussen*, nämlich aus dem Konstruktiven Realismus. Von einer Wissenschaft – in unserem Fall einer bestimmten Psychotherapie-Richtung – ist also zunächst im Vorfeld zu verlangen, dass sie adäquat funktioniert (*Funktionsaspekt*, FA), um dann ihr Funktionieren kritisch reflektieren zu können (*Reflexionsaspekt*, RA). Erst dann,

«wenn FA und RA gegeben sind, schafft sie wissenschaftliches Wissen. Ob die Wissenschaft gemäß ihren Zielvorgaben funktioniert, kann nur ihre Scientific Community feststellen, nicht aber die WST [Wissenschaftstheorie]: Die Frage nach dem FA ist irrelevant für WST. Wenn Wissenschaft adäquat funktioniert, schafft sie Wissen darüber, mit welchen Methoden Probleme und Fragen gelöst werden können – *und nur dann* wird sie interessant für WST. Ihre Aufgabe ist, der Wissenschaft *methodische* Hilfestellung für den RA zu liefern. Wenn die kritische Reflexion, also der interpretatorische, sinn-verstehende, hermeneutische Blick auf Bedingungen und Voraussetzungen funktioniert, dann schafft Wissenschaft auch reflexives Wissen (RA)» (Greiner, 2012, S. 50).

Bei Greiner, der selbst nicht Psychotherapeut ist, ist das Verhältnis von Psychotherapieschulen, Psychotherapiewissenschaft und Wissenschaftstheorie viel klarer differenziert als bei Erismann: Der Konstruktive Realismus liefert die wissenschaftstheoretische Begründung der Psychotherapiewissenschaft sowie die allgemeine Methodik, die in der Psychotherapiewissenschaft – etwa in Form des Therapieschulendialogs – dazu genutzt werden kann, die Psychotherapieschulen in ihrem Bestreben nach Reflexion (RA) zu unterstützen. Die Psychotherapiewissenschaft ist hier eine Art Mittler zwischen Wissenschaftstheorie (CR) und den Psychotherapieschulen, die jener bei der Herstellung reflexiven/selbstbezüglichen Therapiewissens unterstützen kann. Begründet wird dies mit Wittgensteins Sprachspieltheorie: Wer immer ein wissenschaftliches, künstlerisches, alltagssprachliches Sprachspiel spielt, kann sich «innerhalb dieser speziellen Form des Sprachgebrauchs nicht in einem hinreichenden Ausmaß klar machen, was er tatsächlich tut, weil er hierbei bestimmte Regelvorgaben befolgt und insofern *auf* diesen Regelgebrauch auch nicht zu blicken vermag» (Greiner, 2013, S. 5). Für ein wissenschaftliches Sprachspiel bedeutet dies, dass es einen Forschungsgegenstand in einem bestimmten Sinn strukturiert, *ohne* den Argumentationszusammenhang von sich aus verstehen und kritisch reflektieren zu können. Der Konstruktive Realismus beharrt hier auf einer dazu nötigen Distanz, also auf einer *externen* Perspektive. Genau diese vermisst man bei Erismann, wodurch die Psychotherapie, Psychotherapiewissenschaft und Wissenschaftstheorie in einer diffusen Verbindung miteinander verschmolzen bleiben.

Zur Selbst-Differenz von Wissenschaft und Subjektivität

Damit komme ich zum zweiten Text Erismanns (2019), in dem es um den Aufweis einer Konkordanz zwischen dem Wissenschaftsbegriff der Psychotherapiewissenschaft und einem «allgemein anerkannten Wissenschaftsbegriff» geht. Erismann unterscheidet dabei das «Verständnis einer Wissenschaft von Wissenschaft» und das «Selbstverständnis dieser Wissenschaft als Wissenschaft». Also: Was versteht eine Wissenschaft unter *Wissenschaft*? bzw.

Wie versteht sie *sich selbst als Wissenschaft*? Diese Unterscheidung erinnert an Fragestellungen aus dem ersten Text: Ist gemeint, was Psychotherapie unter Wissenschaft versteht bzw. wie sie sich selbst als Wissenschaft erfasst? Oder geht es um Psychotherapiewissenschaft als eigenständige wissenschaftliche Disziplin? Der Autor meint wohl Ersteres: Es geht um Psychotherapie nicht nur als spezifisches Heilverfahren, sondern um *Psychotherapie als Wissenschaft* (was ich im Folgenden als Psychotherapiewissenschaft im weiteren Sinne bezeichnen möchte, um den Unterschied zur *theoretischen Disziplin* Psychotherapiewissenschaft im engeren Sinne zu unterstreichen). Diese Vermutung stützt sich auf die Fragestellung, wie die für das Selbstverständnis von Psychotherapie als Wissenschaft wichtigen Faktoren des *Subjektiven, Individuellen* und *Widersprüchlichen* im Vergleich mit den allgemeinen wissenschaftlichen Kriterien wie *Objektivität, Überprüfbarkeit* und *Intersubjektivität* einzuschätzen sind. Nun, diese Problematik stellt sich eigentlich nur für eine um Konkordanz bemühte Psychotherapie-Wissenschaft, die diese Frage *von der Psychotherapie ausgehend* aufwirft. Für die Psychotherapiewissenschaft im engeren Sinne stellt sich diese Problematik nur indirekt, da die Frage nach ihrer Wissenschaftlichkeit eine andere ist. Selbst wenn man bedenkt, dass zwischen Psychotherapie und Psychotherapiewissenschaft ein asymmetrisches Abhängigkeitsverhältnis besteht – ohne Psychotherapie gäbe es den Diskurs über Psychotherapie nicht –, könnte Psychotherapiewissenschaft es beim blossen Aufweis belassen, *dass* eine Diskrepanz dieser Art besteht. Sie könnte natürlich auch die Frage nach der Konkordanz stellen und damit die Reflexionsleistung der Psychotherapie-Schulen unterstützen, müsste dafür allerdings einen anderen (metatheoretischen) Rahmen zur Verfügung haben, der etwa imstande wäre, das Verhältnis des *Physischen der Psyche* und des *Psychischen des Physischen* zu reflektieren.² Mit dieser Reflexion ginge es dann nicht bloss um eine Annäherung eines an der Psyche orientierten Heilverfahrens an einen naturwissenschaftlich formatierten Wissenschaftsbegriff, sondern legitimer Weise auch um die Frage, welche der Psyche zuzurechnenden Faktoren einen Wissenschaftsbegriff dieser Art eigentlich erst generieren und unterstützen (freilich ohne dabei in einen Psychologismus abzugleiten).

Damit ginge es auch um die Schaffung eines Bewusstseins für das *epistemisch Unbewusste* im Sinne der unreflektierten (phantasmatischen) Vorannahmen nicht nur des eigenen, sondern auch des naturwissenschaftlich orientierten Wissenschaftsbegriffes. Auf Fragen dieser Art komme ich nachfolgend in Zusammenhang mit dem *Leib-Seele-Problem* noch zurück. Wenden wir uns nun wieder dem Ausgangstext zu. Um das wissenschaftliche Selbstverständnis der Psychotherapie-Wissenschaft darzustellen, verweist Erismann (2019, S. 14) mit Buchmann und Kollegen (1996, S. 104) auf die «besondere Forschungsmethode,

² In diesem Zusammenhang möchte ich auf die persönliche Erfahrung mit Studierenden der Psychotherapiewissenschaft verweisen, die völlig ratlos auf die Frage reagieren, was eigentlich mit *Psyche* gemeint sein könnte.

die der Psychotherapiewissenschaft ihre Eigenständigkeit verleiht». Diese liegt in der interaktiven Datenerhebung und Untersuchung während der Therapie, die von einer systematischen und kritischen Reflexion flankiert wird. Psychotherapie wird als intersubjektives Geschehen ausgewiesen, wobei das willkürlich anmutende Moment des Subjektiven durch empathische Perspektivenübernahme und permanente Selbstreflexion minimiert werden soll. Subjektives Erleben und Wahrnehmen der objektiven Realität werden damit auf einer «höheren Ebene» integriert (Barwinski, 2017, S. 23). In der Subjekt-Subjekt-Beziehung konstituiert sich im Dialog eine intersubjektive Bedeutungsstruktur (Wagner, 1996, S. 230).

Wie im ersten findet sich also auch hier im zweiten Text der Bezug auf das «selbstreflexive Selbstbewusstsein» als entscheidende, die Wissenschaftlichkeit garantierende «qualitative Forschungsmethode» (Erismann, 2019, S. 14f). Die kritische Reflexion des Erlebens bezieht sich auf die Theorie, auf das «hermeneutische Erfassen der Individualität des Seelischen» (Wagner, 1996, S. 244; zit. n. Erismann, 2019, S. 16), das nach Regelmäßigkeiten untersucht und qualitativ interpretiert wird; die Selbstreflexion wird auch bei PatientInnen angeregt, die Ergebnisse können validiert werden. Objektivität, Überprüfbarkeit und Intersubjektivität sind damit für Erismann gegeben und stellen keinen Widerspruch zum Subjektiven und Individuellen dar. Was noch offen bleibt, ist die Widersprüchlichkeit bzw. Ambivalenz, die Erismann (2019, S. 15) mit Bezug auf die «Dialektik des Selbstbewusstseins» von Fischer (2008) als «produktive Entwicklungsfaktoren» für den Erkenntnisprozess ausweist. Trotz der Abweichungen des Wissenschaftsbegriffs der Psychotherapiewissenschaft ist damit eine Übereinstimmung mit der «allgemein anerkannten Auffassung von Wissenschaft möglich» (ebd., S. 14). Nun, ich möchte meine Bedenken aus dem ersten Teil hier nicht mehr wiederholen. Statt zu zeigen, dass der Wissenschaftsbegriff der Psychotherapiewissenschaft trotz Abweichungen von anerkannten Auffassungen von Wissenschaft mit diesen vereinbar ist, möchte ich den alternativen Gedankengang verfolgen, inwiefern jeder Wissenschaftsform erstens eine inhärente *Selbst-Differenz* zu eigen ist und inwiefern zweitens Wissenschaft prinzipiell nicht ohne einen «subjektiven Faktor» auskommen kann. Diese Argumentation liesse sich sowohl in der Begründung von Psychotherapiewissenschaft als auch in der Auseinandersetzung mit anderen Wissenschaften geltend machen.

Am Beispiel der *Wissenschaftstheorie* kann beides gezeigt werden: die inhärente Selbst-Differenz und das nicht auszublendende subjektive Moment. Wissenschaftstheorie etablierte sich erst in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts als eigene philosophische Disziplin und hatte ihre Blütezeit in den 70er und 80er Jahren. Angeregt durch die politischen Umbrüche zu Beginn des 20. Jahrhunderts und die bahnbrechenden Erkenntnisse in der Physik wurden in Wien und Berlin wissenschaftstheoretische Ansätze erarbeitet, deren Ziel eine *Einheitswissenschaft* war. Vorbild war dabei die Physik, die als beispielhaft galt. Zu nennen sind hier der *Wiener Kreis* mit Schlick, Carnap,

Neurath und anderen. Man strebte an, den *ontologisch* (metaphysisch) verstandenen Physikalismus, Naturalismus oder Materialismus als nicht empirisch einholbar und damit als sinnlos auszuweisen.

Diesen ersten Wissenschaftstheoretikern ging es um Geltungsansprüche von Aussagen, die nur so weit anerkannt werden sollten, als sie dem rekonstruierten Argumentationsmuster der Physik folgen. Die Mittel der Wahl waren logische Analysen, formale Logik und die neu entstehende Sprachphilosophie. Philosophie sollte derart zur Wissenschaftslogik (Carnap) werden. Es zeigte sich jedoch bald, dass wissenschaftstheoretische Programme selbst auf etwas beruhen, dem sie entsagen wollten – nämlich auf *Fantasien über das Verhältnis von Wirklichkeit und Wissenschaft* –, also auf etwas, das der Metaphysik als haltloses Spekulieren vorgeworfen wurde. So lassen sich etwa theoretische Begriffe nicht einfach formal-logisch begründen und haben selbst keine empirische Bedeutung. Sie sollen diese nur in Verbindung mit anderen theoretischen Begriffen auf dem Weg der «prognostischen Relevanz» bekommen. Die prognostische Relevanz wiederum lässt sich ausschließlich mit syntaktischen bzw. semantischen Mitteln nicht ermitteln und muss auf pragmatische Mittel zurückgreifen (Kötter, 2017). Oder, wie Neurath es selbst ausdrückte: Sätze können wiederum nur mit Sätzen verglichen werden, nicht aber mit der *Realität*. Mit der Abwendung des Logischen Empirismus von der Metaphysik wurde – und dies ist eine folgenschwere Entscheidung, die für unser Thema relevant ist – das *Verhältnis von Innen- und Aussenwelt* zu Fall gebracht. Obwohl etwas später mitunter doch versöhnliche Töne angeschlagen wurden (etwa Popper), hat das moderne wissenschaftstheoretische Denken bis heute die Tendenz beibehalten, metaphysischen Fragen tunlichst aus dem Weg zu gehen, um die Innenwelt physikalistisch auffassen und den Schwerpunkt eher auf die Methodologie legen zu können. Dass gerade diese anti-metaphysische, gegen jeden Dogmatismus in Begründungsfragen gerichtete Denkweise genau jenen dogmatischen Anspruch selbst inszeniert, hat die Geschichte der Wissenschaftstheorie längst erwiesen.³ So wurden vor allem die beiden Grundthesen des Empirismus – «I) Die Sprache der Naturwissenschaften lässt sich so aufbauen, dass sie nur deskriptive Terme enthält, die durch Bezugnahme auf Erfahrungen interpretiert sind. II) Alle wahren naturwissenschaftlichen Behauptungen lassen sich durch Beobachtungen und nur durch Beobachtungen begründen» (v. Kutschera, 1972, S. 475) – in der auf den Logischen Empirismus folgenden wissenschaftstheoretischen Diskussion an ihre Grenze geführt. Ich erwähne hier besonders Wolfgang Stegmüller, der Ansätze von Kuhn, Lakatos und Sneed kombiniert. Um

3 Titulierte etwa Carnap Metaphysik als «inadäquates Ausdrucksmittel für das Lebensgefühl» und bezeichnete den Metaphysiker als «Musiker ohne musikalische Fähigkeiten», der im Gegensatz zum Musiker sein Lebensgefühl nicht ausdrücken kann, so erwies sich gerade sein bevorzugtes Ausdrucksmittel, die Logik, als ebenso aporetisch und totalitär in ihrem Anspruch, die Sprache der Wissenschaft zu repräsentieren.

es kurz zu machen: Es sind besonders zwei Momente, die zeigen, dass es mit reiner Empirie nicht getan ist.

Das erste betrifft die Trennung von *Theorie und empirischem Gehalt*, das zweite die *Trennung von Genese und Geltung*. Sneed zeigte in *The Logical Structure of Mathematical Physics* (1971), dass eine Theorie nicht mehr als bruchloser Zusammenhang von Sätzen mit hypothetisch-empirischem Charakter aufgefasst werden kann. Er unterschied die physikalische, aus einer axiomatischen Struktur bestehende Theorie und die Menge von Modellen, die diese Struktur belegen; aus dieser sollen solche ausgewählt werden, die empirisch interpretiert werden können. Sneys Modell erlaubte damit erstmalig eine Unterscheidung von (physikalischer) Theorie und dem empirischen Gehalt dieser Theorie.

Das zweite Moment ergab sich durch den Wechsel vom methodologischen Induktivismus des 17., 18. zum hypothetisch-deduktiven Rationalismus des 19. Jahrhunderts. Strebte Wissenschaft im 17., 18. Jahrhundert an, Phänomene sachangemessen, das heisst *ohne subjektive Einflüsse oder Vorlieben* wiederzugeben, so brachte der Wechsel mit sich, dass nun methodologische Bedingungen erst bei der fertigen Hypothese zum Tragen kommen sollten und nicht bereits bei der Hypothesenbildung. Grund für diese methodische Umwälzung war, dass man zunehmend gewahr wurde, dass sich Wissenschaft keinesfalls auf Hypothesen beschränken liess, für die Beobachtungsbezüge feststellbar waren (siehe Elektrodynamik, Lichtwellen etc.). Dadurch ergibt sich, dass die Geltungsansprüche von Hypothesen tiefer angesetzt werden können als bisher, da sie nicht länger mit Daten gestützt sein müssen. Dieser Ansatz erweiterte somit das Spektrum zulässiger Hypothesen. Es entstanden aber auch neue Probleme, die in Hinblick auf unsere Thematik nicht uninteressant sind. Das erste Problem ist die sogenannte *Duhem-Quine-Unterbestimmtheit*, das zweite die *Kuhn-Unterbestimmtheit* (s. dazu Carrier, 2009, auf den ich mich im Folgenden beziehe).

Die Duhem-Quine-Unterbestimmtheit besagt, dass jede gegebene Menge von Erfahrungsbefunden durch unterschiedliche, begrifflich *unvereinbare Erklärungssätze* wiedergegeben werden kann. Die Betrachtung solcher Alternativen zeigt, dass Logik und Erfahrung allein nicht einen einzigen Denkansatz als gerechtfertigt oder wahr auszeichnen können, sondern dass *zusätzliche* Kriterien für die Auswahl eines Ansatzes aus der Klasse empirisch äquivalenter Alternativen erforderlich sind. Die Möglichkeit einer *alternativen Theoriwahl* sprengt das einfach hypothetisch-deduktive Schema. Die hypothetisch-deduktive Bestätigung kann nämlich nicht sicherstellen, dass Hypothesen mit zutreffenden Erfahrungsfolgen gültig sind. Sie beinhaltet den logischen Fehlschluss von der Bestätigung der Konsequenz auf die Richtigkeit der Prämisse, die sich dadurch zeigt, dass alternative Annahmen zu gleichen Ergebnissen bzw. Folgen führen können. Die Auswahl aus der Klasse empirisch äquivalenter Alternativen muss deshalb nicht-empirische Ansprüche heranziehen.

Nach Kuhn (2017) wird eine Hypothese anhand von nicht-empirischen Ansprüchen aus einer Liste epistemischer Ansprüche wie *Genauigkeit, Widerspruchsfreiheit,*

Breite des Anwendungsgebietes und *Fruchtbarkeit* beurteilt. Doch selbst dann, wenn nicht-empirische Kriterien zusätzlich zur empirischen Übereinstimmung in Betracht gezogen werden, ist die Theoriwahl immer noch nicht eindeutig, da wiederum eine *Mehrzahl von Beurteilungskriterien* möglich ist.

Beide Problemfelder erweisen also, dass es mit Empirie allein nicht getan ist: Es bedarf immer nicht-empirischer bzw. auch pragmatischer Kriterien. Damit blitzt jedoch noch etwas durch, das der Induktivismus ausschliessen wollte und das der deduktiv-hypothetische Ansatz als Problem aufzeigt: ein nicht-normierbares Moment, dem die Kampfansage der Wissenschaftstheorie an die Metaphysik ursprünglich gegolten hatte und das nun zur *Selbst-Differenz* einer bestimmten Form von Wissenschaftstheorie gehört, die sich eingestehen muss, weder alles rational begründen noch alles auf Empirie aufbauen zu können. Was sich damit zeigt, ist auch für ein allgemeines Verständnis von Wissenschaft relevant: Wissenschaft gleich welcher Art ist sowohl in ihrem internen als auch in ihrem externen Verhältnis selbst-different, das heisst ein komplexes Verbindungs- und Trennungsverhältnis, an dem immer Nicht-Wissenschaftliches, Nicht-Normierbares und letztlich Subjektives mit in Betracht gezogen werden muss. Dies im Auge zu behalten, ist wichtig, wenn es darum geht, einen psychotherapiewissenschaftlich relevanten Wissenschaftsbegriff formulieren zu wollen.

Die Nicht-Eliminierbarkeit des «subjektiven Faktors»

Eine Gefahrenquelle bei der Begründung des wissenschaftlichen Status von Psychotherapie bzw. auch von Psychotherapiewissenschaft liegt in einem «eingeschränkten Wissenschaftsbegriff» (Leuzinger-Bohleber et al., 2015, S. 112), der unreflektiert Paradigmen der Naturwissenschaft übernimmt und dabei vor allem das Problem nicht lösen kann, wie allgemeine Aussagen über individuell sich ereignende psychische Prozesse gemacht werden können. Plakativ gesagt stehen hier Flexibilität und Determinismus einander entgegen. Dies drückt sich bezüglich der Sprache im Widerspruch zwischen der Mehrdeutigkeit von Begriffen, die gerade als solche eine grösstmögliche Freiheit in der Bedeutungszuschreibung gewährt, und der Forderung nach einer eindeutigen Verwendung von Begriffen im Wissenschaftskontext aus. Das klinisch-theoretische Wissen gilt zudem als subjektbezogen und situations- und kontextabhängig und deshalb als ungeeignet für die Aufstellung allgemein gültiger Aussagen. Besonders seitens psychodynamisch orientierter Psychotherapie-Richtungen wird umgekehrt festgestellt, dass quantitative Forschungsdesigns die spezifisch *menschliche* Dimension der Therapie nicht adäquat abbilden können, dass die Orientierung an der Veränderung von Beschwerden und Symptomen zu oberflächlich sei und dass die eigentliche Veränderung ohnehin im Bereich unbewusster Strukturen liege und deshalb nicht quantifizierbar sei. Genau diese Argumentation wird jedoch von der Gegenseite als Plädoyer für Unwissenschaftlichkeit ins Rennen geführt.

Wir betreten hier das extrem vermintete Feld des *Leib-Seele-Problems*. Von der Seele ist in der modernen Naturwissenschaft nicht viel übrig geblieben. Seele, schreibt Gerhard Roth (2005, S. 37), ist ein «physikalischer Zustand», dessen Gesetze noch nicht hinreichend bekannt sind. Sinn macht die Rede von einer Seele nur mehr – wenn überhaupt – als «Einheit kognitiver, emotionaler und affektiver Zustände und Leistungen». Diese Einheit ist an Gehirnstrukturen und -prozesse gebunden und unterliegt den Naturgesetzen. Interessant ist nun, dass es *keine reine Naturwissenschaft* geben kann, der es gelingen könnte, das subjektive Moment völlig zu eliminieren bzw. deterministischen Kausalerklärungen zu unterwerfen. Auch die Naturwissenschaft kommt nicht um diesen subjektiven Faktor herum. Dazu zwei kurze Beispiele:

- 1) Das leitende Paradigma der Neurowissenschaft besagt etwa, dass das Gehirn sich gleichsam in einem dunklen, abgeschlossenen Behälter befindet. Die Sinneseindrücke werden als chemische Impulse durch Neuronen verarbeitet und dadurch wird ein Plan von der Welt und von uns selbst erstellt. Das Ich ist deshalb eigentlich ein Nebenprodukt der Kommunikation des Gehirns mit sich selbst. Ab etwa 100 Milliarden Neuronen soll so etwas wie (Selbst)-Bewusstsein entstehen. Unbeantwortet bleibt: Wie erkennt das Gehirn, dass es überhaupt erkennt, dass es eine Aussenwelt gibt, dass es Gehirn ist? Und wie, dass es so ist, wie die Theorie es darstellt? So entstehen eine Reihe von Paradoxien: Es gibt ein Gehirn in einer Black Box, das die Illusion eines Ichs herausbildet, wobei dieses Ich wiederum eine Vorstellung davon produziert, dass es eigentlich ein Gehirn ist, das sich Vorstellungen von sich macht. Wir haben also feuernde Neuronen, die irgendwann eine Repräsentation ihrer Tätigkeit erstellen, die sich dann fragen kann, wo sie selbst beginnt.
- 2) Diese paradoxe Verdopplungslogik findet sich auch in der Annahme, dass eine ominöse «Natur» danach streben soll, das Leben über den Tod der Individuen hinaus fortzusetzen. In der populärwissenschaftlich verstandenen Evolutionstheorie heisst es demgemäss, dass es dem «Leben» darum geht, sich selbst zu reproduzieren. Es geht also nicht um Sie oder mich, sondern um eine Art *Metasubjekt* im Hintergrund, das jedoch paradoxerweise genau *uns* braucht, um sich selbst erhalten und weiter fortsetzen zu können.

In beiden Beispielen kommt also das ausgeschlossene Subjektive wieder durch die Hintertür ins Spiel, nämlich projiziert auf die «Natur», das Gehirn oder das «Leben». Nun, weder eine verabsolutierte Natur ohne Subjekt noch ein verabsolutiertes Subjekt ohne Natur können befriedigende Lösungen darstellen. Weder kommt das Ich ohne Verbindung zur «Natur» aus noch diese Natur ohne eine Art «subjektiven Faktor». In beiden Fällen – also sowohl dann, wenn sich das Ich über seine Verbindung zur Natur aufzuklären beabsichtigt, als auch dann, wenn sich diese Natur bewusst werden soll – ist der «Stoff», um den es geht, phantasmatisch bzw. selbst-different. Daraus folgt auch, dass der Mensch weder in einer Natur noch im

Geist aufgehen kann. Beschreibungen, die den Menschen auf das eine oder andere beschränken, verfehlen, dass sich sowohl unsere Begriffe von Natur als auch unsere Begriffe von Geist auf phantasmatische Vorannahmen zurückführen lassen, die letztlich nur *geglaubt*, aber nie bewiesen werden können. Dass jedoch so unterschiedliche Beschreibungen des Menschen überhaupt möglich sind, dass sich also der Mensch von natur- oder geisteswissenschaftlicher Seite her beschreiben kann, könnte freilich als Indiz für *Freiheit* gelesen werden: für die Freiheit, sich aus unterschiedlichen Perspektiven in ein Selbstverhältnis zu sich selbst und zu anderem setzen zu können. Diese Freiheit könnte auch mit der Erkenntnis einhergehen, dass eine «maximale Selbsttransparenz» nicht zu haben ist, da wir die Umstände des Erkennens nie vollständig erfassen können. Diese Erkenntnis stellt sich gerade auch dann ein, wenn sich eine Wissenschaft eingestehen muss, «noch nicht» alles erklären zu können, wie das eben angeführte Beispiel von Roth zugestehen muss.

Die Selbst-Differenz des subjektiven Faktors

Vorsicht bezüglich des subjektiven Faktors ist auch geboten, wenn zu seiner Erklärung auf eine besondere Philosophie zurückgegriffen wird, wodurch die Selbst-Differenz dieses subjektiven Faktors verschleiert und in Vorstellungen von Einheit aufgelöst wird. Damit komme ich zu Erismann und zu seiner Bezugnahme auf Fischers *Logik der Psychotherapie* (2008) und dessen Anleihen bei Hegel zurück. Den dort zu findenden Transfer von Begriffen wie Subjektivität, Objektivität und Intersubjektivität halte ich für nicht geeignet, um eine zeitgemässe Philosophie der Psychotherapiewissenschaft zu unterstützen. Diese Hegel'schen Begriffe sollten nicht einfach dem psychotherapeutischen Prozess übergestülpt bzw. auch nicht als Kriterien der Untermauerung für Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapiewissenschaft herangezogen werden, wenn die in ihnen mitschwingenden Selbst-Differenzen nicht entsprechend reflektiert werden. So wird zum Beispiel das Hegel'sche Subjekt unter anderem im Sinne einer Selbstentwicklung eines anonymen Subjekts oder einer anonymen Vernunft, die uns fremd bleibt, verstanden: «als der große Andere eines autistischen Selbst, der übrigens nichts weiter wäre als das phantasmatische Korrelat des Subjekts eines Individualismus des Besitzes und der Sicherheit – zwei Subjekte in des anderen Spiegel, das eine ebenso dumm und böse wie das andere» (Nancy, 2011, S. 92).

Auch wenn sich bei Hegel immer wieder Triaden finden, die nach dem Muster von Objektivität, Subjektivität und Intersubjektivität gedeutet werden können, so ordnet Hegel an anderen Stellen diese Subjektivität wieder der Intersubjektivität über, wodurch die Subjekt-Objekt-Identität auf eine «intersubjektivitätstheoretische Weiterentwicklung drängt» (Hösle, 1988, Bd. 2, S. 665). Obwohl Hegels System unterschiedliche Deutungsstränge motiviert hat, die für sich gesehen bereits differenzielle Auffassungen von Subjekt, Intersubjektivität etc. repräsentieren, ist es doch

«in seiner konkreten Form ein endgültiges Vergangenes [...] – den Anspruch, Erkenntnis der Gegenwart zu sein, kann ein System nicht mehr erheben, dem die wichtigsten wissenschaftlichen Entdeckungen, ästhetischen Konzeptionen und historischen Errungenschaften und Gefährdungen der letzten 150 Jahre unbekannt sind» (ebd., Fn. 2).

Bedenken wir dabei auch: Hegel setzt sein System mit der Universalgeschichte und dem Selbstvollzug des Weltgeistes gleich, seine «Apotheose des Staates» bietet eine Legitimierung des Protestantismus und der preussischen Bürokratie, es finden sich rassistische, eurozentristische und speziesistische Züge (Koschorke, S. 76ff.). So sehr die Dialektik ein Prinzip der Unruhe darstellt, «kondensiert» sie doch alle Konflikte und Gegensätze in einem Einheitsbestreben und bietet sich bloss

«als Beschreibungsmittel für Gesellschaften an, die an der Schwelle zur Moderne gerade erst den nötigen Grad an flächendeckender Integration erreicht haben, um sich überhaupt in der Form eines durchgängigen Antagonismus *im selben epistemischen Raum* mit sich auseinandersetzen zu können» (ebd., S. 80).

Ob dies auch für die uns interessierende Gegenwart und ihre Komplexität möglich ist, ist zu bezweifeln. (Eine komplett entgegengesetzte Meinung vertritt etwa Brandon, 2015).

Zur Selbst-Differenz der Psychotherapiewissenschaft

Mit diesen kritischen Zeilen möchte ich zu einem Resümee und zu abschliessenden Überlegungen überleiten. Ich habe zu zeigen versucht, dass ein adäquater Wissenschaftsbegriff der Psychotherapiewissenschaft im eigentlichen Sinne weder aus einer Nabelschau der Psychotherapieschulen noch aus einer zu oberflächlichen Auseinandersetzung mit einem gleichzeitig allgemeinen wie eingeschränkten (selbst-differenten) Wissenschaftsbegriff oder aus einem unkritischen Transfer von aus einer eingeschränkten Perspektive stammenden Begrifflichkeit zu gewinnen ist. Versuche dieser Art laufen auf einen Begriff von Psychotherapiewissenschaft hinaus, der reduktiv verstanden und oft inflationär gebraucht wird. Die Lösung sehe ich stattdessen darin, den Theorie- und Begriffsraum so weit zu öffnen, dass die Möglichkeiten wie Unmöglichkeiten unseres Menschseins in all ihren Selbst-Differenzen und wissenschaftlichen Erklärungs- bzw. auch Bemächtigungsversuchen zu Wort kommen können. So würde ein allgemeiner «neutraler Boden» entstehen, der zugleich den normativen Anspruch stellt, reduktive Lösungen nicht zu verabsolutieren und die je eigenen Grundlagen genauer zu reflektieren. Diesen Raum sollte Psychotherapiewissenschaft für sich beziehen und auch gegenüber anderen Diskursen wie etwa der Psychologie, Psychiatrie usw. behaupten.

Mit Hinblick auf dieses umfassendere Panorama unterscheidet sich Psychotherapiewissenschaft als Wissenschaft auch von Psychotherapie. Zwar mögen durchaus wissenschaftliche Tätigkeiten im Zusammenhang mit Psychotherapie geleistet werden (Wirksamkeitsforschung, Metaanalysen etc.). Ich plädiere jedoch dafür, Folgendes zu bedenken (vgl. Burda, 2012): Psychotherapie ist eine bestimmten Methoden folgende Praxis zur Linderung seelischen Leidens, die auf schulen-spezifischen Grundannahmen basiert (*Theorie 1. Ordnung*). Diese Grundannahmen entstammen unterschiedlichen Wissensfeldern (Medizin, Psychologie, Sozialwissenschaften, Philosophie usw.) und Praktiken (Künste etc.). Verlangt ein avancierter Wissenschaftsbegriff nach einer *Reflexion der eigenen Grundlagen (Theorie 2. Ordnung)*, dann ist Psychotherapie *keine* Wissenschaft im engeren Sinn. Schulen-intern mag mitunter zwar eine Art Selbstreflexion erfolgen, für die unterschiedliche wissenschaftliche Zugänge gewählt werden. Diese interne Selbstreflexion ist jedoch nicht mit Psychotherapiewissenschaft als *externe* Perspektive auf Psychotherapie als Theorie und Praxis inklusive ihrer lebensweltlichen, sozio-kulturellen etc. Einbettungen zu verwechseln.

Das Verhältnis Psychotherapie und Psychotherapiewissenschaft stellt in diesem Sinne ein komplexes *Verbindungs- und Trennungsverhältnis* dar: Psychotherapie und Psychotherapiewissenschaft sind sowohl aufeinander bezogen als auch voneinander zu unterscheiden. Beide entstammen demselben historisch-kulturellen Erfahrungs- und Denk-Raum, bei beiden geht es natürlich um Reflexion und Selbstreflexion. Nur: Der externe Blick der Psychotherapiewissenschaft auf Psychotherapie speist sich aus einer *internen Reflexion dieses gemeinsamen Bodens* – und bezieht sich damit auf ein viel weiteres Panorama, das von einer als *Wissenschaft 1. Ordnung* praktizierten Psychotherapie bzw. von einer aus ihr abtrahierten Psychotherapie-Wissenschaft nur teilweise und nicht als solches in den Blick genommen werden kann. Das mögen vielleicht störende bzw. entbehrliche wissenschaftsphilosophische Überlegungen sein: Ihre Relevanz zeigt sich jedoch ganz banal in Form der Tatsache, dass PsychotherapeutInnen zwar wissenschaftlich publizieren können – allein deswegen werden sie jedoch noch keine PsychotherapiewissenschaftlerInnen sein. Ebenso gibt es auch PsychotherapiewissenschaftlerInnen, die keine PsychotherapeutInnen sind und dies auch nicht sein müssen.

Die Akademisierung von Psychotherapie entspringt einem gewissen Zeitgeist, der einerseits eine grundsätzlich zu begrüssende Weiterentwicklung fördert, andererseits jedoch zu gesellschaftspolitischen Anpassungsleistungen zwingt und im Zuge dessen auch zu Vermischungen unterschiedlicher Diskurs- und Praxisfelder führt, die zwar zueinander in einem Verhältnis stehen, jedoch nicht aufeinander reduziert werden sollten. Der um diese Themen bemühte Mainstream könnte meines Erachtens noch einen weiteren Schritt zurück machen, um dadurch die nötige Distanz für die Reflexion der komplexen Verhältnisse gewinnen zu können. Diese Reflexion müsste auch die multiplen Interessen und Motivationen miteinbezie-

hen, und darüber hinaus noch etwas, das bei unserem Thema latent im Hintergrund mitschwingt und kaum zur Sprache kommt: *Ängste*, die vor allem die Zukunft betreffen.

Was sich gegenwärtig abzeichnet, sind also unterschiedliche Auffassungen in Bezug auf Psychotherapiewissenschaft. Psychotherapie wird bereits als solche von einigen AutorInnen als «multiparadigmatische» Wissenschaft aufgefasst. Wir hätten so gesehen eine Vielzahl besonderer Psychotherapie-Wissenschaften, die vom eigenen Ansatz her oder aber durch Methoden anderer Wissenschaften reflektiert werden können. Universitäre Einrichtungen bieten deshalb unter dem Etikett Psychotherapiewissenschaft eine parallel laufende psychotherapeutische und wissenschaftliche Ausbildung an. Dies können auch bereits praktizierende oder in Ausbildung begriffene PsychotherapeutInnen in Anspruch nehmen, um «ihre für die Ausbildung ihrer Tätigkeit notwendigen Handlungskompetenzen um vielfältige wissenschaftliche Komponenten und Kompetenzen»⁴ zu erweitern. Psychotherapiewissenschaft wäre so verstanden ein Hybrid – ein bunter Mix unterschiedlicher therapeutischer und wissenschaftlicher Theorien und Methoden. Die Multi-Paradigmatik und Diversität der Psychotherapie-Schulen wäre von einer Multi-Paradigmatik und Diversität wissenschaftlicher Ansätze durchdrungen und flankiert, die Selbst-Differenz der Psychotherapie würde sich in der Selbst-Differenz der Wissenschaften spiegeln.

Vom *Funktionsaspekt* her betrachtet ist dies bereits die geübte Praxis. Im Idealfall kann es so auch zu interdisziplinärem Austausch zwischen den Diskursen kommen. Es lassen sich etwa interdisziplinäre *Psycho-Text-Puzzles* zusammenstellen und im *experimental-hermeneutischen* Modell reflektieren, es lassen sich *Therapieschulendialoge* anregen, für die man einen externen wissenschaftstheoretischen Ansatz bereitstellt. Es lässt sich auch durch eine Nabelschau auf die Psychotherapie das Multi- bzw. Prä-Paradigmatische der Psychotherapie zum Paradigma der Psychotherapiewissenschaft erklären. Was den *Begründungs-* bzw. *Rechtfertigungsaspekt* anbelangt lassen sich von einer wissenschaftsphilosophischen Richtung her kommend jedoch sowohl an die eine als auch an die andere Variante Fragen richten, die die multiplen Verbindungen, Differenzen, Primate und Selbstimmunisierungen betreffen – und es lässt sich ein weiterer Horizont anbieten, innerhalb dessen auch die eben skizzierte *interne* Selbst-Differenz der Psychotherapiewissenschaft angesprochen werden kann.

Ich habe zuvor von einem defizitären und inflationären Gebrauch der Bezeichnung Psychotherapiewissenschaft gesprochen. Das ist natürlich eine Wertung, die allerdings im Bewusstsein dieser Selbst-Differenz operiert, aus der sie sich selbst nicht ausnehmen kann. Deshalb ist es wichtig, nicht nur auf Defizite hinzuweisen, sondern auch auf die mit der Selbst-Differenz gegebenen unterschiedli-

chen strategischen Ressourcen zur Bewältigung *externer* Anforderungen, die in Zukunft auf Psychotherapie und Psychotherapiewissenschaft gleichermaßen zukommen können.

Literatur

- Barwinski, R. (2017). Intersubjektivität und Selbstreflexion. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 7(1), 23–30.
- Brandom, R.B. (2015). *Wiedererinnerter Idealismus*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Buchmann, R., Schlegel, M. & Vetter, J. (1996). Die Eigenständigkeit der Psychotherapie in Wissenschaft und Praxis. In A. Pritz (Hrsg.), *Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen* (S. 75–121). Wien: Springer.
- Burda, G. (2012). *Formate der Seele. Erkenntnistheoretische Grundlagen und ethische Implikationen der Allgemeinen Psychotherapiewissenschaft*. Münster: Waxmann.
- Burda, G. (2019). *Pandora und die Metaphysica medialis. Psychotherapie – Wissenschaft – Philosophie*. Münster: Waxmann.
- Carrier, M. (2009). Wissenschaft im Wandel: Ziele, Maßstäbe, Nützlichkeit. *Information Philosophie*, 3, 16–25.
- Erisman, M. (2016). Wissenschaftstheoretische Überlegungen zur Psychotherapiewissenschaft. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 6(1), 6–16.
- Erisman, M. (2019; i. d. Heft). Der Wissenschaftsbegriff der Psychotherapiewissenschaft. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 9(2), 13–17.
- Fischer, G. (2008). *Logik der Psychotherapie. Philosophische Grundlagen der Psychotherapiewissenschaft*. Kröning: Ansanger.
- Greiner, K. (2012). *Psycho-Text-Puzzle und andere Beiträge zu Psychotherapiewissenschaft und Philosophie*. Wien: SFU-Verlag.
- Greiner, K. (2013). Psycho-Text-Puzzle: Theoriendiskursives Spielverfahren für die Psychotherapiewissenschaft. In F. Lan, F. Wallner & A. Schulz (Hrsg.), *Concepts of a Culturally Guided Philosophy of Science. Contributions from Philosophy, Medicine and Science of Psychotherapy* (S. 85–107). Frankfurt/M: Peter Lang.
- Habermas, J. (1975). *Erkenntnis und Interesse*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Höle, V. (1988). *Hegels System. Der Idealismus der Subjektivität und das Problem der Intersubjektivität*, 2 Bde. Hamburg: Meiner.
- Koschorke, A. (2015). *Hegel und wir. Frankfurter Adorno-Vorlesungen 2013*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Kötter, R. (2017). Wissenschaftstheorie im 20. Jahrhundert. Ein Streifzug durch ihre Geschichte. *Aufklärung und Kritik. Vierteljahrszeitschrift der Gesellschaft für Kritische Philosophie*, 4, 47–71.
- Kuhn, T. (1978). Objektivität, Werturteil und Theoriwahl. In L. Krüger (Hrsg.), *Die Entstehung des Neuen* (S. 421–445). Frankfurt/M: Springer.
- Kuhn, T. (2017). *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- v. Kutschera, F. (1972). *Wissenschaftstheorie. Grundzüge der allgemeinen Methodologie der empirischen Wissenschaften*, Bde. I & II. München: Wilhelm Fink.
- Leuzinger-Bohleber, M., Benecke, C. & Hau, S. (2015). *Psychoanalytische Forschung. Methoden und Kontroversen in Zeiten wissenschaftlicher Pluralität*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Nancy, J.-L. (2011). *Hegel. Die speculative Anmerkung. Die Unruhe des Negativen*. Zürich: Diaphanes.
- Popper, K. (1979). *Ausgangspunkte: meine intellektuelle Entwicklung*. Hamburg: Rowohlt.
- Roth, G. (2005). Hat die Seele in der Hirnforschung noch einen Platz? In M.F. Peschl (Hrsg.), *Die Rolle der Seele in der Kognitions- und Neurowissenschaft. Auf der Suche nach dem Substrat der Seele* (S. 27–39). Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Sneed, J.D. (1971). *The Logical Structure of Mathematical Physics*. Dordrecht, Boston, London: D. Reidel Pub. Comp.
- Wagner, E. (1996). Psychotherapie als Wissenschaft in Abgrenzung von der Medizin. In A. Pritz (Hrsg.), *Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen* (S. 219–247). Wien, New York: Springer.

4 So der Werbetext auf www.suttneruni.at (10.06.2019).

Psychotherapy and science: just navel-gazing?

Referring to the texts «Wissenschaftstheoretische Überlegungen zur Psychotherapiewissenschaft» (2016) and «Der Wissenschaftsbegriff der Psychotherapiewissenschaft» (2019; *ibid*) by Markus Erismann, the essay investigates the two questions as to what extent psychotherapy sciences can be identified as *independent* science and whether the «subjective factor» can agree with a general scientific notion. Concerning the first question, we plead for an *external* scientific approach as opposed to a definition of psychotherapy derived from an excessively self-centered view of psychotherapies. Concerning the second question, we show that science is in general *self-differentiating* and that even the frowned-upon «subjective factor» cannot be eliminated from the sciences.

Key words: psychotherapy science, scientific theory, science, subject, self-differentiation

Psicoterapia e scienza: contemplazione narcisistica?

Riassunto: Con riferimento ai testi «Wissenschaftstheoretische Überlegungen zur Psychotherapiewissenschaft» (2016) e «Der Wissenschaftsbegriff der Psychotherapiewissenschaft» (2019; i. d. Heft) di Markus Erismann, il saggio esamina le due domande su come la psicoterapia possa essere identificata come scienza *indipendente* e se il «fattore soggettivo» sia compatibile con un concetto generale di scienza. Per quanto riguarda la prima domanda, viene sostenuto un approccio scientifico-teorico

esterno rispetto a un concetto di psicoterapia scientifica acquisito da una contemplazione narcisistica delle psicoterapie. Per quanto riguarda la seconda domanda, è dimostrato che la scienza è in linea di principio *auto-differente* (*selbst-different*) e che persino il malvisto «fattore soggettivo» non può essere eliminato dalle scienze.

Parole chiave: psicoterapia scientifica, teoria della scienza, scienza, soggetto, auto-differenza

Der Autor

Gerhard Burda ist Philosoph, Psychotherapiewissenschaftler und Lehranalytiker in Wien. Er ist langjähriger Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Analytische Psychologie und Mitglied der Wiener Lacan-Schule sowie Autor zahlreicher Veröffentlichungen im Schnittraum von Philosophie, Psycho- und Medienanalyse; zuletzt erschienen: *Psychoanalyse der Erlösung* (2016), *Mediale Identität/en* (2018), *Pandora und die Metaphysica medialis* (2019).

Kontakt

Mag. Dr. Dr. habil. Gerhard Burda
Penzinger Str. 69/11
1140 Wien, Austria
E-Mail: comger@gmx.at
www.gerhardburda.com

Psychothérapie et science : un nombrilisme ?

Gerhard Burda

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (2) 41 2019

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2-41>

Mots clés : science de la psychothérapie, théorie scientifique, science, sujet, différence de soi-même

Le texte poursuit deux buts : d'abord d'explorer la question de savoir comment la science de la psychothérapie peut être qualifiée de science à *part entière*. Dans un deuxième temps est ouverte à la discussion la question de savoir si le « facteur subjectif » peut être concilié avec une notion de science générale – la plupart du temps informée en termes de sciences naturelles. Ces questions sont également abordées par Markus Erismann dans les deux textes « Réflexions de théorie scientifique par rapport à la science de la psychothérapie » (2016) et « La notion scientifique de la science de la psychothérapie » (dans ce cahier). En ce qui concerne le premier texte, je plaiderais en faveur de l'adoption d'une perspective de théorie scientifique *externe*. Erismann fait au contraire tout simplement du caractère pré-paradigmatique des orientations de la psychothérapie le paradigme des sciences psychothérapeutiques en soulignant l'*autoréflexivité élevée* des méthodes psychothérapeutiques. Cette approche est à mon avis circulaire, elle efface les lignes de justification ainsi que les notions de théorie scientifique, de science de la psychothérapie et de psychothérapie. Le second texte d'Erismann vise à faire ressortir une concordance entre la notion scientifique de science de la psychothérapie et une notion scientifique généralement reconnue. Il s'agit du rapport que les facteurs importants pour la psychothérapie que sont le *subjectif*, l'*individuel* et le *contradictoire* entretiennent avec des critères scientifiques généraux tels que l'*objectivité*, la *possibilité de vérifier* et l'*intersubjectivité*. Ce second texte se rattache étroitement au premier et à la problématique que le caractère scientifique est censé être généré à partir du nombrilisme des psychothérapies. J'essaie au contraire de montrer que ni les contradictions inhérentes (*différences par rapport à soi*) ni le « facteur subjectif » tant honni ne doivent

être éliminés de la science. *Différence par rapport à soi* veut dire que chaque forme concrète d'identité contient toujours une certaine contradiction, une ambivalence, quelque chose de paradoxal, une contre-logique ou un dédoublement en soi. Cette circonstance n'épargne ni nos notions de science ou de sujet ni nos conceptions de science de la psychothérapie. On peut par exemple s'en apercevoir en constatant simplement que des sens conflictuels peuvent être attribués à n'importe quel objet scientifique, sens qui peuvent tous finalement être rattachés à l'arrière-plan *fantasmatique* de notre faculté cognitive.

L'auteur

Gerhard Burda est philosophe, scientifique spécialisé en psychothérapie et analyste didacticien à Vienne. Il est depuis de nombreuses années président de l'Österreichische Gesellschaft für Analytische Psychologie (société autrichienne de psychologie analytique) et membre de l'École Lacan de Vienne ainsi qu'auteur de nombreuses publications à la convergence de la philosophie et de l'analyse psychologique et médiatique ; dernières parutions : *Psychoanalyse der Erlösung* (2016) (Psychanalyse de la rédemption), *Mediale Identität/en* (2018) (Identité/s médiatique/s), *Pandora und die Metaphysica medialis* (2019) (*Pandora et la Metaphysica medialis*).

Contact

Mag. Dr. Dr. habil. Gerhard Burda
Penzinger Str. 69/11
1140 Wien, Austria
E-Mail : comger@gmx.at
www.gerhardburda.com

«Evidenzbasierung» als Kriterium der Psychotherapie-Selektion?

Über eine gutes Konzept – und seine missbräuchliche Verwendung

Jürgen Kriz

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (2) 42–50 2019

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2-42>

Zusammenfassung: In diesem Beitrag wird zunächst hervorgehoben, dass «Evidenzbasierung» ein gutes und nützliches Konzept ist, aber durch eine Reduktion auf RCTs inzwischen oft missbräuchlich verwendet wird. Zwar ist das RCT-Design durchaus ein hervorragendes Modell zur Untersuchung experimenteller Forschungsfragen. Dies gilt aber nur dann, wenn klar definierbare Ursachen und ebenso klar definierbare Wirkungen hinreichend isolierbar sind und diese dabei die Untersuchungsrealität brauchbar abbilden. Je grösser der Handlungsspielraum zur Gestaltung der Ursachen (Interventionen) ist und je komplexer die relevanten Wirkungen sind, desto weniger tauglich ist dieser Ansatz. Wie sodann aufgezeigt wird, eignen sich RCT-Designs in der Psychotherapieforschung besonders dann, wenn manualisierte *Programme angewendet* werden. Dies ist primär für die Verhaltenstherapie der Fall. Für psychotherapeutisches Vorgehen, das wesentlich in der prozess-spezifischen *Entfaltung von Prinzipien* begründet ist, sprengt die grosse Variabilität der Detail-Ursachen (Interventionen) die erforderliche massenstatistische Homogenität für ein experimentelles Design. Die Forderung, Wirksamkeit vor allem mit RCT-Designs zu belegen, läuft dort auf methodische Artefakte hinaus, beziehungsweise stülpt eine bestimmte psychotherapeutische Präferenz, nämlich für die Verhaltenstherapie, auf dem Wege der Wissenschaftsmethodik anderen Psychotherapieansätzen über. Abschliessend werden noch einige weitere Reduktionen und Missinterpretationen im Zusammenhang mit RCT- und Metastudien-Designs problematisiert.

Schlüsselwörter: Effektstärke, Evidenzbasierung, Passung, psychotherapeutische Verfahren, RCT, Wirkfaktoren

Das «eigentlich» gute Anliegen der Evidenzbasierung

Mit dem Attribut «evidenzbasiert» ist gewöhnlich das Konzept «Evidenzbasierte Medizin» (EbM) einer Forschergruppe um David Sackett (Sackett et al., 1997) gemeint. Es war das Anliegen dieser Gruppe, professionalisierte Hilfestellung durch wissenschaftlich gesicherte Informationen in Form von Übersichten und Bewertungshilfen zur Verfügung zu stellen. Weder PraktikerInnen noch einzelne ForscherInnen können heutzutage die ungeheure Fülle an Literatur mit klinischen Studien noch überblicken und in ihrer Aussagekraft und Güte kritisch bewerten. Mit dem Programm der Evidenzbasierung sollen diese besser in die Lage versetzt werden, den aktuellen Stand der Forschung in einem bestimmten Fachgebiet mit ihrer ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Erfahrung und der individuellen PatientInnenperspektive so zusammenzuführen, dass der/m jeweiligen Patientin/en die beste Behandlung angeboten werden kann. So weit der fraglos gute Ansatz der EbM, der sich rasch verbreitet hat: Besonders von der internationalen Cochrane Collaboration (CC) werden Bewertungen und Zusammenfassungen (sogenannte *Reviews*) von wissenschaftlichen Studien im Bereich der Medizin und teilweise auch der Psychotherapie vorgenommen.

Ob dieser nützliche *Überblick* über real durchgeführte *Forschungen* nach bestimmten Kriterien (s. nachfolgend) nun aber auch ein nützliches *Kriterium* dafür sein kann, welche Methoden *in der Praxis angewendet bzw. unterlassen* werden sollten, hängt von der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen ab. Dazu zählt zum einen insbesondere die Frage, wie weit das Spektrum realer Behandlungen tatsächlich und hinreichend biasfrei im Spektrum dieser Forschung wiedergespiegelt wird. Zum anderen geht es um die Frage, wie brauchbar sich das methodische Modell dieser Forschung nicht nur für die Beurteilung von Pillen und Apparaten sondern auch für Psychotherapie eignet.

Schon hinsichtlich der ersten Frage werden oft erhebliche Zweifel geäussert, die mit Interessenkonflikten zusammenhängen (vgl. z.B. Kienle et al., 2003). Denn Forschung orientiert sich nicht einfach wertfrei an inhaltlich relevanten Fragen der KlinikerInnen bzw. an zu klärenden Fragen für die PatientInnen. Für Forschung zu Medikamenten, Apparatemedizin etc., die weitgehend von Firmen finanziert werden, zeigt sich vielmehr, dass überwiegend Therapien erforscht werden, die patentierbar und gewinnversprechend sind. Zudem werden pharmazeutische Unternehmen begünstigt, die mit wenigen Medikamenten grossen Umsatz machen. Diese sind die Gewinner im EbM-Biotop. Verlierer sind dagegen Therapien ohne Aussicht auf breite Vermarktung oder ohne

finanzstarke industrielle Rückendeckung, wie zum Beispiel nicht-pharmakologische Therapien.

Aber auch bei Forschung im Bereich von Psycho- und Sozialtherapie, Reha-Massnahmen etc., die primär über universitäre und öffentliche Mittel finanziert wird, steht die Kritik oft mangelnder Neutralität im Raum, denn es werden bevorzugt Fragestellungen erforscht, die im Rahmen von Diplom-, Doktor- und Habilitationsarbeiten angegangen werden und vergleichsweise schnell und einfach publiziert werden können – das heisst Arbeiten, die gut in universitäre Karrierestrukturen passen. So lässt sich beispielsweise eine spezielle Vorgehensweise (die dann dem Spektrum Verhaltenstherapie zugerechnet werden kann) an einer speziellen PatientInnengruppe sehr gut im Rahmen einer Dissertation experimentell untersuchen. Die Wirkung einer langfristigen, kaum manualisierbaren Vorgehensweise – wie etwa der Humanistischen Psychotherapie oder der Langzeit-Psychoanalyse – lässt sich in diesem Rahmen so praktisch nicht untersuchen bzw. muss in ein für diese Ansätze unpassendes Prokrustesbett zurechtgeschnitten werden, bei dem Wichtiges, wenn nicht gar Wesentliches verloren geht. Dies wird besonders deutlich, wenn man einen aktuellen Beitrag von Strauß (2019) betrachtet. Strauß – immerhin alternierender Vorsitzender des deutschen Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie (WBP), verweist dabei auf die Bedeutsamkeit der sogenannten «kontextuellen Faktoren» für das Verständnis der Wirksamkeit von Psychotherapie, die sich aus der internationalen Forschung der letzten Jahrzehnte herauskristallisiert haben. Drei der sechs wichtigsten kontextuellen Faktoren (vgl. Tabelle in Strauß, 2019, S. 6) entsprechen exakt den drei zentralen Bedingungen, die Rogers (1957) für die Personzentrierte Psychotherapie als ein Ergebnis seiner Forschung herausgestellt hat und die inzwischen für die Humanistische Psychotherapie essenziell sind. Derselbe WBP hat aber gerade der Humanistischen Psychotherapie die wissenschaftliche Anerkennung verweigert und die Personzentrierte Psychotherapie mit dem Hinweis, sie sei nach derzeitigen Kriterien nicht mehr wissenschaftlich anerkannt, massiv diskreditiert (auch wenn dieses Werturteil selbst beim WBP auf dem vermeintlichen «Fehlen» einer einzigen Studie beruht).

Der durchaus informative Überblick über die Forschungsliteratur durch EbM oder CC spiegelt somit keineswegs nur die *Nützlichkeit von Interventionsmethoden* wider, sondern in erheblichem Ausmass *die Nützlichkeit der Forschung unter kommerziellen oder Wissenschaftskarriere-Aspekten*. Noch bedenklicher ist allerdings, dass, trotz eindringlicher Warnungen von Sackett und seiner Gruppe selbst, EbM inzwischen missbräuchlich in ein Instrument zur Selektion und Massregelung umfunktioniert wird. So werden unter dem Begriff «evidenzbasierter Gesundheitsversorgung» die Prinzipien der EbM auf immer mehr Entscheidungen zur Steuerung des Gesundheitssystems angewandt.

Aktuelles Beispiel ist die gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (Prof. Spinath), des Fakultätentages Psychologie (Prof. Antoni) und der Kommission Psychologie und Psychotherapieausbildung (Prof. Rief) vom Mai 2019 zum deutschen Gesetzentwurf

für das neue Studium zur Approbation in Psychotherapie: Darin wird die vollständige Auflösung der psychotherapeutischen Verfahren zugunsten eines Baukasten-Prinzips aus störungsspezifischen, evidenzbasierten Interventionen gefordert. Dabei wird übersehen, dass diese Interventionen im Rahmen der Untersuchung ihrer Evidenz fast alle von TherapeutInnen durchgeführt wurden, die keineswegs theorie- oder schulenfrei agierten. Die Evidenz dieser Interventionen im Rahmen einer reinen Baukastentherapie ist somit gar nicht untersucht worden. Dazu muss bedacht werden, dass ohnehin der Anteil spezifischer Techniken am Therapieergebnis überaus gering ist – Norcross und Lambert (2011) schätzen ihn auf unter 10 %. Über 90 % dessen, was in der Psychotherapieforschung als wirksam gilt, soll also nach solchen Vorstellungen in Zukunft den PatientInnen vorenthalten werden – oder durch intuitiven Dilettantismus ersetzt werden. Das aber ist ganz sicher nie das Anliegen von Evidenzbasierung gewesen.

Für die Praxis ähnlich schädlich ist, dass die von Sackett konzipierten sogenannten «Evidenzklassen», die immerhin noch Informationen aus unterschiedlichen Studiendesigns berücksichtigen, durch eine fast ausschliessliche Fokussierung auf Randomisierte kontrollierte Studien (RCT) ersetzt wurden. Bei diesen RCTs geht es allein um die Wirksamkeit von abgegrenzten Einzelfaktoren bezogen auf abgegrenzte Symptome, unter streng kontrollierten Laborbedingungen. Der inzwischen übliche Etikettenschwindel, «evidenzbasiert» irrtümlich oder missbräuchlich allein auf RCTs zu reduzieren, hat die methodische Monokultur ganz erheblich vorangetrieben. Denn es gelten faktisch nur noch Belege, die mit experimentellen Designs erbracht wurden.

Aus diesem Grund ist es angezeigt, die Vor- und Nachteile der experimentellen Konzeption hier näher zu untersuchen (wobei die Argumentation Aspekte aus Kriz, 2000, 2007, 2008 mit aufgreift – vgl. auch Schulthess, 2019 und besonders in Kriz, 2014a, b, 2015 teilweise ausführlicher dargestellt wird).

Grundlagen des Experiments

Das zentrale Fundament, auf dem in den empirischen Wissenschaften und den von ihnen durchdrungenen gesellschaftlichen Diskursen der Geltungsanspruch von Aussagen beruht, ist das Experiment. Dieses beruht auf dem Grundschemata, dass ein Untersuchungsgegenstand bestimmten Manipulationen ausgesetzt wird, die als «unabhängige Variable» (UV) bezeichnet werden. Die Reaktionen des Untersuchungsgegenstandes werden an den Veränderungen von «abhängigen Variablen» (AV) registriert. Sofern man alle weiteren Einflüsse ausschalten kann, lässt sich diese Veränderung der AV als Funktion der UV verstehen, also $AV = f(UV)$.



Abb. 1: Experimentelles Grundschemata

In experimentellen Forschungsdesigns der Psychologie, Psychotherapie, Medizin und Pharmakologie (am Menschen) sind Untersuchungsgegenstände – je nach Nomenklatur – «Versuchspersonen» (Vpn), «PatientInnen», «Untersuchungsteilnehmer» (UT) usw. Gerade im Rahmen moderner Psychologie beziehen sich zahlreiche Fragen, die gestellt werden, auf einen sehr spezifischen, klar umrissenen Forschungsgegenstand, bei dem einzelne Wirkvariablen im psychologischen Labor gut isolierbar sind. Ein nicht unbeträchtlicher Teil der Reputation der Psychologie als Wissenschaft beruht auf einer überwältigenden Fülle an Befunden zu Fragen über menschliche(s) Wahrnehmung, Lernen, Gedächtnis, Denken, Sprache usw., die ganz überwiegend durch eine experimentelle Herangehensweise untersucht wurden.

Das ist allerdings keineswegs so unproblematisch, wie es zu sein scheint. Denn die Vorgehensweise setzt voraus, dass die unabhängige Variable in Abbildung 1 eben auch (hinreichend) unabhängig ist – und dies wiederum setzt voraus, dass die Untersuchungsgegenstände (hinreichend) adäquat als Objekte behandelt werden können. Sobald aber Untersuchungsgegenstände eher als Subjekte gesehen werden müssen, die die Beschaffenheit der unabhängigen Variable erheblich beeinflussen, indem sie diesen unterschiedliche Bedeutungen geben, sind die UV eben nicht als «unabhängig» sondern als «abhängig» anzusehen.

Nun hat schon vor über 100 Jahren die klassische Gestaltpsychologie der Berliner Schule (Wertheimer, Koffka, Köhler, Lewin, Goldstein u. a.) auf vielfältige Weise zeigen können, dass in vielen Situationen nicht so sehr die «objektiven» (von Physikern beschreibbaren) UV einer Reizwelt für Menschen beim Wahrnehmen, Erinnern, produktivem Denken etc. entscheidend sind, sondern die *Bedeutungen* (in Form von «Gestalten») die diesen Reizkonfigurationen jeweils durch den Menschen als Subjekt gegeben werden. Komplementär zu der Beschreibungsperspektive durch WissenschaftlerInnen, BeobachterInnen oder Manuale müsste somit auch immer die des Subjekts in seiner Lebenswelt (vgl. Kriz, 2017) mitberücksichtigt werden – ein grosses Manko in den gegenwärtigen Psychotherapie-Diskursen.

Eigentlich sollten sich gerade PsychologInnen über diese Einwände gegenüber dem Konzept unabhängiger Variablen nicht wundern, beruht doch eines ihrer Lieblingsparadigmen auf der klassischen Konditionierung nach Pawlow – bei der eben physikalisch gesehen ein und dieselbe Glocke in Abhängigkeit von den Erfahrungen des Hundes die Bedeutung von «Glocke» als «Futter» erhält (diese Wörter sind natürlich unsere anthropomorphen Bezeichnungen). «Lernen» meint eben, dass die angeblich unabhängigen Variablen von der Lerngeschichte abhängig sind. Prinzipiell lassen sich zwar auch diese Lerngeschichten bisweilen kontrollieren oder gar selbst zum Gegenstand einer experimentellen Frage machen. Aber es gibt stets auch eine Fülle nicht erfasster Lerngeschichten der Untersuchten – und damit deren unterschiedlichen subjektiven Bedeutungszuweisungen –, die das Konzept unabhängiger Variablen obsolet machen.

Das wird vielleicht noch eindrucksvoller am Beispiel der Frühphase der kognitiven Verhaltenstherapie (VT): Meichenbaum (1979, S. 109ff.) wollte die Effizienz des VT-Standardverfahrens (Wolpe & Lazarus, 1966) zur Beseitigung von Schlangenphobien durch eine Erweiterung der Intervention um kognitive Anteile steigern. Neben der Versuchsgruppe, die die «richtige» Reihenfolge erhielt, und wo angesichts der Schlange negative Verstärkung erfolgte, wenn die PatientInnen sich entspannte, gab es noch eine Kontrollgruppe. Diese erhielt die negative Verstärkung genau dann, wenn die PatientInnen von der Schlange angewidert war. Eigentlich müsste sich nach den klassischen Lerntheorien bei der Kontrollgruppe die Schlangenphobie erhöhen oder zumindest stabilisieren. Überraschenderweise waren aber beide Programme gleich wirksam. Durch Befragung fand Meichenbaum heraus, dass die PatientInnen der Kontrollgruppe die Situation und die Aussagen bezüglich der Angst erzeugenden Selbstanweisung einfach für sich umgedeutet hatten. Die Lerntheorien beschrieben somit die «objektive Reizstruktur» der Intervention, nach der die Phobie hätte verstärkt werden müssen, die PatientInnen aber organisierten sich diese Struktur eigenständig in eine «subjektive Rezeptionsstruktur» um, die völlig anders wirkte. Dieses Beispiel sollte vielleicht manchen, der zu sehr auf Manualisierung setzt und zu sehr an «unabhängige Variablen» im zuvor angeführten experimentellen Design glaubt, nachdenklich machen.

RCT-Forschung als Repräsentant des experimentellen Ansatzes

Wie bereits zuvor betont wurde, sind zahlreiche Fragen, die im Rahmen moderner Psychologie gestellt werden, optimal durch eine experimentelle Herangehensweise nach dem Schema in Abbildung 1 untersuchbar. Allerdings passt dieses Modell keineswegs für alle Fragen. So werden in Experimenten und der entsprechenden Statistik Beobachtungsdaten als empirische Realisation theoretischer, «wahrer» Parameter (oder Naturgesetze) verstanden: Der Fall einer Kugel ist zum Beispiel eine Realisation des Fallgesetzes. Empirisch ergeben sich zwar immer kleine Abweichungen der Messwerte von den theoretisch erwarteten Werten. Diese Abweichungen werden jedoch Störeinflüssen zugeschrieben, die möglichst zu vermeiden sind.

Für die Behandlung von bakteriellen Infektionen ist dieses Modell noch hinreichend brauchbar, weil beim Befall einer/s Patientin/en mit zum Beispiel Pneumokokken diese konkreten Pneumokokken eben als Realisation aus der «wahren» Population dieser Bakterien angesehen werden können. Ein Antibiotikum gegen diesen Bakterientyp wird somit weitgehend unabhängig davon wirken, ob die Beziehung der/s Patientin/en zur Ärztin bzw. zum Arzt gut oder schlecht ist – jedenfalls wäre der Einfluss der Beziehung eine leicht zu eliminierende Störgrösse.

Schwieriger wird der Einsatz dieser Forschungslogik allerdings selbst bei bakteriellen Infekten schon dann, wenn

das Medikament nicht die Bakterien selbst bekämpfen, sondern die Abwehrkräfte steigern soll: Von was wären gemessene «Abwehr-Daten» (z. B. Immun-Parameter) denn als Realisationen zu verstehen? Und was sind hier Störgrößen?

Noch schwieriger wird es, wenn es um psychische Störungen geht: Ist das, was wir bei als «depressiv» diagnostizierten PatientInnen Störung nennen, die konkrete Realisation einer theoretischen Grösse (Krankheit) namens «Depression»? Und – noch wichtiger – kann die Behandlungsweise «b» gegen diese Störung als eine konkrete Realisation der Behandlungsmethode «B» verstanden werden (die dann, mit anderen Methoden für andere Störungen zusammen Verfahren «X» ergibt)?

Doch trotz solcher Zweifel, führt eine (klassisch) experimentelle Perspektive in der obigen Form (UV à M à AV) geradezu *notwendig* in die Logik der RCTs.



Abb. 2

Denn wenn Abbildung 2 Sinn machen soll, so gilt *notwendig*:

- X *muss* zwangsläufig weitgehend manualisiert werden, denn man will ja nicht irgendeine UV testen, sondern X.
- Es *muss* eine Stunden-Anzahl mit X vorgegeben sein, sonst wäre nicht X die Wirkung, sondern die Behandlungsdauer.
- Es *müssen* Kontroll- bzw. Vergleichsgruppen gebildet werden, denn in der massenstatistischen Analyse (für E) können sonst viele Einflüsse (z. B. Spontanremission) und nicht X die Wirkung hervorrufen.
- Ebenso *muss* randomisiert (bzw. bei kleinem N besser: parallelisiert) werden, denn sonst wirken statt X ggf. die Unterschiede in den Gruppen.
- Um die Wirkung von X im Sinne von Effektstärken (E) sinnvoll erfassen zu können, ist eine weitere notwendige Voraussetzung, dass die Symptom- und auch die Heilungsdynamik hinreichend linear – zumindest ohne grosse Instabilitäten und Nichtlinearitäten – verläuft: Ansonsten würde bei der formal vorgenommenen Aggregation der Daten im Rahmen der statistischen Auswertung über unterschiedliche Verläufe aggregiert, wo ggf. dieselbe Dosis von X einmal fast nichts, ein anderes Mal extrem viel verändert. Mittelwerte würden dann weitgehend Artefakte der zufälligen Mischung unterschiedlicher Phasen abbilden und weniger über X (im Vergleich z. B. zur Kontrollgruppe oder zu einem anderen Ansatz Xa) aussagen.
- Eine letzte der hier keineswegs erschöpfend (vgl. Kriz, 1996, 2006) aufzuführenden impliziten Voraussetzungen ist, dass ausser X keine weiteren bedeutsamen Wirkvariablen im Experiment wirken. Wie ist es aber beispielsweise mit der therapeutischen Beziehung? Inzwischen wird deren Bedeutsamkeit auch für die VT nicht bestritten. Doch wo findet sich in der VT-

Theorie eine genaue Herleitung dessen, was mit «therapeutische Beziehung» in diesem Ansatz gemeint ist? Und da wohl kein/e VerhaltenstherapeutIn die Sicht für akzeptabel hielt, dass VT lediglich ein *Add-on* zur Wirkvariable «therapeutische Beziehung» ist, wie sie beispielsweise in der Gesprächspsychotherapie fundiert theoretisch hergeleitet und empirisch erforscht ist: Wo sind die Dismantling-Studien, die den Einfluss dieser Wirkvariablen von der «eigentlichen» VT bestimmen können?

Um Missverständnisse zu vermeiden sei an dieser Stelle explizit betont, dass die Diskussion mit Verweisen auf die VT nicht deshalb erfolgt, weil diese als besonders kritikwürdig angesehen wird, sondern weil die VT von allen Ansätzen noch am ehesten mit dem klassisch-experimentellen Paradigma übereinstimmt und sich in der Betonung von RCT-Designs auch primär auf dieses beruft. Daher ist es wichtig zu zeigen, dass auch die VT jenseits idealisierter Grundlagenforschung mit diesem Paradigma in Schwierigkeiten gerät, wenn es um Aussagen über die Wirkung realer Psychotherapie geht. Diese Vorbehalte gelten daher mindestens ebenso bei anderen Richtungen der Psychotherapie – allerdings haben diese auch gar nicht den Anspruch erhoben, in ihren wesentlichen Aspekten durch das klassisch-experimentelle Paradigma abgebildet zu werden.

Es gibt somit viele implizite aber *notwendige* Voraussetzungen für die Angemessenheit der klassisch-experimentellen Perspektive auf Fragen der Psychotherapie. Dass diese auch nur hinreichend erfüllt sind, darf nach der obigen Diskussion besonders dann bezweifelt werden, wenn man nicht über die Bedingungen im Labor, sondern über ein Verfahren in der realen Anwendung urteilen will. Für die Psychotherapie ist daher zwar Grundlagen- und Laborforschung wichtig – aber eben nicht nur: Denn nur wenige PsychotherapeutInnen werden ForscherInnen im engeren Sinne. Die meisten gehen in die reale Praxis. Daher gilt es, sich in einem Behandlungs- und Anforderungsalltag zu orientieren, in dem die PatientInnen eben nicht als Realisation von reinen Störungen betrachtet werden können (und das auch nicht modellhaft angemessen), sondern wo die Komplexität ihrer in Störungen manifestierten Lebens- und Leidensgeschichten mit dem Begriff «Komorbidität» belegt wird.

Dabei ist selbst die Bezeichnung «Komorbidität» irreführend. Denn PatientInnen «haben» nicht zwei oder mehrere reine Störungen – so wie Fusspilz und Grippe – sondern ihre komplexen Leiden sind diagnostisch nur in mehreren Kategorien erfassbar. Das ist ein wesentlicher Unterschied. Deshalb ist die für klassisch-experimentelle Forschungsdesigns so notwendige Manualisierung selbst für die VT in der Alltagspraxis auch recht fragwürdig, weil die weiteren Verläufe und Dynamiken der Behandlung nur sehr bedingt Standardverläufen entsprechen – ja, oft nicht einmal über längere Verläufe geplant werden, sondern ständig individuell neu adjustiert werden müssen. Nicht umsonst betont auch der Verhaltenstherapeut Zarbock (2010, S. 126): «Verhaltenstherapie stellt eben nicht die

Behandlung von Diagnosen mit medikationsähnlichen Standardinterventionen dar.» Die – ohne Zweifel wichtigen und interessanten – Ergebnisse aus der Psychotherapieforschung im klassisch-experimentellen Paradigma haben somit nur sehr artifizielle Aussagekraft für die reale Psychotherapiepraxis.

Konsens besteht ohnehin unter WissenschaftstheoretikerInnen dahingehend, dass Psychotherapie-Praxis nicht als Anwendung von Psychotherapie-Theorie verstanden werden kann. Selbst für die klassische VT – bei der der Gedanke der Anwendung von Theorie vielleicht noch am ehesten naheliegen könnte – hat schon Westmeyer (1980) gezeigt, dass sie (bzw. Teile davon) nicht als «angewandte Lerntheorien» verstanden werden kann. Stattdessen plädiert er, wie auch Perrez (1982) dafür, Theorie im Rahmen von Psychotherapie bestenfalls als Bereitstellung von «technologischen Regeln» zu verstehen, nämlich als Aufforderungen, in bestimmten Situationen bestimmte Massnahmen zu ergreifen, um bestimmte Ziele zu erreichen.

Das Bias des RCT-Ansatzes

Gleichwohl lässt sich die Frage auch andersherum stellen: Unter welchen Bedingungen passt das Modell der experimentellen Forschung und das RCT-Design zumindest hinreichend brauchbar zur Realität? Geht man dieser Frageperspektive nach, so ist jenseits des Labors ein solches Modell für die Praxis dann hinreichend brauchbar, wenn diese Praxis eben entsprechend den Bedingungen gestaltet werden kann bzw. typischerweise so gestaltet wird. Dies nun wiederum ist besonders bei der Entwicklung und Evaluation von psychotherapeutischen *Programmen* der Fall, in denen die zuvor angeführten Aspekte eben auch als standardisierte Vorgehensweisen in der Praxis umgesetzt sind. Sind zum Beispiel in einer Klinik für einen sechswöchigen Aufenthalt zehn Sitzungen für eine bestimmte Störung vorgesehen, in denen jeweils ein sehr klar vorgegebenes Programm durchgeführt wird, so sind die zuvor angeführten Bedingungen brauchbar erfüllt. *Um die Wirksamkeit der Anwendung von Programmen zu prüfen, sind RCT-Studien gut brauchbar.*

Wie brauchbar ist dieser Ansatz aber zur Beurteilung der Wirksamkeit von Psychotherapie, bei der die Behandlung typischerweise nicht nach einem vorgegebenen Programm erfolgt; die also auf einer dynamischen Passung von eher allgemeinen Prinzipien an die gegenwärtige Problem-Situation beruht? Wobei in die «Problem-Situation» recht viele Aspekte einfließen können: von der genetischen Disposition über biografische Strukturierungen, Lerngeschichten, aktuelle Belastungen, Symptomstabilisierungen im sozialen Umfeld etc. etc. Wird also entsprechend der spezifischen aktuellen Situation das konkrete therapeutische Vorgehen aus bestimmten Prinzipien erst entfaltet und in passendes Handeln umgesetzt, so sind die zentralen Bedingungen typischerweise nicht anwendbar.

Fasst man diese Argumente zusammen, so lässt sich sagen: *Um die Wirksamkeit von Therapieformen zu prü-*

fen, die in spezifischer Passung Kriterien entfalten, sind RCT-Studien unangemessen.

Natürlich kann man auch diese Therapieformen auf programmartige Vorgehensweisen, unter den zuvor angeführten Standardbedingungen reduzieren und damit die Forderung nach RCTs für diese «Varianten» erfüllen. Gezwungenermassen wurden solche Studien auch für Vorgehensweisen durchgeführt, die nicht zu dieser Forschungslogik passen. Denn auch in den USA ist eine Gruppe sehr einflussreich, die unter dem Begriff «Empirically Supported Treatment» (EST; empirisch gestützte Behandlungen) nur RCTs als einzige Form der empirischen Forschung ansieht – obwohl die Lehrbücher über empirische Forschungsmethoden auch in den USA zahlreiche andere Ansätze enthalten. Es sollte aber klar sein, dass ein solcher Forschungsansatz eben unangemessen ist und das Wesentliche verfehlt. Es ist ein wenig so, als wenn die Autolobby lediglich den Nachweis gelten lässt, wie schnell man auf Autobahnen vorankommt – und dabei das Essenzielle ignoriert, dass dies für die Beurteilung von PKW und LKW sinnvoll sein mag, aber nicht für Pferde – auch wenn man diese zwingen kann, sich am Wettrennen auf Autobahnen zu beteiligen. Doch dies ist nicht nur unangemessen, sondern entwertet auch die Leistung der Pferde, zum Beispiel über Hecken, Zäune und in unwegsamem Gelände voranzukommen und somit auch solche Menschen zu erreichen, die nicht an den Hauptstrassen angesiedelt sind. (ebenso erreicht man mit der *Mainstream-Psychotherapie* nicht alle Menschen).

Als ein sehr wesentliches Zwischenergebnis muss somit festgehalten werden, dass die Forderung, Wirksamkeit vor allem mit RCT-Designs zu belegen, Ansätzen, die vor allem auf einer situationsspezifischen, am realen psychotherapeutischen Prozess orientierten Entfaltung von Prinzipien ausgerichtet sind, damit eine bestimmte psychotherapeutische Präferenz, nämlich für die VT, überstülpt. Im Kleide von Forschungsmethodik wird hier also ein behaviorales Weltbild durchgesetzt.

Ein weiterer Aspekt des Bias des RCT-Ansatzes liegt in der Nicht-Berücksichtigung der Passungsproblematik nach dem allgemeinen Modell von Psychotherapie (AMP) nach Orlinsky & Howard (1987): Eigentlich gehört es heute zum Minimalstandard einer angemessen komplexen Diskussion, zumindest auf diese Passung einzugehen und diese in den Designs zu beachten. Es geht dabei um

- die Passung Behandlungsmodell und Störungsmodell,
- die Passung PatientIn und Behandlungsmodell,
- die Passung TherapeutIn und PatientIn und
- die Passung TherapeutIn und Störung der/s Patientin/en.

Die faktische, an RCTs und EbM orientierte Forschung ist aber ausschliesslich auf den ersten Aspekt ausgerichtet (Relation zwischen Behandlungsmodell und Störungsmodell). Und selbst dieser Aspekt ist auf die Interventionstechniken reduziert, die auf PatientInnensymptome wirken. Wiederrum ist die Fokussierung auf störungsspezifische Interventionstechniken als Untersuchungsmethodik für Programme noch vertretbar, für andere Konzepte von Psychotherapie hingegen ist diese Sicht unzulässig beschränkt.

«Effektstärke» – ein irreführender Begriff

In den Diskursen zur Bewertung von Psychotherapie spielt – spätestens bei der Zusammenführung der Studien zu Metaanalysen – eine Masszahl eine zentrale Rolle, die «Effektstärke» (ES) genannt wird. Diese ES ist üblicherweise wie folgt definiert und operationalisiert (vgl. Reinecker, 1996): $ES = (Me - Mk) / Sk$, wobei:

- Me = Mittelwert von T der *Experimental*- (= *Behandlungs*-)gruppe in der Post-Messung
- Mk = Mittelwert von T der *Kontrollgruppe* in der Post-Messung
- Sk = Standardabweichung von T der *Kontrollgruppe* in der Post-Messung
- T = Test-/Messvariable (z. B. ein klinischer Test)

Dieser ES wird deshalb eine so bedeutsame Stellung eingeräumt, weil die Ergebnisse unterschiedlicher RCTs auf sehr unterschiedlichen Vergleichsgruppen, Ausgangsbedingungen, Zielgrössen etc. beruhen. Der Begriff «Effektstärke» suggeriert, dass hier auch tatsächlich die Stärke des Behandlungseffektes gemessen bzw. vergleichbar gemacht wird – und so wird er in den Diskursen auch meist verwendet.

In Wirklichkeit kann ES aber nur recht bedingt etwas über Effektivität aussagen. Der Grund liegt darin, dass aus der obigen Formel hervorgeht, dass ES dann gross ist,

1. wenn $Me - Mk$ gross ist – das ist weitgehend wohl auch das, was man sich unter «Effektivität» vorstellt;
2. wenn Sk klein ist – das aber hat fast nichts mit Effektivität zu tun, sondern hängt von Besonderheiten der Gruppe und vor allem auch der gewählten Tests bzw. Operationalisierungen ab.

Insgesamt «misst» ES somit eher *statistische Diskriminierung* zwischen zwei Gruppen und nicht das, was man sich inhaltlich *klinisch* unter «Effektivität» vorstellt. Es kann die therapeutisch relevanten Beziehungen im Vergleich ggf. sogar ins Gegenteil verkehren. In Kriz (2014) findet sich ein durchgerechnetes Demonstrationsbeispiel, bei dem eine Behandlung (A) rechnerisch eine sehr hohe ES (2.0) hat, obwohl diese klinisch kaum effektiv ist, weil 97,5 % der Behandelten nach immer noch deutlich gestörter als die Normalbevölkerung sind. Bei einer alternativen Behandlung (B) ist die berechnete ES sehr viel geringer (1.3), obwohl sie viel effektiver ist, weil diese Gruppe nach der Behandlung völlig im Bereich der Normalbevölkerung liegt.

Die Art und Weise, in der in der Literatur über ES gesprochen wird, lassen zweifeln, dass diese formalen Zusammenhänge bzw. Unterschiede hinreichend bei KlinikerInnen bekannt sind. Vielmehr wird meist so getan, als messe die ES tatsächlich und unbesehen einen therapeutischen Effekt. Es zeigt sich darüber hinaus, dass es falsch wäre, Effekte in heterogenen, störungsunspezifischen Gruppen (d. h. mit grossem Sk) als weniger bedeutsam oder aussagekräftig abzutun: Zumindes in formal-quantitativer Hinsicht ist eher das Gegenteil richtig (da störungsunspezifische Gruppen typischerweise eher eine grössere als eine kleinere Varianz gegenüber homogenen Gruppen aufweisen).

Evidenzbasierter Unsinn

Computer, mathematische Modelle und Rechenvorschriften sagen per se nichts über den Sinn oder Unsinn ihrer Verwendung aus. Daher lassen sich Daten aus berechneten Effektstärken auch dann in eines der üblichen Computerprogramme für Metaanalysen füttern, wenn die inhaltliche Fragestellung als unsinnig zu erkennen wäre – sofern man nicht einer Mystifikation von Zahlenwerten aus Computerprogrammen unterliegt sondern den eigenen fachlichen Sachverstand bemüht. Ein Beispiel für einen fragwürdigen Missbrauch von Effektstärken zum Zwecke von Metaanalysen und scheinbar evidenzbasierten Aussagen, stellt das von Norcross herausgegebene Werk mit dem Titel «Evidence-Based Therapy Relationships» (2010) dar.¹ Dieses enthält 13 Beiträge, die jeweils Metaanalysen zu «Elementen» bzw. «Faktoren» der therapeutischen Beziehung durchführen. Solche Elemente sind unter anderem therapeutische Allianz, Zielübereinstimmung, Management von Gegenübertragung, positive Wertschätzung, Kongruenz oder auch Empathie. Jedem Element ist ein Kapitel mit einer Metaanalyse gewidmet; wohlgemerkt: jedem einzelnen. Dies führt dann unter anderem zu Aussagen, dass *Empathie* (57 Studien, 3.599 Klienten) «nachweislich», positive Wertschätzung (18 Studien) aber nur «wahrscheinlich» effektiv wirkt. Und für *Kongruenz* (16 Studien, 863 Klienten) gebe es «noch keine hinreichende Evidenz» für Wirksamkeit. Das sind beachtliche Unterschiede in der Bewertung – die aber mehr für statistische Akribie denn für substanzielle Erkenntnis sprechen: Denn die mittlere Korrelation zwischen «Element» und «Behandlungserfolg» beträgt als Effektstärke für *Empathie* .31, für *positive Wertschätzung* .27 und für *Kongruenz* .24 – das sind, freundlich formuliert, inhaltlich recht irrelevante Differenzen.

Zu kritisieren ist aber nicht nur, wie artefaktanfällig solche Unterschiede sind. Wichtiger ist die Frage, ob zum Beispiel in allen 57 Studien mit Daten zur «Empathie» überhaupt hinreichend das Gleiche darunter verstanden wurde. Oder wie weit dies für «Behandlungserfolg» gilt. Und hatte nicht Rogers, auf den diese Konzepte zurückgehen, einst betont, dass es sich um drei untrennbare, wechselwirkende Aspekte *einer* Haltung handelt? Das heisst, dass Therapien mit *Empathie* ohne *Wertschätzung* oder *Kongruenz* ohne *Empathie* ganz andere Erfolgsraten haben dürften. Genauso könnte man aus den Verkaufsdaten von 100 Rembrandt-Bildern analysieren, mit welchem Ausmass die Farbe Rot und mit welchem die Farbe Braun zum erzielten Verkaufspreis beigetragen haben.

Den Unsinn, in komplexen Prozessräumen mit nicht-linearen Wechselwirkungen, wie dies für Psychotherapie typisch ist, nach isolierbaren Wirkfaktoren zu suchen, hat Plaum (1999, S. 201) in einer kurzen – fiktiven aber nicht untypischen – Fallgeschichte dargestellt:

¹ Zu finden unter <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.463.7645&rep=rep1&type=pdf> (23.06.2019) sowie, etwas erweitert, als Buch (Norcross, 2011) und, mit Wampold zusammen, auch Heft 1/2011 von *Psychotherapy*.

«Aufgrund der Distanz von zuhause war Frau X. in der Lage, ein anregendes Klima, eine reizvolle Landschaft, positiv auf sich wirken zu lassen, was durch die entspannende Wirkung der Bäder verstärkt worden ist; dass es Mitpatienten gibt, denen es offenbar schlechter ging als ihr, hat Frau X. neuen Lebensmut gegeben und sie offener für andere Menschen gemacht; die daraufhin möglichen Gespräche konnten ihr wiederum veränderte Lebensperspektiven nahebringen; schließlich hat der Masseur bei Frau X. erotische Gefühle ausgelöst, die wiederum in der geschilderten aktuellen sozialen Situation zur Realisierung eines ›Kurschattens‹ führten; dieser hat aufgrund seiner anziehenden Wirkung Frau X. zu der Überzeugung bringen können, dass es doch besser sei, die Diätvorschriften einzuhalten und nicht etwa sich am Nachmittag ins Café zu setzen, um dort die Sahnetorte zu verspeisen.»

Zu Recht fragt Plaum: «Was hat zur Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes von Frau X. während einer Kur geführt? Bäder? Massagen? Das Klima? Die Distanz von zuhause? Der Kontakt zu Mitpatienten? Der ›Kurschatten‹?» (ebd., S. 200). Im gewählten Beispiel muss man sagen: wohl alles irgendwie. Doch nichts wirkt als isolierbarer Faktor als solcher – und auch nicht im Sinne varianzanalytischer Wechselwirkung zusammen. Denn man kann sich gut vorstellen, dass in Gruppen mit Personen unter fast genau denselben Bedingungen die Gesamtwirkung völlig unterschiedlich ausfällt. Ein Forschungsansatz, bei dem der Einfluss des Kurschattens oder des Masseurs etc. als unabhängige Variable in einem RCT-Design untersucht werden soll, wäre daher entsprechend lächerlich. Und bei anderen PatientInnen wirken vielleicht in derselben Kurklinik andere Aspekte zusammen. Man kann sogar davon ausgehen, dass die PatientInnen selbst auch etwas Kompetenz besitzen, aus den reichhaltigen Programmen und komplexen Möglichkeiten einer solchen Klinik das auszuwählen, was für sie gut ist, und dass es vielleicht ausreicht, sie bei dieser Wahl und bei der Reflexion darüber zu begleiten und zu beraten.

Freilich ist die exzessive Zerlegung therapeutischer Prozesse in metaanalytisch isolierbare Elemente keineswegs neu: In zahlreichen Lehrbüchern (übrigens auch bei Norcross) geistert ein Tortendiagramm herum, das auf Asay und Lambert (2001) zurückgeht, wonach 30 % der Verbesserungen in Therapien auf die therapeutische Beziehung zurückgehen sollen (40 % auf extratherapeutische Variablen, 15 % auf Erwartungseffekte und nur 15 % auf die gewählte Technik). Diese Zahlen sind für viele, die die Bedeutsamkeit der therapeutischen Beziehung nicht vernachlässigt wissen möchten, natürlich erfreulich. Allerdings zählt die «Erfreulichkeit» eines Ergebnisses nicht zu den Kriterien in der Wissenschaft. Diese Zahlen sind schlicht numerischer Unsinn und die Aussagen nichts weiter als pseudo-quantitative Datenbelletristik. Was würden wir zum Beispiel mit einer Aussage anfangen: «Im Mittel sind die Gewässer in Deutschland 162,7 cm tief»? Zu Recht würden wir doch fragen: Welche Gewässer?

Sind es die grossen Flüsse wie Rhein, Elbe etc., oder auch die kleinen wie Hase, Düte usw.? Und wie steht es mit Gartentümpeln oder Baggerseen? Und falls nur Flüsse gemeint sein sollen: Wo wird denn gemessen: näher an der Quelle oder an der Mündung?

Genauso klar ist, dass die Wirkanteile im Therapieprozess nicht konstant und unabhängig sind und zum Beispiel von der Art der Störung oder dem jeweiligen Ansatz abhängen: Sie sind (hoffentlich) im humanistischen Ansatz eher höher als bei verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen, wo andersherum die dort zentralen Techniken vermutlich mehr als 15 % des Erfolgs ausmachen. Jede quantitative Aussage hängt somit von der Mischung an unterschiedlichen therapeutischen Vorgehensweisen ab.

Die Aussage von Asay und Lambert ist daher nicht falsch – aber sie bezieht sich auf das Ergebnis einer Reanalyse mit *einer* ganz bestimmten Mischung an unterschiedlichen therapeutischen Vorgehensweisen. Aber für *eine* ganz bestimmte Mischung an Gewässern wäre eben die obige Aussage von 167,2 cm für die mittlere Tiefe deutscher Gewässer ebenfalls nicht falsch. Allerdings würden wir für einen anderen Mix auch andere Anteile der Faktoren erwarten bzw. eine andere mittlere Gewässertiefe. Und genau wie bei den Gewässern gibt es auch für Psychotherapie per se keinen «richtigen» oder zumindest «angemessenen» Mix hinsichtlich globaler Gesamtaussagen. Denn woran sollte man auch die Richtigkeit eines solchen Mixes messen? Die Quantifizierung ist daher nicht falsch oder richtig, sie ist schlicht sinnlos.

Dieser alte – aber übermässig oft zitierte – Unsinn von Asay und Lambert ist also in Norcross' Sammlung nur nochmals potenziert. Dass bei dieser missbräuchlichen Anwendung massanalytischer Vorgehensweisen renommierte Forscher wie Wampold, Elliott, Greenberg oder Lambert mitgewirkt haben, macht die Sache keineswegs besser, sondern eher noch bedenklicher. Offenbar ist der Druck, in den Diskursen über evidenzbasierte Ergebnisse nicht unterzugehen, derart gross, dass selbst solche sonst seriösen Forscher artefaktanfällig werden.

In der Untersuchung der (fiktiven) Kurklinik von Plaum wäre es daher weit angemessener, statt nach dem evidenzbasierten Wirkanteil eines Kurschattens zu suchen, sich der zahlreichen Möglichkeiten zu bedienen, den Erfolg einer Kurklinik bei den PatientInnen zu evaluieren um sicherzustellen, dass mit Steuer- und Krankenkassengeldern nicht einfach Unwirksames bezahlt wird. Es ist ja ohnedies mehr als merkwürdig, dass in deutschen Kliniken sehr wohl vieles von dem eingesetzt und im Kassensystem abgerechnet wird, was angeblich «nicht wirksam» sein soll – obwohl (oder gerade weil) Kliniken mit sehr spitzem Bleistift rechnen müssen und sich keine überflüssigen Ausgaben leisten können. Aber sie wissen, wie gute HausärztInnen, um einen eher ganzheitlichen Heilerfolg, der nicht beliebig in Einzelfaktoren zerlegt und mit RCT-Designs untersucht werden kann – so wie eine Körperzelle in einzelne materiellen Bestandteile zerlegt werden kann, die aber jeweils kein «Leben» ausmachen.

Resümee

Resümierend lässt sich sagen, dass EbM im Ansatz und in der Intention zwar prinzipiell positiv zu sehen ist, in der Praxis aber entstellt und zweckentfremdet eingesetzt wird. Aus dem guten Anliegen, für PraktikerInnen einen informativen Überblick über die von ihnen schwer zu bewältigende Flut an Forschungsergebnissen bereitzustellen, wurde missbräuchlich ein Instrument zur Selektion und Massregelung entwickelt. Der Begriff «Evidenzbasierung» ist so (wortwörtlich) zu einem Schlagwort verkommen, um inhaltliche Argumente und Diskurse zu unterbinden: Gut zwei Jahrzehnte nach Einführung von EbM durch die Gruppe um David Sackett, werden die eindringlichen Warnungen des Gründers (z. B. Sackett et al., 1996) ignoriert und oft eine entstellte Form, die lediglich RCTs berücksichtigt, irreführend als «EbM» ausgegeben.

Diese starke Betonung von RCTs macht dort Sinn, wo experimentelle Designs dem Untersuchungsgegenstand angemessen sind – dies gilt neben der Apparate- und Pharmaforschung in der Medizin vor allem dann, wenn klar definierbare und operationalisierbare *Programme angewendet* werden können. Für Teile der VT und recht bedingt auch für andere Psychotherapieansätze ist das noch hinreichend gewährleistet. Für viele andere psychotherapeutische Ansätze hingegen, die wesentlich auf der situationsspezifischen und passungsgerechten *Entfaltung von Prinzipien* beruhen, ist diese Methodik weitgehend inadäquat. Die Reduktion von EbM auf RCT-Designs schliesst somit nicht nur bedeutsame Teile wissenschaftlicher Methodik von vornherein aus (wie z. B. das gesamte Spektrum qualitativer Forschung), sondern enthält zusätzlich ein starkes Bias für nur eine der vier zentralen psychotherapeutischen Grundorientierungen – nämlich für die verhaltenstherapeutische auf Kosten der psychodynamischen, humanistischen und systemischen Grundorientierung.

Darüber hinaus werden durch die überstarke Fokussierung auf RCTs wesentliche Erkenntnisse internationaler Psychotherapieforschung weitgehend ignoriert – so beispielsweise die Bedeutsamkeit der Passung für die therapeutische Beziehung und die Erforschung der Wirksamkeit. Ignoriert werden in RCT-Designs weiterhin die essenziellen Auswirkungen nicht-linearer Entwicklungsverläufe in Variablennetzwerken, die aber für psychotherapeutische Veränderungen typisch sind.

Zu diesen Mängeln und Einseitigkeiten kommt neben der missbräuchlichen Reduzierung der «Evidenzbasierung» auf RCTs eine Fehlinterpretation von Konzepten wie «Effektstärke» – ein Begriff, der vorgaukelt, ein Mass des klinischen Effektes von Interventionen zu sein, in Wirklichkeit aber nur die statistische Diskriminierung zweier Populationen misst. Durch eine leider nicht untypische Mystifikation von numerischen Ergebnissen, die Computerprogramme geliefert haben, bleibt auch hier bisweilen der inhaltliche Sachverstand von KlinikerInnen und TherapeutInnen auf der Strecke.

Insgesamt gesehen ist das Ausmass an methodischem Unverständnis und faktischem Missbrauch der guten

Idee von «Evidenzbasierung» gerade auch von einflussreichen Gremien derart gravierend, dass EbM daher für die Bewertung von Psychotherapie sehr kritisch gesehen werden muss. Sie dient inzwischen wohl auch eher einer interessengeleiteten Selektion bestimmter psychotherapeutischer Ansätze als der Information über den Stand wissenschaftlicher Forschung oder gar dem Wohl von PatientInnen. Bedauerlich ist, dass viele Forschungsfragen, die für psychotherapeutisches Handeln wichtig sind – und die daher PraktikerInnen weit mehr interessieren als die «Rechtfertigungsforschung» gegenüber der Konkurrenz aus Pharmaindustrie und Medizin –, aufgrund dieser Fokussierung auf RCT-Designs stark vernachlässigt werden. Es ist sowohl aus wissenschaftlicher Sicht wie auch im Hinblick auf die Interessen der TherapeutInnen und ihrer PatientInnen überaus bedenklich, welche ungeheuren Ressourcen in den letzten Jahrzehnten für den Nachweis aufgewendet wurden, *dass* ein bestimmter Ansatz mindestens so wirksam ist wie die Konkurrenz (d. h. andere Ansätze und/oder Psychopharmaka). Und wie wenig vergleichsweise den vielfältigen Fragen zur *Wirkungsweise* von zahlreichen Aspekten im psychotherapeutischen Prozess nachgegangen wurde.

Literatur

- Asay, T.P. & Lambert, M.J. (2001). Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: quantitative Ergebnisse. In M. Hubble, B.L. Duncan & D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie* (S. 41–81). Dortmund: Verlag modernes lernen.
- Kienle, G.S. et al. (2003). Evidenzbasierte Medizin: Konkurs der ärztlichen Urteilskraft? *Deutsches Ärzteblatt*, 100, C1688–C1692.
- Kriz, J. (1996). Grundfragen der Forschungs- und Wissenschaftsmethodik. In R. Hutterer-Krisch et al. (Hrsg.), *Psychotherapie als Wissenschaft – Fragen der Ethik* (S. 15–160). Wien: Facultas.
- Kriz, J. (2000). Perspektiven zur Wissenschaftlichkeit von Psychotherapie. In M. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts* (S. 43–66). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Kriz, J. (2006). Wie evident ist klinische Evidenz? In A. Bührmann et al. (Hrsg.), *Gesellschaftstheorie und die Heterogenität empirischer Sozialforschung* (S. 32–43). Münster: WD-Verlag.
- Kriz, J. (2007). Wie lässt sich die Wirksamkeit von Verfahren X wissenschaftlich begründen? Versuch der Präzisierung einer methodologischen Hintergrunds-Kontroverse. *Psychotherapeutenjournal*, 6, 258–261.
- Kriz, J. (2008). Vermessene Wissenschaftlichkeit. Kritische Aspekte und bedenkliche Tendenzen des Methodenpapiers. *Psychotherapeutenjournal*, 7, 117–119.
- Kriz, J. (2014a). Aspekte «wissenschaftlicher» Faktengläubigkeit – und ihr Nutzen. *geographische revue*, 16(1), 7–19.
- Kriz, J. (2014b). Wie evident ist Evidenzbasierung? Über ein gutes Konzept – und seine missbräuchliche Verwendung. In S. Sulz (Hrsg.), *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* (S. 154–185). München: CIP-Medien.
- Kriz, J. (2015). Psychotherapieforschung – und ihre Beschränkung durch einen schulenspezifischen Bias. *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 3(2), 101–113.
- Kriz, J. (2017). *Subjekt und Lebenswelt. Personzentrierte Systemtheorie für Psychotherapie, Beratung und Coaching*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Meichenbaum, D.W. (1979). *Kognitive Verhaltensmodifikation*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Norcross, J.C. (2011). *Psychotherapy Relationships that Work: Evidence-based Responsiveness*. New York: OUP.

- Norcross, J.C. & Lambert, M.J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J.C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy Relationships that Work: Evidence-based Responsiveness* (S. 279–300). New York: OUP.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K. (1987). A generic model of psychotherapy. *J. Integrative Eclectic Psychotherapy*, 6, 6–27 [dt.: (1988). Ein allgemeines Psychotherapiemodell. *Integrative Therapie*, 4, 281–308].
- Perrez, M. (1982). Was nützt Psychotherapie? *Psychol. Rundschau*, 33, 121–126.
- Plaum, E. (1999). Weshalb fährt der IC 781 am 26. Geburtstag von Sabine M. um 13.49 Uhr mit einer Geschwindigkeit von 82,5 km/h durch den Bahnhof Eichstätt? Oder: Das Elend mit der Suche nach reinen Wirkfaktoren in einer hochkomplexen Realität. *Gestalt Theory*, 21, 191–207.
- Reinecker, H. (1996). Therapieforschung. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 31–47). Heidelberg: Springer.
- Rogers, C.R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.
- Sackett, D.L. et al. (1996). Evidence based Medicine: What It Is and What It Isn't. *British medical journal.*, 312, 71–72.
- Schulthess, P. (2019) Kriterien der Wissenschaftlichkeit. *à jour! Psychotherapie-Berufsentwicklung*, 5(1), 23–27.
- Strauß, B. (2019) Innovative Psychotherapieforschung – Wo stehen wir und wo wollen wir hin? *Psychotherapeutenjournal*, 1, 4–10.
- Westmeyer, H. (1980). Zur Paradigmadiskussion in der Psychologie. In W. Michaelis (Hrsg.), *Kongressbericht DGP* (S. 115–126).
- Wolpe, J. & Lazarus, A. (1966). *Behavior therapy techniques*. London: Pergamon.
- Zarbock, G. (2010). Der Master in Psychologie als optimale Basisqualifikation für Psychotherapeuten. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 125–129.

«Evidence-based» as a criterion for psychotherapy selection? Concerning a good concept – and its misuse

This paper first points out that «evidence-based» is a good and useful concept but is frequently misused today due to reduction to RCTs. While the RCT design is absolutely an outstanding model for studying experimental research questions, this only applies if it is possible to isolate clearly definable causes and effects to a sufficient degree and if these provide a usable representation of the reality of the investigation. The greater the scope for designing the causes (interventions) and the more complex the relevant effects are, the less this approach is useful. We will show that RCT designs are suitable for psychotherapy research in particular if manualized *programs are applied*. This is primarily the case for behavioral therapy. For psychotherapeutic approaches that are mainly founded in the process-specific *development of principles*, the great variability of the detail causes (interventions) bursts the required bulk-statistical homogeneity for an experimental design. The requirement of proving effectiveness mainly with RCT designs amounts to methodical artifacts in this case or imposes a certain psychotherapeutic preference, i.e. for behavioral therapy, onto other approaches by means of scientific methodology. Finally, we discuss a few additional

reductions and misinterpretations in connection with RCT and metastudy designs.

Key words: strength of effect, evidence-based, fit, psychotherapeutic procedures, RCT, effect factors

«Evidence-basing» come criterio della selezione della psicoterapia? Un concetto buono e il suo uso improprio

Prima di tutto, questo documento sottolinea che l'approccio «evidence-basing» è un concetto buono e utile, ma spesso viene utilizzato in modo improprio a causa di una riduzione a RCT. Il progetto RCT è certamente un modello eccellente per lo studio di questioni sperimentali di ricerca. Tuttavia, si applica solo se cause chiaramente definibili ed effetti altrettanto chiaramente definibili possono essere sufficientemente isolati e se rappresentano in tal modo la realtà dello studio in modo utile. Maggiore è lo spazio di manovra per la creazione delle cause (interventi) e più sono complessi i relativi effetti, meno adatto è questo approccio. Come verrà mostrato in seguito, i progetti RCT sono particolarmente utili nella ricerca in psicoterapia quando vengono *utilizzati programmi* manualizzati. Questo è principalmente il caso della terapia comportamentale. Per le procedure psicoterapeutiche, che si basano essenzialmente sullo *sviluppo di principi* specifico, la grande variabilità delle cause di dettaglio (interventi) supera l'omogeneità statistica di massa richiesta per un progetto sperimentale. Il requisito di dimostrare l'efficacia, in particolare con i progetti RCT, si traduce in artefatti metodici oppure una certa preferenza psicoterapeutica, vale a dire per la terapia comportamentale, sulla strada verso la metodologia scientifica, impone altri approcci psicoterapeutici. Infine, vengono problematizzate alcune ulteriori riduzioni e interpretazioni errate nel contesto degli RCT e dei metastudi.

Parole chiave: dimensione dell'effetto, evidence-basing, adattamento, procedura psicoterapeutica, RCT, fattori

Der Autor

Jürgen Kriz, Prof. Dr., ist Emeritus für Psychotherapie und Klinische Psychologie an der Universität Osnabrück, hatte aber über 25 Jahre auch Professuren in Statistik und Forschungsmethoden inne. Er ist Ehrenmitglied etlicher psychotherapeutischer Fachverbände, war Gastprofessor u. a. in Wien, Zürich, Berlin, Moskau, Riga und den USA, und ist Autor von über 20 Büchern und 300 Fachbeiträgen. Zu seinen Ehrungen zählt neben dem Viktor-Frankl-Preis (2004) aktuell der Schweizer Dr. Margrit Egnér-Preis (2019).

Kontakt

E-Mail: kriz@uos.de

Le « fondement par les preuves » comme critère de la sélection de la psychothérapie ?

À propos d'un bon concept – et de son usage abusif

Jürgen Kriz

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (2) 51–52 2019

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2-51>

Mots clés : intensité d'effet, fondement par les preuves, adaptation, procédé psychothérapeutique, RCT, facteurs efficaces

Dans cette contribution, on souligne tout d'abord que le « fondement par les preuves » est un concept bon et utile destiné à permettre tant aux praticiennes et praticiens qu'aux chercheuses et chercheurs d'avoir une meilleure vue d'ensemble de l'état actuel de la recherche à partir de meilleurs aperçus et aides à l'évaluation scientifiquement assurés. À partir de là, il est destiné à assurer, dans un certain domaine spécialisé, la convergence de l'expérience médicale et psychothérapeutique, des perspectives individuelles des patientes et des patients et les résultats correspondants de la recherche aux fins de traiter au mieux les différentes patientes et patients.

Ce bon concept est cependant souvent utilisé de façon abusive à travers une réduction de celui-ci aux RCT. Car du fait de cette réduction, des résultats de recherche justement importants disparaissent tout simplement du champ de vision du fait qu'ils ne suivent pas la logique RCT. Le design de la RCT est certes un remarquable modèle pour examiner les questions de recherche expérimentale. Cela ne vaut cependant que si des causes pouvant être clairement définies et de la même manière des effets pouvant être clairement définis peuvent être suffisamment isolés en reproduisant la réalité examinée de façon utile. Plus grande est la marge de manœuvre au niveau de la configuration des causes (interventions), et plus les effets pertinents sont complexes.

Comme il l'est montré par la suite, les designs RCT conviennent particulièrement à la recherche en psychothérapie lorsque des *programmes* standards sont *appliqués*. C'est principalement le cas pour la thérapie du comportement. En ce qui concerne la procédure psychothérapeutique, qui est essentiellement fondée sur le *développement de principes* spécifiques au processus, la grande variabilité des causes de détail (interventions) fait exploser l'homogénéité nécessaire des statistiques de masse pour un design expérimental. À part la recherche fondamentale en psychothérapie, cela est cependant le cas pour les procédés psychodynamiques, humanistes et systémiques – y compris les nombreuses approches pouvant être attribuées à ces trois orientations psychothérapeutiques de base. La prétention de démontrer l'efficacité

surtout voire exclusivement à partir de designs RCT débouche ainsi sur des artefacts méthodiques et impose une certaine préférence psychothérapeutique, à savoir pour la thérapie du comportement, en écartant les autres approches psychothérapeutiques sur le chemin menant vers une certaine méthodique de preuve.

Ce biais consistant à vouloir imposer un certain schéma clinique, thérapeutique et humain par-dessus la méthodique d'autres procédés devient évident dans le débat tournant autour d'une nouvelle loi sur la psychothérapie en Allemagne : certains réclament ici la complète dissolution des procédés psychothérapeutiques au profit d'un principe modulaire composé d'interventions spécifiques aux dysfonctionnements basées sur les preuves – sachant que les « preuves » sont justement réduites à l'approche RCT. Cela voudrait dire en fin de compte que les patientes et patients doivent être à l'avenir privés dès le départ de plus de 90 % de ce qui est considéré comme efficace dans la recherche en psychothérapie. En effet, la part des techniques spécifiques participant du résultat des thérapies au centre desquelles se trouve la recherche en RCT est généralement estimée à moins de 10 %.

Une autre réduction supplémentaire douteuse de la méthodique RCT en ce qui concerne les questions touchant à la recherche en psychothérapie réside dans le fait qu'une grande partie de ce qui, dans la littérature internationale, fait l'objet d'une discussion relative à l'« adaptation » et qui est généralement considéré comme essentiel pour comprendre l'effet se trouve occultée : la recherche en RCT englobe en effet des aspects importants – mais en aucun cas tous les aspects – de l'adaptation entre le modèle de traitement et le modèle de trouble. Les adaptations entre les patientes et patients et le modèle de traitement, entre les thérapeutes et les patientes et patients ainsi qu'entre les thérapeutes et les troubles des patientes et patients passent ici pourtant largement à la trappe.

Par la suite seront encore abordés les problèmes suscités par certaines autres réductions et erreurs d'interprétation en relation avec les designs RCT et de méta-études. C'est ainsi que les RCT sont très souvent regroupées pour les très appréciées « méta-études » dans une mesure

appelée « intensité d'effet ». Cette « intensité d'effet » est en outre utilisée dans la discussion concurrente afin de démontrer la supposée supériorité d'une certaine approche par rapport aux autres. Beaucoup de cliniciennes et cliniciens – et encore plus les représentantes et représentants de caisses de maladie ou du monde politique – croient que l'« intensité d'effet » mesure effectivement l'effet clinique d'un certain traitement. Mais il s'agit en réalité d'une simple mesure statistique de la discrimination entre deux distributions – et ceci *peut* certes représenter l'effet clinique, mais tout autant l'homogénéité des variances sous-jacentes. Cette dernière n'a factuellement rien à voir avec ce que l'on se représente sur le fond par un « effet clinique ». Il est fait ailleurs référence à un exemple de démonstration dans lequel il est démontré qu'un traitement peut tout à fait, en termes de calcul, présenter une intensité d'effet très élevée alors que ce dernier est très peu efficace au plan clinique, alors qu'en revanche l'intensité d'effet est bien moindre pour un traitement alternatif qui est pourtant bien plus efficace au plan clinique.

Pour finir est encore abordé le problème que la concentration, souvent liée à la logique RCT, sur des facteurs efficaces dans une réalité complexe – comme le traitement psychothérapeutique le représente en fait au-delà des conditions artificielles en laboratoire – est plus que douteuse. Il est typique de la réalité que de nombreuses influences

produisent, sur un mode non linéaire, un effet tel que le déclenchement de certains effets est susceptible de conduire à des non-sens substantiels ou à des artefacts méthodiques. Le « diagramme de fromage » connu et apprécié, en vertu duquel la relation thérapeutique est censée contribuer à hauteur de 30 % à l'amélioration des thérapies, est un tel non-sens numérique. La mesure dans laquelle la relation thérapeutique contribue à l'amélioration des thérapies dépend des approches retenues et de la part que prennent ces dernières dans l'investigation correspondante.

L'auteur

Jürgen Kriz, Prof. Dr., est professeur émérite de psychothérapie et de psychologie clinique à l'université d'Osnabrück, mais a été pendant plus de 25 ans détenteur de chaires de statistiques et de méthodes de recherche. Il est membre honorifique de plusieurs associations spécialisées en psychothérapie, a été professeur invité entre autres à Vienne, Zurich, Berlin, Moscou, Riga et aux États-Unis, et est l'auteur de plus de 20 livres et de 300 articles spécialisés. Il a, outre le prix Viktor-Frankl (2004) été actuellement honoré du prix suisse Dr. Margrit Egnér (2019).

Contact

E-Mail : kriz@uos.de

Beforschung von Gestalttherapie bei Angststörungen in Praxisumgebungen

Ein experimentelles Einzelfall-Design¹

Pablo Herrera, Illia Mstibovskyi, Jan Roubal & Philip Brownell

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (2) 53–69 2019

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2-53>

Zusammenfassung: Trotz der nachgewiesenen Wirksamkeit von Kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) bei generalisierten Angststörungen sprechen 33 % der PatientInnen nicht auf die Therapie an und 50 % brechen diese ab. Gestalttherapie wird als wirksame Alternative bezeichnet, aber es gibt nur wenige empirische Belege für ihre Wirksamkeit bei Angststörungen. Das experimentelle Einzelfall-Design mit einer Zeitreihenanalyse wurde als praxisorientierte Wirksamkeitsstudie angewendet. Darin werden Daten von zehn Klientinnen mit einer diagnostizierten Angststörung vorgestellt, die die Behauptung stützen, dass Gestalttherapie eine nützliche Behandlung für diese Indikation sein kann. Die detaillierte Analyse eines Falls veranschaulicht die Veränderung der Scores für Symptome und Wohlbefinden, und illustriert damit Wendepunkte im Verlauf der Therapie. Das Paper behandelt die Anwendung dieser Methodologie zur Schaffung eines praxisorientierten Forschungsnetzwerks.

Schlüsselwörter: Angststörung, Gestalttherapie, Einzelfall, experimentelles Zeitreihendesign, praxisorientierte Forschung

Jahrzehnte systematischer Forschung haben die Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungen, einschliesslich der Behandlung von PatientInnen mit verschiedenen Formen von Angststörungen, nachgewiesen (Roth & Fonagy, 2013). Die Evidenzlage zur Wirksamkeit von Verhaltens- und kognitiven Verhaltenstherapien, die als Behandlung der Wahl für die meisten Angststörungen angesehen werden, ist umfassend (Hollon & Beck, 2013). Diese Ansätze scheinen jedoch für eine beträchtliche Patientengruppe nicht ausreichend hilfreich zu sein. Nur 50 % der KVT-PatientInnen mit Generalisierter Angststörung erreichen einen hohen Funktionsstatus zu Therapieabschluss, etwa 30 % der PTBS-PatientInnen brechen die KVT ab und mindestens ein Drittel der PatientInnen mit sozialer Phobie spricht nicht auf kognitive Verhaltenstherapie an (Lambert, 2013). Die Suche nach alternativen evidenzbasierten Ansätzen, als Ergänzung für die prävalente Behandlung (KVT), ist ein Weg, um die Möglichkeiten der psychologischen Hilfe für PatientInnen mit Angststörung zu erweitern.

Trotz langer Erfahrung in der Arbeit mit Angststörungen, gibt es keine robusten Belege für die Wirksamkeit humanistisch-experienzieller Behandlungen von Angststörungen (Angus et al., 2015; Elliot et al., 2013). Beispielsweise kam kürzlich eine Besprechung der empirischen Belege für humanistische Therapien zu der Schlussfolgerung, dass sie bei Angststörungen weniger effektiv sind als KVT und

dass sie nur für KlientInnen in Betracht gezogen werden sollten, bei denen bereits eine KVT ausprobiert wurde, oder die diese abgelehnt hatten (Angus et al., 2015). Obwohl die aktuellen Ergebnisse unter der negativen Forschungszuordnung leiden sowie unter einer teilweise falschen Darstellung der humanistischen Therapien (Elliot et al., 2013), scheint es so, als würden PatientInnen mit Angststörungen besser auf strukturiertere Behandlungen ansprechen und so, als seien «experienzielle Therapien bisher in dieser KlientInnenpopulation nicht effektiv angewandt worden» (ebd., S. 8). Daher ist weitere Forschung in dieser speziellen Population notwendig.

Die aktuelle Forschung über die Effektivität von humanistisch-experienziellen Therapien bei Angststörungen ist sehr begrenzt. Die meisten vorliegenden Studien thematisieren Klientenzentrierte Psychotherapie, keine die fokuserorientierte Therapie, sehr wenige die sehr aktuellen offenen Studien zu Emotionsfokussierter Therapie (Shahar et al., 2017; Timulak et al., 2017; Watson & Greenberg, 2017) und nur eine Studie beschäftigt sich mit Gestalttherapie (Elliot et al., 2013). Weitere Forschung zu diesem Thema könnte dabei helfen, die Wirksamkeit der strukturierteren humanistisch-experienziellen Modalitäten (z. B. Gestalttherapie, EFT) zu belegen, und Angststörungen von einem humanistisch-experienziellen Standpunkt aus besser zu verstehen. Wie Elliot (2013, S. 12) schlussfolgerte:

¹ Der engl. Originalartikel erschien 2018 in *Revista Argentina de Clinica Psicologica*, 27(2), 321–336 (<https://doi.org/10.24205/03276716.2018.1066>) und ist auf www.psychotherapie-wissenschaft.info einsehbar.

«Ich zweifle nicht daran, dass Klientenzentrierte Ansätze und experienzielle Therapien viel dazu beitragen können, KlientInnen mit Angststörungen zu helfen, vor

«... allem wenn wir die Zeit und Energie investieren, um Forschung zu betreiben, die wirklich das repräsentiert, was wir tun, und wenn wir mit unseren KlientInnen zusammenarbeiten, um die Angemessenheit und Effektivität von dem zu verbessern, was wir anzubieten haben.»

Angststörungen aus der Perspektive der Gestalttherapie

Gestalttherapie ist ein phänomenologischer, existenzieller und relationaler Ansatz, der auf dem holistischen und dynamischen Organismus-Umwelt-Feld als zugrundeliegender Anthropologie basiert. Theorie und Praxis der Gestalttherapie bieten differenzierte Ansätze in vielfältigen klinischen Umgebungen mit unterschiedlichen klinischen Populationen (Francesetti et al., 2013), einschliesslich der Behandlung von Angststörungen (Robine, 2013).

Aus der Perspektive der Gestalttherapie ist Angst ein holistisch erfahrener Zustand der Erregung des Organismus, dem die Unterstützung für eine Handlung zum Ausdruck eines Bedürfnisses fehlt. Eine Angststörung wird nicht als Pathologie betrachtet, sondern eher als Zeichen dafür, dass die gesunde Erregung des Organismus unterbrochen wurde; mit angemessener therapeutischer Unterstützung könne diese jedoch wieder zum Wachstum gelenkt werden (Ceballos, 2014). Neurotische Angst entsteht, wenn bestimmte organismische Bedürfnisse als inakzeptabel angesehen und ihr Ausdruck und die damit verbundene Erregung daher systematisch von festen relationalen Mustern unterdrückt werden, die die Flexibilität und Kreativität des Potenzials des Individuums, auf verschiedene Situationen zu reagieren, auf eine Weise beschränken, durch die ihre/seine Bedürfnisse hier und jetzt erfüllt werden würden (ebd.; Herrera, 2016). Neurotische Angst kann auch aufgelöst werden, wenn die Person im Hier und Jetzt sein kann, anstatt über die Zukunft zu fantasieren und diese zu katastrophisieren (Perls, 1969).

Die Gestalt-Perspektive ist inhärent relational. Die im Körper erfahrenen Symptome der Angststörung werden als individueller Ausdruck des relationalen Leidens verstanden (Roubal et al., 2013), wenn es dem Kontaktprozess des Individuums zu anderen Menschen an Spontaneität und Flüssigkeit mangelt. In solchen Fällen ist die Art des zwischenmenschlichen Kontakts durch feste relationale Muster gestört, und Bedürfnisse werden innerhalb von Beziehungen nicht erfüllt. Die Beziehung zu anderen und sich selbst durch das Bedürfnis «das Richtige zu tun» zu definieren, kann ein Beispiel für solche Störungen sein, die die Erfahrungsmöglichkeiten und kreativen Anpassungen einschränken (Robine, 2013). Der Fluss der Figur-/Grund-Bildung wird gestört, da die Person Angst hat, Risiken einzugehen, kreativere Wege zu finden, um einen für beide Seiten zufriedenstellenden Kontakt einzugehen. Auch wenn die Erregung vorhanden ist, ist der Organismus gehemmt oder sogar gelähmt.

In der Therapie wird Unterstützung benötigt, um Angst in flüssige und kreative Aufregung umzuwandeln. Die Unterstützung stammt aus der therapeutischen Beziehung,

in der die Bedürfnisse der KlientInnen erkannt und validiert werden. In der sicheren Therapiesituation sind die Hemmungen der/des Klientin/en reduziert und die Erregung seines/ihrer Organismus kann in den Ausdruck von Beziehungsbedürfnissen geleitet werden. Die Erfahrung einer/s Klientin/en könnte sein: «Mit der/m Therapeutin/en kann ich es riskieren, ich selbst zu sein, ohne dies als richtig oder falsch zu bewerten.» Die lähmende Angst wird in die Freude über die Entdeckung neuer kreativer Arten des Kontakts gewandelt. Die KlientInnen experimentieren mit diesen zunächst in der sicheren psychotherapeutischen Beziehung und später auch mit anderen Menschen.

Der Bedarf für alternative Methodologien bei der Wirksamkeitsforschung von Gestalttherapie

Eine der wichtigsten Herausforderungen der empirischen Unterstützung eines Behandlungsmodells liegt in der für die Forschung verwendeten Methodologie (Borckardt et al., 2008). Das Design einer randomisierten klinischen Studie (RCT), das für Wirksamkeitsstudien angewendet wird, wird als Goldstandard angesehen, um die Kausalität zwischen Behandlung und PatientInnenergebnissen festzustellen. Es weist jedoch mehrere Schwierigkeiten auf, vor allem: (1) Es ist zu teuer und schwierig umzusetzen, da es eine Methodologie für Gruppen ist, die für viele PraktikerInnen und ForscherInnen unerreichbar ist. (2) Es erzeugt Laborbedingungen, die vom gewöhnlichen Kontext, in dem die Psychotherapie durchgeführt wird, stark abweichen. (3) Es reduziert die komplexen Realitäten und Probleme der PatientInnen auf eine diagnostische Bezeichnung. (4) Es stellt nur Ergebnisse dar, und ermöglicht ForscherInnen nicht, den am Prozess beteiligten Veränderungsprozess und die Veränderungsmechanismen zu verstehen. (5) Die Bedingung der Homogenität, die es auferlegt, und die Annahmen über KlientInnen, TherapeutInnen und Behandlungen haben zu statistischen und konzeptuellen Problemen geführt, und diese sind als das wichtigste Hindernis bei der Entwicklung von Forschung in der Psychotherapie erkannt worden (Carey & Stiles, 2015; Silberschatz, 2017; Tschuschke et al., 2010).

Dies sind wichtige Einschränkungen für die Durchführung von Wirksamkeitsforschung zu Gestalttherapie und anderen humanistischen Ansätzen, da sich Gestalt-ForscherInnen in der Regel nicht in akademischen Positionen befinden, die es ihnen ermöglichen, Gruppenstudien mit Studierendenpopulationen durchzuführen oder die finanziellen Mittel dafür zu erhalten, und auch da zwischen der humanistischen Tradition und der reduktionistischen Art, wie in Labors geforscht wird, epistemologische Diskrepanzen bestehen (Angus et al., 2015). Angesichts dieser Realität basieren Lehre und Praxis der Gestalttherapie weiterhin hauptsächlich auf klinischen Intuitionen und Einzelberichten, die sich nicht auf empirische Forschung stützen. Daher enthalten Gesundheitsrichtlinien, die eine empirische Bestätigung erfordern, Gestalttherapie nicht als Behandlungsalternative für PatientInnen, wodurch ihnen diese potenziell nützliche Behandlungsoption vorenthalten wird.

Das Einzelfall-Zeitreihendesign

In diesem Kontext praktischer und epistemologischer Einschränkungen hat die American Psychological Association (APA) zugestimmt, dass RTC nicht die einzige Option für die Erforschung der Wirksamkeit und als empirischer Nachweis für eine Behandlungsmethode sein sollte (APA, 2006). Sie schlägt als gültige Alternative ein Einzelfall-Zeitreihendesign vor (ebd.; Chambless et al., 1998; Chambless & Ollendick, 2001) und gibt an, dass eine grosse Serie (> 9) von experimentellen Einzelfall-Studien für den Nachweis, dass eine Therapie in der Praxis gut etabliert ist, ebenso akzeptabel wäre wie zwei Experimente zwischen zwei Gruppen (Chambless et al., 1998). Auf gleiche Weise äussern Borckhardt et al. (2008, S. 77), dass das ein

«von PraktikerInnen generiertes, fallbasiertes Zeitreihendesign mit Baseline-Messung als vollwertiges Experiment bezeichnet werden kann und neben den weiter verbreiteten Gruppendesigns (z.B. randomisierte kontrollierte Studie, RCT) als praktikabler Ansatz für die Mehrung unseres Wissens darüber stehen sollte, ob, wie und für wen Psychotherapie funktioniert.»

Im Einzelfall-Zeitreihendesign wird ein Einzelfall im Verlauf studiert, entlang verschiedener Phasen vor, während und nach der psychotherapeutischen Intervention. Es ist ein Experiment, da die/der PatientIn mit sich selbst verglichen wird, mit und ohne Intervention, und bei dem Baseline-Daten zur Bewertung der Probleme der/s PatientIn/en gesammelt werden (abhängige Variable), ohne Intervention (Kontrollbedingung) und später zum Vergleich Daten während und nach der Intervention (Interventionsbedingung). Daher fungiert die/der PatientIn als eigene Kontrolle. Die Methode zählt zu den Zeitreihenanalysen, da die Daten fortlaufend, mit regelmässigen täglichen Messungen, erfasst und anschliessend unter Berücksichtigung der Autokorrelation und möglicher Störfaktoren auf die Wirksamkeit, wie eine natürlich Remission aufgrund des Verstreichens von Zeit, analysiert werden.

Das Einzelfall-Zeitreihendesign ist für die Untersuchung der Wirksamkeit von Psychotherapie-Modellen vorteilhaft, für die die RCT-Methodologie nicht angewendet werden kann oder soll. Sein Nutzen wurde in mehreren Forschungsprojekten nachgewiesen, die von Behavioral Activation während stationären Aufenthalten in der Psychiatrie (Folke et al., 2015; Silberschatz, 2017) über die Dokumentierung von schulbasierter Kommunikation mit Kindern auf dem Autismus-Spektrum (Whalon et al., 2015) bis zu KVT bei gleichzeitig auftretender Angststörung und Depression (Hague et al., 2015) reichen. Das Design der vorliegenden Studie entspricht auch den N=1-Studienreihen, gefolgt von Meta-Analysen, die im Gesundheitswesen aktuell beliebter als RCT werden (Mengersen et al., 2015; Punja et al., 2016).

Für Prozess-Ergebnis-Studien kann das Einzelfall-Zeitreihendesign mit qualitativen Forschungsmethoden kombiniert werden, wodurch vor, während und nach

der Psychotherapie detaillierte und kontinuierliche Informationen über den Veränderungsprozess der/s KlientIn/en vorliegen. Dies kann ein Indikator dafür sein, welche Therapiesitzungen einen positiven, neutralen oder negativen Einfluss auf die Symptomatik der/s KlientIn/en hatten. Und dadurch kann die Entwicklung des Veränderungsprozesses im Verlauf dargestellt werden und die Phasen und entscheidenden Wendepunkte im Veränderungsprozess können genau identifiziert werden.

Zusammenfassend gesagt stellt ein experimentelles Einzelfall-Design mit einer Zeitreihenanalyse eine akzeptable Alternative zu randomisierten kontrollierten Gruppenstudien dar (Smith, 2012; Kratochwill & Levin, 2010) und bietet wertvolle zusätzliche Vorteile. Das Einzelfall-Zeitreihendesign ist besser zu kontrollieren und kostengünstiger als Gruppendesigns (Chambless & Hollon, 1998). Es ist weniger invasiv, wodurch es PraxisforscherInnen ermöglicht wird, in ihrer täglichen Praxis und normalen Arbeitsweise zu forschen. Es ermöglicht eine Schlussfolgerung der Ursachen im psychotherapeutischen Veränderungsprozess.

Das Ziel dieser Studie ist es, die Wirksamkeit der Gestalttherapie bei KlientInnen mit diagnostizierter Angststörung nachzuweisen. Die Studie zeigt auch eine Anwendung des Einzelfall-Zeitreihendesigns in einem praxisbasierten Forschungsnetzwerk.

Methodologischer Rahmen

Experimentelles Einzelfall-Design

In diesem experimentellen A-B-A-Einzelfall-Design mit einer Zeitreihenanalyse gibt es drei Phasen: (1) eine anfängliche Baseline-Phase ohne Therapie (zwei Wochen, beginnend mit einer Einstufungssitzung «0» und endend mit der ersten Therapiesitzung), (2) eine Therapiephase (mindestens acht Gestalttherapie-Sitzungen mit der maximalen Länge, abhängig vom individuellen Fall) und (3) eine Nachbeobachtungsphase (zwei Wochen, beginnend mit der letzten Therapiesitzung).

Messungen

Das *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI 6.0; Sheehan et al., 1998) ist ein kurzes strukturiertes Interview zur Bewertung von 17 häufigen Achse-I-Störungen mittels der DSM-IV-Kriterien. Es wurde von PsychotherapeutInnen oder PsychiaterInnen mit DSM-IV-Ausbildung durchgeführt, um die Diagnose der KlientInnen zu bestätigen.

Die *Hamilton-Anxiety-Skala* (Hamilton, 1959) ist ein strukturiertes Interview zur Bewertung der aktuellen somatischen und psychischen Angststörung der KlientInnen. Sie verwendet folgende Grenzwerte: (1) 0–5: keine Angststörung, (2) 6–14: leichte Angststörung, (3) 15–30: mittelschwere Angststörung, (4) ≥ 31 : schwere Angststörung. Sie verfügt über eine gute interne Konsistenz (Cron-

bachs Alpha 0,79–0,86) und Interrater-Übereinstimmung ($r=0,74-0,96$).

Der *Ergebnisfragebogen* (OQ-45.2; Lambert et al., 1996) ist ein kurzer Fragebogen zur Selbsteinschätzung des allgemeinen Wohlbefindens der KlientInnen. Er verfügt über drei Skalen: Symptombelastung, zwischenmenschliche Beziehungen und soziale Integration. Der Grenzwert beträgt 73 und der Reliable Change Index (RCI) ≥ 17 , basierend auf der chilenischen Adaption durch von Bergen und de la Parra (2002).

Das *Beck-Depressions-Inventar* (BDI-1; Beck, 1978) ist ein kurzer Fragebogen zur Selbsteinschätzung, zur Bewertung der Intensität, des Schweregrads und der Stärke der Depression. Die Grenzwerte betragen jeweils (1) 0–9: klinisch unauffällige Depression, (2) 10–18: milde Depression, (3) 19–29: mittlere Depression, (4) 30–63: schwere Depression.

Die *Target Complaints Scale* (Battle et al., 1966) ist eine individualisierte Selbsteinschätzung zur Messung von drei bis vier spezifischen idiosynkratischen Hauptbeschwerden, die von KlientInnen und TherapeutInnen in der Sitzung «0» identifiziert und festgelegt wurden. Die Punktespanne reicht von 1 bis 10 und jede Beschwerde wird individuell analysiert. Die Beschwerden sollten konkret, quantifizierbar, regelmässig, ohne Behandlung stabil und relativ unabhängig voneinander sein. Sie werden für die Zeitreihenanalyse verwendet. Die Zuverlässigkeit dieser Messung wird als angemessen hoch angesehen, aber es fehlen weitere Gültigkeitsdaten (Deane et al., 1997).

Das *Erfahrungstagebuch für TherapeutInnen* ist eine Aufzeichnung der Erfahrungen und Notizen der TherapeutInnen über Therapie und Forschungsprozess basierend auf dem CSEP-II Experiential Therapy Session Form (Elliot, 2003), dessen Ergebnisse in diesem speziellen Aufsatz nicht verwendet werden.

Teilnehmende

Klientinnen (im Folgenden dargestellt alle zehn weiblich): Die Psychotherapie wurde in einer individuellen Umgebung durchgeführt, sowohl in Privatpraxen als auch im Kontext des öffentlichen Gesundheitssystems. Die Klientinnen mussten die folgenden Einschlusskriterien erfüllen: (1) Vorhandensein einer Angststörung laut MINI, oder ein Wert ≥ 15 auf der Hamilton-Anxiety-Skala; (2) keine paranoiden oder psychotischen Symptome; (3) keine Beschwerden, die dringend eine psychotherapeutische Behandlung erfordern; (4) keine andere parallele Therapie für die gleichen Zielbeschwerden zwischen drei Wochen vor und drei Wochen nach der ersten Therapiesitzung. Aus ethischen Gründen war es den Teilnehmerinnen nach dieser Drei-Wochen-Frist gestattet, an anderen Therapieformen teilzunehmen. Es gab jedoch keine der Klientinnen an, nach Beginn der Psychotherapie-Sitzungen eine andere Therapieform begonnen zu haben. In Tabelle 1 ist eine detaillierte Beschreibung abgebildet.

TherapeutInnen: Jede Klientin wurde von einer/m anderen Therapeutin/en (acht weiblich, zwei männlich) behandelt. Alle TherapeutInnen waren Master-Studierende (Ausbildungsprogramm Gestalttherapie, Center of Gestalt Psychotherapy of Santiago) im dritten Ausbildungsjahr und die Teilnahme an der Studie war eine der Alternativen für ihre Abschlussarbeit (die andere Möglichkeit war eine theoretische Arbeit). Jede/r TherapeutIn musste die folgenden Einschlusskriterien erfüllen: (1) mindestens fünf Jahre eines Bachelor-Studiums in Psychologie, Soziale Arbeit oder Psychiatrie, (2) mindestens zwei Jahre (mindestens 360 Stunden) Graduiertenausbildung in Gestalttherapie, (3) für die Dauer der Studie Zugang zu Supervision mit in Gestalttherapie geschulten SupervisorInnen.

Übereinstimmung mit dem Behandlungsverfahren (treatment fidelity): Diese basierte auf der Psychotherapie-

Patientinnen-Nr.	Alter	Diagnose	Hamilton-Score	Anzahl der Sitzungen
1	39	Angststörung	13 (leicht)	14
2	30	Generalisierte Angststörung	21 (mittelschwer)	15
3	23	Angststörung	17 (mittelschwer)	12
4	26	Alkoholmissbrauch, Agoraphobie, Depression	19 (mittelschwer)	18
5	23	Panikstörung, Agoraphobie, Generalisierte Angststörung	29 (mittelschwer)	40
6	29	Angst und depressive Störung, gemischt	17 (mittelschwer)	19
7	37	Angst und depressive Störung, gemischt	39 (schwer)	8
8	24	Angststörung	25 (mittelschwer)	11
9	24	Anpassungsstörung mit Angstsymptomen	23 (mittelschwer)	16
10	26	Panikstörung ohne Agoraphobie	24 (mittelschwer)	20

Tab. 1: Beschreibung der Stichprobe

Ausbildung und der Supervision der TherapeutInnen, die beide in Gestalttherapie-Modalität durchgeführt wurden.

Das Auswahlverfahren: Klientinnen, die die Auswahlkriterien erfüllten, wurden von der/m jeweiligen Therapeutin/en über Telefon oder E-Mail kontaktiert und zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Die ersten zehn Fälle, die mindestens acht Therapiesitzungen absolvierten, wurden für diese Studie ausgewählt. Nach Erfassung der Daten für diese zehn Fälle berichtete ein weiterer Therapeut über einen Klienten, der weniger als acht Sitzungen wahrgenommen und die Therapie abgebrochen hatte. Dieser wurde nicht in die Studie aufgenommen.

Ethik: Vor der Eingangseinstufung in Sitzung 0 wurden die Klientinnen über das allgemeine Studiendesign und seine Bedeutung informiert und unterzeichneten in Sitzung 0 eine Einverständniserklärung. Alle Daten wurden in Übereinstimmung mit den Richtlinien der Universidad de Chile anonymisiert gespeichert.

Datenerhebung

Baseline-Phase (A): In Sitzung 0 wendeten die TherapeutInnen den ersten Satz von Datenerhebungsinstrumenten an (MINI 6.0., EB-45 und Hamilton-Anxiety-Skala) und die Zielbeschwerden (Target Complaints TC) wurden gemeinsam mit der Klientin identifiziert. Nach Sitzung 0 begann die Patientin täglich die Zielbeschwerden aufzuzeichnen. Nach zwei Wochen (14 Tage Aufzeichnungen) begann die Therapiephase mit der ersten psychotherapeutischen Sitzung.

Therapiephase (B): Die Aufzeichnung der täglichen Beschwerden wurde fortgesetzt. Nach jeder Sitzung füllten die TherapeutInnen das Erfahrungstagebuch für TherapeutInnen aus und die Patientinnen den EB-45. Von allen Sitzungen wurden Video- und Audio-Aufzeichnung erstellt.

Nachbeobachtungsphase (A): Die Nachbeobachtungsphase begann mit der letzten Therapiesitzung, in der der EB-45 und die Hamilton-Anxiety-Skala angewendet wurden. Die Aufzeichnung der täglichen Beschwerden wurde für zwei Wochen nach der Abschlussitzung fortgesetzt. Nach sechs Monaten kontaktierte ein/e unabhängige/r InterviewerIn die Klientin und wendete bei einem Nachbeobachtungsbesuch BDI-1, EB-45 und die Hamilton-Anxiety-Skala an.

Datenanalyse

Das experimentelle Einzelfall-Design mit einer Zeitreihenanalyse (Smith, 2012) wurde angewendet, um die Werte der Zielbeschwerden (TC) der Ausgangssituation (Baseline) mit denen der nachfolgenden Phasen zu vergleichen. Die Qualitätsstandards für das Einzelfall-Zeitreihendesign waren wie folgt: (1) Sowohl eine visuelle als auch eine statistische Analyse (und die statistischen Instrumente für die Autokorrelation) wurden angewendet. (2) Zielbeschwerden wurden mit Standard-Ergebnis- oder

Symptom-Messungen ergänzt. (3) Therapieunabhängige Trends, die eine Besserung der Patientinnen erklären konnten, wurden kontrolliert. (4) Effektstärkedaten wurden für eine zukünftige Aggregation von multiplen Einzelfallanalysen und Meta-Analysen in Betracht gezogen (Borckardt et al., 2008; Borckardt & Nash, 2014; Tate et al., 2013; Wendt & Miller, 2012). Die Datenanalyse wurde zur Beantwortung der folgenden drei Fragen durchgeführt:

Forschungsfrage I: Gibt es im Vergleich vor und nach der Intervention eine Verbesserung, und falls ja, wie gross ist diese? Es wurden drei verschiedene Indikatoren verwendet: (1) visuelle Analyse zum Vergleich der Werte der Zielbeschwerden (TC) während der drei Phasen; (2) Prüfung von Level-Änderungen im Vergleich von der Baseline- und Nachbeobachtungsphase, mittels r-Koeffizient (Pearson-Korrelationskoeffizient der TC mit Phasenvektor, $p < 0.05$) zur Bewertung der Effektstärke (ES). Wie von Borckardt et al. (2008) vorgeschlagen, wurde dies mittels ihrer eigenen Software zur Analyse von Simulationsmodellen (SMA) berechnet, die unter <http://clinicalresearcher.org> frei zugänglich ist und speziell für eine kleine Anzahl von Beobachtungen und die Berücksichtigung der Zeitreihen-Autokorrelation entwickelt wurde; (3) die durchschnittliche Reduktion des Ausgangswertes (MBLR, berechnet, indem der durchschnittliche Nachbeobachtungswert vom durchschnittlichen Ausgangswert subtrahiert, durch den durchschnittlichen Ausgangswert dividiert und das Ergebnis mit 100 multipliziert wurde), als eine der am häufigsten berichteten und zuverlässigsten Methoden zur Berechnung der Effektstärken von Einzelfall-Designs (Campbell, 2003; Olive & Smith, 2005).

Forschungsfrage II: Ist die Veränderung klinisch bedeutsam? Wenn es Belege einer Verbesserung im Vergleich vor und nach der Intervention gab, wurde die Analyse darauf konzentriert, wie klinisch bedeutsam die Veränderung war. Es wurden zwei Indikatoren verwendet: (1) EB-45-Werte von Sitzung 0, der Abschluss- und der Nachbeobachtungssitzung wurden unter Berücksichtigung des chilenischen Reliable Change Index von ≥ 17 verglichen. (2) Die Werte der Hamilton-Anxiety-Skala und der BDI-Skala von Sitzung 0, der Abschluss- und der Nachbeobachtungssitzung wurden verglichen.

Forschungsfrage III: Kann die Verbesserung dem Therapieprozess zugeschrieben werden? Um nachzuweisen, dass die Besserung auf die Intervention zurückzuführen war und nicht Ergebnis eines Abwärtstrends der Zielbeschwerdenbewertungen, der mit der Baseline-Phase begann und sich einfach über die Therapie- und Nachbeobachtungsphasen fortsetzte, wurde folgende Methode eingesetzt:

1. Es wurde mithilfe der Standardmethode, der linearen Regressionsanalyse, untersucht, ob ein solcher Trend bestand: R²-Wert, p-Wert des F-Tests für die Signifikanz der Gesamtregression. Gab es keinen Trend, war die Antwort auf diese Forschungsfrage «Ja». Gab es einen Trend, dann:
2. Berechnung der ES, die sich ergibt, wenn der Einfluss des Trends beseitigt wird, mithilfe einer partiellen SMA-Korrelationsanalyse, die auf den beobachteten

Trend hin kontrolliert wird (dieser Prozess misst dasselbe Pearson-r unter der Bedingung, dass die Korrelation der Zielbeschwerde und der lineare Trend eliminiert werden). War die daraus resultierende ES statistisch signifikant, war die Antwort auf die Forschungsfrage ebenfalls «Ja». War sie es nicht, dann:

3. Durchführung einer visuellen Analyse des gesamten Prozesses, wie von Borckardt & Nash (2014) empfohlen. Lagen offensichtliche Auffälligkeiten im Prozess vor, die die ES beeinflussten und vom Trend abwichen, war die Antwort ebenfalls «Ja». Wenn nicht, war die Antwort auf die Forschungsfrage «Nein».

Weitere Erwägungen für die Datenanalyse: Für die Ergänzung fehlender Daten wurde das EM-Verfahren (Expectation-Maximization-Algorithmus) angewendet, eine für Zeitreihen-Beobachtungen gut geeignete Methode, da die Teststärke-Sensitivität sinkt, wenn die Autokorrelation hoch ist (Smith et al., 2012). Meta-Analyse war ein wichtiger Teil unserer Studie, da sie es uns ermöglichte: (1) die Effektstärken (ES) für alle Zielbeschwerden (TC) und das Glass' Δ zu berechnen, wobei sie mit den ES-Werten verglichen wurden, die durch die SMA erhalten wurden, (2) einen aggregierten ES-Wert für jeden der zehn Fälle zu erhalten, und (3) aggregierte ES-Werte für die gesamte Studie zu berechnen und den Platz jedes Falls im Kontext aller Fälle zu bestimmen (Manolov & Solanas, 2008). Für diesen Zweck berechneten wir die mittleren Standardabweichungen für jede TC mit Glass' Δ (Glass et al., 1981) wie von Beretvas & Chung (2008) empfohlen, mittels ungewichteter Durchschnittswerte (siehe Manolov et al., 2014). Die mittlere Standardabweichung hat in einem Einzelfall-Zeitreihendesign bekanntermassen im Gegensatz zum Gruppensdesign keine Vergleichswerte und ihre Werte werden durch Spezifität jeder Studie bestimmt.

Ergebnisse

Unsere Ergebnisse lieferten in dieser Studie Nachweise für die Wirksamkeit der Gestalttherapie. Eine Meta-Analyse aller untersuchten Fälle und ein Beispiel der genaueren Ergebnisse eines ausgewählten Falles werden ebenfalls vorgestellt, um die Antworten zu den drei Forschungsfragen zu ergänzen. In Tabelle 2 sind detaillierte mittlere Werte (M) und der Wert der Standardabweichung (SD) für alle TC dargestellt.

Forschungsfrage I:

Gibt es im Vergleich vor und nach der Intervention eine Verbesserung, und falls ja, wie gross ist diese?

Wie in Tabelle 3 dargestellt, konnte für fast alle Patientinnen für alle Zielbeschwerden eine therapeutische Veränderung zwischen Baseline und der Nachbeobachtungsphase nachgewiesen werden. Die einzige Ausnahme stellte Zielbeschwerde Nr. 2 (TC2) von Patientin 7 dar: «Ich kann das Mobbing an meinem Arbeitsplatz nicht

ertragen.» Diese spezielle TC zeigte eine leichte Verschlechterung ($r=+0.353$, $p=0.4546$), beginnend mit 3,9 (Baseline-Durchschnitt) und endend mit 5,1 (Nachbeobachtungsdurchschnitt). Wir können dies als ein Problem mit der Definition dieser Zielbeschwerde interpretieren.

Alle drei Indikatoren bestätigten das Vorhandensein von Veränderungen bei den verbleibenden 30 Zielbeschwerden. Die MBLR-Werte bewegten sich zwischen 28 % und 88 %; die Pearsons Korrelation der TC mit Phasenvektor wies Werte zwischen -0.585 und -0.996 auf (TC2 von Patientin 6 hat einen r-Wert von -1.00, ist aber ein Sonderfall, indem es in beiden Phasen absolut keine Varianz gab); und die visuelle Analyse zeigte verschiedene Abstufungen der Besserung auf, sowohl sukzessiv (z.B. Patientin 4, TC2) als auch plötzlich (z.B. Patientin 1, TC1). Alle Rohdaten (einschliesslich TC-Werten und Grafiken für jedes TC) sind offen verfügbar,² da wir in diesem Artikel nur ein paar Beispiele der TC-Grafik vorstellen werden.

Von den 30 TC, bei denen eine therapeutische Veränderung nachgewiesen werden konnte, war die Veränderung bei 21 TC gross (MBLR > 65 %; $r < -0.749$; $p < 0.05$; plus merkliche Veränderung in der visuellen Analyse). Bei 6 TC war die Veränderung mittlerer Stärke (MBLR > 51 %; $r < -0.611$; $p < 0.05$; plus signifikante Veränderung in der visuellen Analyse). Bei den verbleibenden 3 TC wurde die Veränderung als gering angesehen (MBLR > 28 %; $r < -0.585$; $p < 0.05$; plus merkliche Veränderung in der visuellen Analyse).

Forschungsfrage II:

Ist die Veränderung klinisch bedeutsam?

Wie in Tabelle 4 dargestellt, war bei neun der zehn Fälle eine therapeutisch bedeutsame Veränderung zu beobachten, wohingegen die Ergebnisse von Patientin 2 strittig waren. Im Fall von Patientin 2 zeigten zwei der drei Zielbeschwerden eine bedeutsame Veränderung.

Bei Patientin 2 zeigten die Tests auf Level-Änderung und MBLR-Werte eine geringe oder mittlere Veränderung der Zielbeschwerden an, aber die EB-45-Werte sanken zwischen der Baseline- und der Nachbeobachtungsphase nicht. Die Patientin begann laut ihren EB-Werten jedoch im «funktionalen» Bereich und die Hamilton-Anxiety-Werte sanken zwischen Baseline und der Nachbeobachtung sieben Monate nach Therapieende von mittelschwer (21) auf leicht (8).

In allen andern neun Fällen zeigten die EB-45-Werte eine signifikante Reduktion über dem Minimum des Reliable Change Index von 17. Ausserdem zeigten alle anderen Patientinnen eine Verbesserung ihrer Anxiety-Werte (von mittelschwer auf leicht oder von schwer auf leicht im Fall von Patientin 7) sowie ihrer BDI-Werte (von mittlere auf mild oder von mild auf klinisch unauffällig bei den Patientinnen 6 und 4). Zum Beispiel wechselte Patientin 3 von der klinischen Population in die Normalpopulation,

² <https://drive.google.com/open?id=0Bwx6E-BamGktVzlnU3NsT-mNMUXc>

Nr.	TC (Nr. und Text)	Baseline		Therapie		Nachbeobachtung	
		M	SD	M	SD	M	SD
		N=13		N=155		N=14	
1	1 Ich kann meine wahren Gefühle nicht zeigen	5,1	0,3	4,3	1,7	1	0,0
	2 In einer Beziehung bin ich unnachgiebig, es ist schwer, mich emotional darauf einzulassen	4,4	1,0	4,6	1,9	1,2	0,4
	3 Distanzierte Beziehung zu Eltern	4	1,1	2,7	1,3	1,1	0,4
	4 Habe meinen Zorn nicht gut im Griff	4,5	1,1	1,6	1,0	1	0,0
		N=17		N=149		N=12	
2	1 Angst vor Erfolg	3,3	1,0	2,7	1,0	2,2	0,4
	2 Angststörung	3,7	0,8	2,9	1,1	2,3	0,6
	3 Schlechte Beziehung zur Mutter	2,1	0,9	1,4	0,6	1	0,0
		N=16		N=120		N=11	
3	1 Ich bin traurig darüber, dass ich keinen Kontakt zu anderen aufnehmen	3,9	0,9	2,7	1,2	1,6	0,9
	2 Ich fühle mich schuldig, wenn ich meine eigenen Anforderungen nicht erfülle	5,1	0,8	3,5	1,5	2,1	0,8
	3 Ich vermeide es, meine Wut zu zeigen	3	1,3	2,2	1,1	1,5	0,8
		N=13		N=148		N=14	
4	1 Ich bin für meine Familie unzulänglich	4,5	1,0	2,5	1,3	1	0,0
	2 Ich bin verzweifelt, wenn ich unbeschäftigt bin	4,8	1,5	2,4	1,4	1	0,0
	3 Ich fühle mich regelmässig gequält	3,8	1,1	2,2	1,5	1	0,0
		N=17		N=238		N=26	
5	1 Ich kann keine ausreichende Abgrenzung zu meinem Ex herstellen, sodass er sich nicht verhält, als seien wir noch immer ein Paar	5,9	1,3	3,9	2,0	1,6	1,2
	2 Ich kann nicht freundlich mit anderen umgehen, ich bin immer distanziert oder aggressiv	4,8	1,9	2,5	1,9	1,2	0,6
	3 Angststörung: Ich kann nicht akzeptieren was passiert, meine Brust wird eng und ich habe negative Gedanken	5,9	1,6	3,7	2,1	1,6	1,3
		N=20		N=195		N=11	
6	1 Es fällt mir schwer Dinge zu geniessen	4,2	0,8	1,8	0,8	1	0,0
	2 Ich habe in Bezug auf Kaufen und Essen keine Selbstdisziplin	7	0,0	5,5	0,6	5	0,0
	3 Ich kann meinen Körper nicht akzeptieren	4,8	0,7	3,4	0,9	2	0,0
		N=14		N=72		N=14	
7	1 Ich fühle mich als Mutter nicht sicher	4,5	1,4	3,3	1,9	1,5	0,5
	2 Ich kann das Mobbing an meinem Arbeitsplatz nicht ertragen	3,9	1,7	4,4	1,4	5,1	1,6
	3 Ich kann mich dem Leben mit meiner gespaltenen Familie kaum stellen	4	1,5	3,4	1,4	1,1	0,3
		N=17		N=93		N=68	
8	1 Angst davor, die Erwartungen von jemand anderem nicht zu erfüllen	7,2	1,0	5	2,3	2,5	1,5
	2 Angst davor, einen Fehler zu machen	6,5	1,2	3,7	1,9	2	1,7
	3 Lehnt sich selbst ab	6,1	1,8	5	1,8	2,7	1,7
		N=14		N=187		N=15	
9	1 Ich fühle mich anderen Menschen gegenüber unsicher	6,9	1,0	3,7	1,6	1,5	0,6
	2 Ich habe Angst vor der Geringschätzung anderer Menschen	7,1	1,1	3,5	1,6	1,6	0,7
	3 Ich habe Probleme damit, beim Sex ungehemmt und frei zu sein	8,2	1,1	4,2	2,1	1	0,0
		N=14		N=169		N=14	
10	1 Ich weiss nicht weiter, ich hinterfrage ständig, was ich tue	5,7	2,0	4,2	1,9	1,9	0,5
	2 Ich habe keine Gefühle, Dinge berühren mich nicht wie früher	7,5	1,3	2,1	1,3	1	0,0
	3 Wenn es nicht gut für mich läuft, bekomme ich Angst und fürchte, eine Panikattacke zu bekommen	8,6	1,0	5	2,7	1,1	0,5

Tab. 2: Beschreibung der Zielbeschwerden für alle Fälle

Patienten-Nr.	TC-Nr.	Gibt es im Vergleich vor und nach der Intervention eine Veränderung, und falls JA, wie gross ist diese?				Kann diese Änderung der Therapie zugeschrieben werden?		
		r und p in SMA	MBLR (%)	Visuelle Analyse	Ja/Nein? Grösse	Gesamt-trend (R ²)*	xy/z und p in SMA	Ja/Nein?
1	1	-0.996 0.0001	80	Grosse Verbesserung in den letzten Wochen der Therapie	Ja, gross	Nein		Ja
	2	-0.914 0.0002	72	Grosse Verbesserung in den letzten Wochen der Therapie	Ja, gross	Nein		Ja
	3	-0.882 0.0001	71	Stabile Verbesserung während der Therapiephase	Ja, gross	0.536	-0.733 0.0206	Ja
	4	-0.920 0.0012	78	Schnelle Verbesserung während Baseline bis zum ersten Teil der Therapiephase	Ja, gross	0.617	-0.673 0.163	Fraglich
2	1	-0.585 0.0216	34	Langsame Verbesserung während der Therapie	Ja, klein	Nein		Ja
	2	-0.697 0.0036	39	Langsame Verbesserung während der Therapie	Ja, klein	Nein		Ja
	3	-0.624 0.0244	52	Langsame Verbesserung während Baseline und zu Beginn der Therapie	Ja, mittel	Nein		Ja
3	1	-0.765 0.0022	55	Sukzessive Verbesserung während der Therapie	Ja, mittel	0.454	-0.67 0.0148	Ja
	2	-0.862 0.002	51	Sukzessive Verbesserung während der Therapie	Ja, mittel	0.563	-0.805 0.0076	Ja
	3	-0.611 0.0148	52	Sukzessive Verbesserung während der Therapie	Ja, mittel	Nein		Ja
4	1	-0.939 0.0001	78	Sukzessive, aber unbeständige Verbesserung während der Therapie	Ja, gross	0.574	-0.771 0.0864	Ja
	2	-0.892 0.0002	79	Sukzessive Verbesserung während der Therapie	Ja, gross	0.653	-0.686 0.0438	Ja
	3	-0.881 0.0012	74	Sukzessive und sehr ungleichmässige Verbesserung während der ersten Hälfte der Therapie	Ja, gross	0.603	-0.572 0.1614	Fraglich
5	1	-0.871 0.0001	73	Sehr ungleichmässige Verbesserung	Ja, gross	0.448	-0.775 0.0062	Ja
	2	-0.820 0.0002	76	Sehr ungleichmässige Verbesserung	Ja, gross	0.375	-0.722 0.0084	Ja
	3	-0.839 0.001	73	Sehr ungleichmässige Verbesserung	Ja, gross	0.394	-0.749 0.0052	Ja

Patientinnen-Nr.	TC-Nr.	Gibt es im Vergleich vor und nach der Intervention eine Veränderung, und falls JA, wie gross ist diese?				Kann diese Änderung der Therapie zugeschrieben werden?		
		r und p in SMA	MBLR (%)	Visuelle Analyse	Ja/Nein? Grösse	Gesamt-trend (R ²)*	xy/z und p in SMA	Ja/Nein?
6	1	-0.931 0.0002	76	Sukzessive Verbesserung	Ja, gross	0.726	-0.836 0.0152	Ja
	2	-1.000 0.0001	28	Geringe sukzessive Verbesserung	Ja, klein	0.784	-1 0.0001	Ja
	3	-0.926 0.0001	58	Sukzessive, aber unregelmässige Verbesserung	Ja, mittel	0.537	-0.844 0.004	Ja
7	1	-0.828 0.0086	67	Starke Verbesserung in der ersten Hälfte der Therapie	Ja, gross	Nein		Ja
	2	+0.353 0.4546	-32	Keine Verbesserung, unregelmässig	Nein	Nein		-
	3	-0.812 0.0162	73	Sehr ungleichmässig, Verbesserung am Ende der Therapiephase	Ja, gross	0.545	-0.332 0.5012	Ja
8	1	-0.804 0.0008	65	Unregelmässig, aber grosse Verbesserung während der Therapie	Ja, gross	0.515	-0.569 0.1048	Ja
	2	-0.749 0.0006	68	Grosse Verbesserung im ersten Drittel der Therapie	Ja, gross	0.578	-0.476 0.1590	Ja
	3	-0.635 0.0082	56	Unregelmässig, aber grosse Verbesserung während der Therapie und Nachbeobachtung	Ja, mittel	0,37	-0.282 0.4062	Ja
9	1	-0.958 0.0001	78	Sukzessive und grosse Verbesserung im ersten Drittel der Therapie	Ja, gross	0.436	-0.894 0.0018	Ja
	2	-0.951 0.0002	78	Sukzessive und grosse Verbesserung im ersten Drittel der Therapie	Ja, gross	0.428	-0.866 0.0046	Ja
	3	-0.981 0.0001	88	Sukzessive und grosse Verbesserung im ersten Drittel der Therapie	Ja, gross	0.713	-0.930 0.0014	Ja
10	1	-0.854 0.0008	71	Sehr unregelmässig, aber Besserung während der Nachbeobachtung	Ja, gross	Nein		Ja
	2	-0.973 0.0001	87	Grosse Verbesserung zu Beginn der Therapie	Ja, gross	0.33	-0.923 0.0001	Ja
	3	-0.982 0.0001	85	Sehr unregelmässig, aber Besserung während der Nachbeobachtung	Ja, gross	0.757	-0.963 0.0001	Ja

Tab. 3: Ergebnisse der Forschungsfragen I und III

Patienten-Nr.	Diagnose	Messung	Sitzung o	Letzte Therapie-sitzung	Nachbeobachtung-sitzung	Schlussfolgerung
1	Angststörung	Hamilton-Test	13	3	3	Ja
		EB-45	50	9*	14*	
2	Generalisierte Angststörung	Hamilton-Test	21	20	8	Fraglich
		EB-45	54	52	57	
3	Angststörung	Hamilton-Test	17	10	12	Ja
		EB-45	67	39*	29*	
		BDI	13	3	7	
4	Alkoholmissbrauch, Agoraphobie, Depression	Hamilton-Test	19	6	4	Ja
		EB-45	62	21*	34*	
		BDI	11	3	2	
5	Panik – Agoraphobie, generalisierte Angststörung	Hamilton-Test	29	9	9	Ja
		EB-45	90	59*	44*	
		BDI	19	7	4	
6	Angst und depressive Störung, gemischt	Hamilton-Test	17	6	5	Ja
		EB-45	49	40	27*	
		BDI	11	7	5	
7	Angst und depressive Störung, gemischt	Hamilton-Test	39	12	8	Ja (für zwei der drei TC)
		EB-45	96	76*	70*	
		BDI	21	5	7	
8	Angststörung	Hamilton-Test	25	10	8	Ja
		EB-45	99	49*	42	
		BDI	21	7	5	
9	Anpassungsstörung mit Angstsymptomen	Hamilton-Test	23	10	13	Ja
		EB-45	77	41*	40	
		BDI	23	7	5	
10	Panik ohne Agoraphobie	Hamilton-Test	24	13	10	Ja
		EB-45	91	59*	39*	
		BDI	21	4	3	

Tab. 4: Ergebnisse der Forschungsfrage II

wies einen klinisch signifikanten Veränderungsindex auf und ihre Angststörung konnte von «mittelschwer» auf «keine Angststörung» heruntergestuft werden.

Zusammenfassend gesagt betrug der durchschnittliche Hamilton-Wert zu Beginn in Sitzung 0 22,7 und verbesserte sich auf 9,9 in der Abschlusssitzung bzw. 8,0 in der Nachbeobachtungssitzung nach sechs Monaten. Die durchschnittlichen EB-45-Werte lagen zu Beginn bei 73,5 und verbesserten sich auf 46 in der Abschlusssitzung und auf 46,3 bei der Nachbeobachtung. Auch die BDI-Werte verbesserten sich von 17 in Sitzung 0 auf 5,6 in der Abschlusssitzung und 5,0 in der Nachbeobachtung. Insgesamt konnte mit den Ergebnissen gezeigt werden, dass in neun der zehn Fälle die therapeutische Verän-

derung definitiv klinisch bedeutsam war und über die Zeit aufrechterhalten werden konnte, wohingegen es im verbleibenden Fall gemischte Indikatoren gab.

Forschungsfrage III: Kann die Verbesserung dem Therapieprozess zugeschrieben werden?

Der in Tabelle 3 dargestellte dreischrittige Prozess wurde durchgeführt, um zu erforschen, ob die Veränderungen einem allgemeinen Abwärtstrend der Messungen zugeschrieben werden konnten, der keinen Therapiebezug hatte. Nach der Regressionsanalyse erkannten wir, dass neun TC keinen statistisch signifikanten Trend aufwiesen,

daher berechneten wir ihre partielle Korrelation nicht. Wir erkannten, dass die Verbesserung bei 15 TC der verbleibenden 22 Zielbeschwerden der Therapie zugeschrieben werden konnte, wenn der Einfluss des bestehenden Trends kontrolliert wurde. Die r -Werte der partiellen Korrelation lagen dabei zwischen -0.67 und -1 und alle p -Werte unter 0.05 . In den verbleibenden sieben TC war eine visuelle Analyse notwendig.

Bei fünf Zielbeschwerden zeigte die visuelle Analyse ausgeprägte kurzzeitige Phasen, in denen die TC-Werte stark anstiegen und dadurch die Werte des partiellen Korrelationskoeffizienten verzerrten, aber dies stand in keinem Zusammenhang mit dem Trend. Daher konnten die Veränderungen hier als zur Therapie zugehörig angesehen und nicht dem Einfluss des Trends zugeschrieben werden. Bei den verbleibenden beiden TC waren die Ergebnisse strittig, da die visuelle Analyse einen deutlichen kurzfristigen Trend zeigte, der in der Mitte der Therapiephase endete (z. B. TC3 von Patientin 4 wie nachfolgend im Detail besprochen). Dies könnte von einer für diese Zielbeschwerde im Vergleich zu den restlichen TC erfolgreicherer Therapie verursacht worden sein oder durch eine schnelle natürliche Remission. Für eine endgültige Antwort auf die dritte Forschungsfrage wäre deshalb eine qualitative Analyse des Therapieprozesses erforderlich.

Metaanalyse

Abbildung 1 zeigt, dass die Fälle 1, 4, 8 ES-Werte haben, die nahe am ES-Wert der gesamten Studie liegen, der 3,2 beträgt. Die Fälle 2, 9 und 10 waren weit davon entfernt und bedürfen daher einer detaillierten qualitativen Analyse.

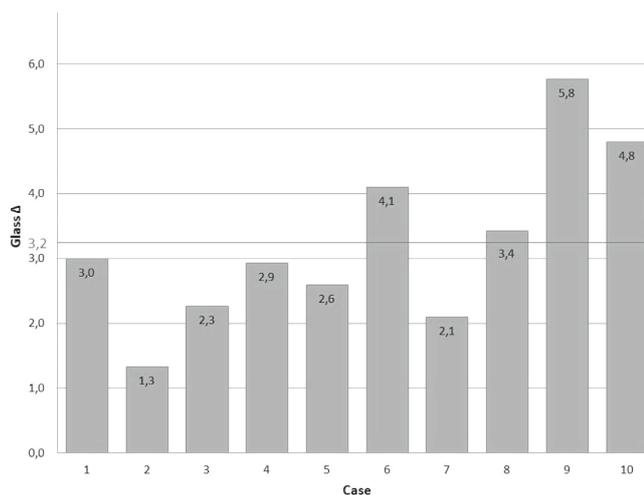


Abb. 1: Metaanalyse aller zehn Fälle

Detaillierte Analyse von Fall-Nr. 4: «Clara»

Ein Beispiel für die detaillierteren Ergebnisse, die mit dieser Methodologie gewonnen werden können, ist in Fall Nr. 4 dargestellt, der ausgewählt wurde, da seine TC

sich hauptsächlich auf Angststörungen beziehen und da der Glass' Δ -Wert von 2,9 nahe am Mittel der gesamten Studie liegt.

Clara war eine 26-jährige Frau, Kinesiologin, ledig, die mit ihrer Mutter und ihren beiden Brüdern zusammenwohnte. Der Therapeut war 33 Jahre alt, in seinem dritten Jahr der Gestalt-Ausbildung und hatte sechs Jahre Erfahrung als Psychotherapeut. Das vom Therapeuten durchgeführte psychiatrische MINI-Interview zeigte eine klinische Diagnose von Agoraphobie, rezidivierender depressiver Störung und Alkoholmissbrauch. Sie zeigte ausserdem eine leichte Depression und eine mittelschwere Angststörung (BDI-1=11; Hamilton=19). Der EB-45 ordnete sie in den funktionalen Bereich ein, sodass sie trotz ihrer Diagnose recht gut funktionieren konnte.

Die visuelle Analyse zeigt, dass die Durchschnittswerte aller TC (gestrichelten Linien in den Grafen in den Abbildungen 2, 3, 4) sich über die drei Phasen deutlich verbessert haben. Dies entspricht der erreichten hohen ES in der Form eines Pearson-Korrelationskoeffizienten der durch eine SMA für alle drei TC errechnet wurde: r von -0.881 bis -0.939 . Dies weist auf eine enge Beziehung zwischen der Abnahme der TC-Werte hin und darauf, ob sie vor oder nach der Therapie gemessen wurden. Zusätzlich haben hohe Werte eine ES in der Form einer MBLR von 74 % auf 79 %, was im Vergleich zu dem vor der Therapie gemessenen Wert auf eine Reduktion des Levels der Beschwerden der Patientin von 75 % hinweist.

Die visuelle Analyse zeigte auch, dass die Abweichung in der Mitte der Therapie für TC1 stark anstieg und in der ersten Hälfte der Therapiephase für TC2 und für alle TC nach der 12–13 Sitzung minimal wird. Auch in allen drei Grafiken ist ein Abwärtstrend zu erkennen, der durch die Werte des R^2 -Koeffizienten für die entsprechende Regression bestätigt wird: von 0.574 auf 0.653.

Die Grafik für TC3 zeigt, dass sich die Messungen von der Anfangsphase bis in die folgenden Phasen ändern und nah genug an diesem Trend liegen, wodurch sie ein Beispiel für die Notwendigkeit einer Antwort auf die dritte Forschungsfrage darstellen. Da der partielle Korrelationskoeffizient in der SMA nicht signifikant ($p=0.1614$) war, gibt es einen Grund für die Aussage, dass die Reduktion der TC auf den Einfluss des Trends zurückzuführen ist. Die visuelle Analyse zeigt jedoch ein ähnliches Muster starker Variationen während der Baseline und dem ersten Teil der Therapie, und eine deutliche Verbesserung nach Sitzung 7. Diese Verbesserung stabilisierte sich nach Sitzung 12 und setzte sich in der Nachbeobachtungssitzung neun Monate später fort, als Clara ihre TC3 für die letzte Woche mit einem Durchschnittswert von 1 bewertete. Diese visuelle Analyse lässt darauf schliessen, dass die Veränderungen nicht Folge der natürlichen Remission der Patientin waren, aber bis zu einer detaillierteren qualitativen Analyse bleibt fraglich, ob die Veränderungen der Therapie zugeschrieben werden können.

Der Nachweis von Claras Besserung während der Therapie wird nicht nur durch die Dynamik ihrer

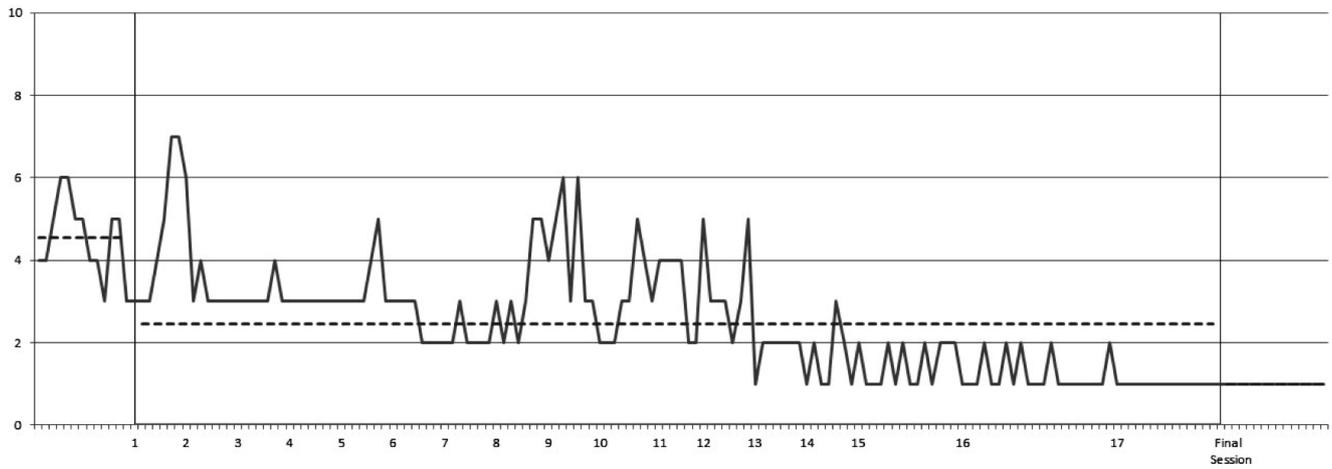


Abb. 2: Zielbeschwerte Nr. 1 während aller drei Phasen («Ich bin für meine Familie unzulänglich.»)

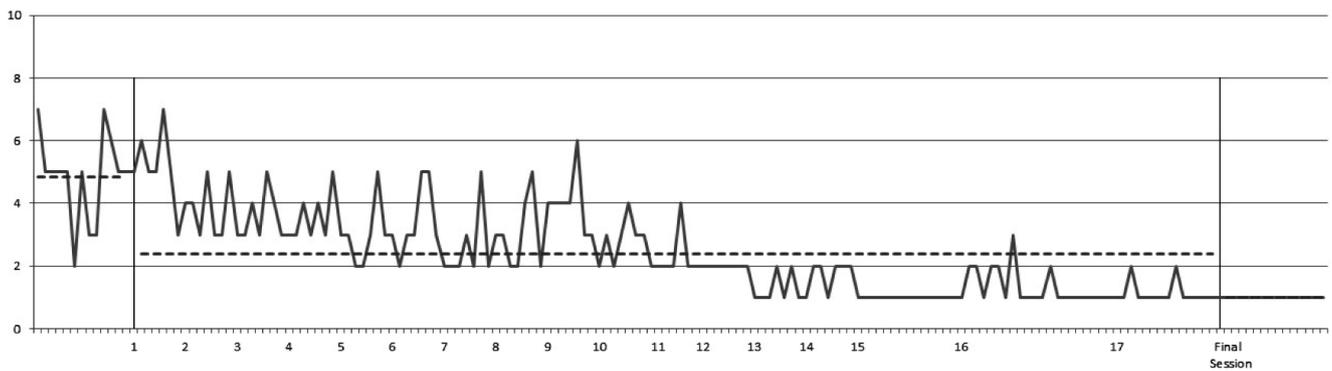


Abb. 3: Zielbeschwerte Nr. 2 während aller drei Phasen («Ich bin verzweifelt, wenn ich unbeschäftigt bin.»)

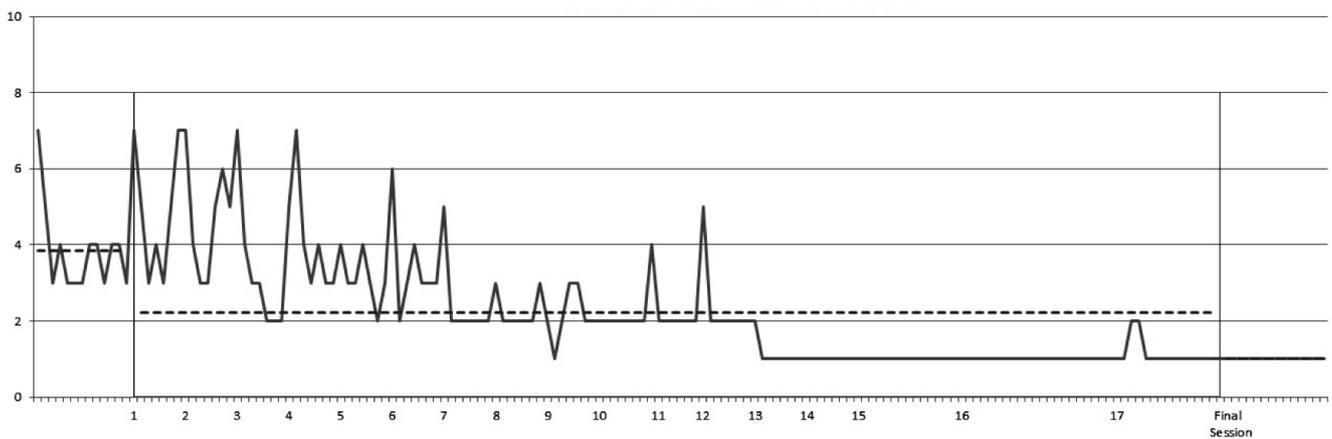


Abb. 4: Zielbeschwerte Nr. 3 während aller drei Phasen («Ich fühle mich regelmässig gequält.»)

Zielbeschwerden erbracht, sondern auch durch die Normalisierung der Indikatoren für Angststörung und Depression (Hamilton = 6 in der Abschlussitzung und 4 in der Nachbeobachtungssitzung, BDI = jeweils 3 bzw. 2).

In diesem Fall wurden EB-45-Daten nicht nur zu Beginn und zum Abschluss der Studie erfasst, sondern auch bei jeder Sitzung. In Abbildung 5 ist die Entwicklung von Claras Leiden allgemein abgebildet. EB-45 stieg nach der ersten Sitzung steil an (von 62 in Sitzung 0 auf 102 vor Sitzung 2) und sank dann auf einen Wert, der unter dem Ausgangswert lag (50 vor Sitzung 4). Danach sanken die Leidenswerte nach Sitzung 13 und bis Sitzung 17 sukzessiv und gleichmässig von 48 vor Sitzung 13 auf 20 vor Sitzung 17.

Zusammengenommen zeigt die Fluktuation dieser Werte Wendepunkte während der Therapiephase sowie wichtige psychotherapeutische Momente an, die in einer zukünftigen qualitativen Analyse untersucht werden, die darauf ausgerichtet sein wird, den Veränderungsmechanismus zu verstehen, der die symptomatische Besserung erklärt.

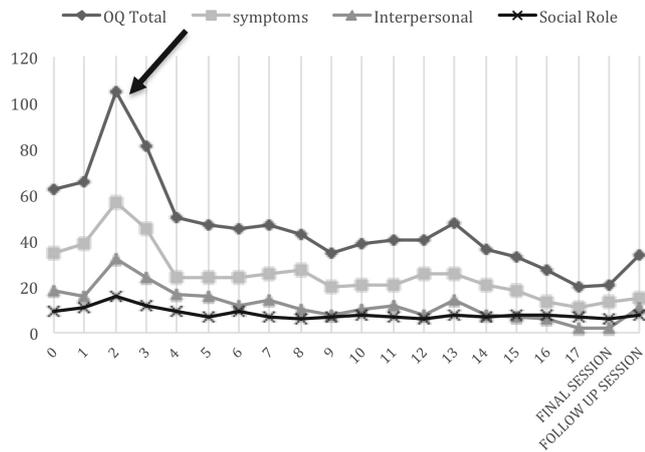


Abb. 5: EB-45-Werte während allen drei Phasen (EB-Gesamt; Symptome; zwischenmenschlich; soziale Integration; Abschlussitzung; Nachbeobachtungssitzung)

Diskussion

Ergebnisse der Studie: Die Wirksamkeit der Gestalttherapie wurde in dieser Studie auf mehrere Arten nachgewiesen: Wie in Tabelle 5 abgebildet, konnte bei fast allen TC eine Veränderung zwischen vor und nach der Intervention beobachtet werden, in fast allen Fällen gab es deutliche Indikatoren, dass die Veränderung klinisch bedeutsam war und bei fast allen TC konnte die Veränderung der Therapie zugeschrieben werden. Die zuverlässigen, statistisch signifikanten Ergebnisse unserer Studie lassen darauf schliessen, dass Gestalttherapie (GT) eine praktikable Alternative für andere wirksame Ansätze sein kann und widerlegt so Ergebnisse über die relative Unwirksamkeit von humanistisch-experienziellen (HE) Therapien innerhalb dieser Population (Angus et al., 2015; Lambert, 2013).

Patientin	Veränderung vorher/nachher?	Klinisch bedeutsam?	Der Therapie zuzuschreiben?
1	Ja, gross	Ja	Ja (TC 1, 2, 3) + Fraglich (TC 4)
2	Ja, klein	Fraglich	Ja
3	Ja, mittel	Ja	Ja
4	Ja, gross	Ja	Ja (TC 2,3) + Fraglich (TC 1)
5	Ja, gross	Ja	Ja
6	Ja, mittel	Ja	Ja
7	Ja, gross (TC 1, 3) + Keine Verbesserung (TC 2)	Ja	Ja (TC 2,3) + Fraglich (TC 1)
8	Ja, gross	Ja	Ja
9	Ja, gross	Ja	Ja
10	Ja, gross	Ja	Ja

Tab. 5: Zusammenfassung der Ergebnisse

Es ist nicht einfach, unsere Ergebnisse innerhalb der HE-Therapien zu interpretieren, da diese Ansätze alles andere als homogen sind. In der Theorie verfügt der Klientenzentrierte Ansatz (PCA), ein traditionell verbreiteter Ansatz in dieser Gruppe, nicht über die aktiv-direktive Komponente der Gestalttherapie. In der GT werden KlientInnen aktiv ermutigt, sich ihren Ängsten zu stellen, und dabei unterstützt, in ihrer Angststörung ihre ungewollten emotionalen Schemata zu entdecken. Ausserdem werden Rollenspiele angewendet, um die Bedürfnisse der KlientInnen zu erkennen sowie ihre Copingstrategien und Lebenskompetenzen zu verbessern. Sich ungewollten und gefürchteten internen Stimuli zu stellen, fördert emotional korrigierende Erfahrungen. KlientInnen lernen in der GT, dass sie mit den gefürchteten Stimuli umgehen und sie überleben können. Ausserdem wird Vermeidungsreaktionen vorgebeugt. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass GT aktive Elemente integriert, die in PCA und einigen anderen HE-Modalitäten fehlen. Zu diesen Elementen zählen die Angst-Exposition, die Prävention von Vermeidungsverhalten und Schulung der Kompetenzen wie auch in der KVT.

Andererseits teilt die Emotionsfokussierte Therapie (EFT), der am besten durch Forschung gestützte Ansatz der HE-Therapien, die aktiv-direktive Komponente mit GT und wurde auf der Grundlage von GT-Interventionen entwickelt (Greenberg, 1983). Im Gegensatz zu EFT legt GT den Schwerpunkt auf die Arbeit mit der Dynamik der therapeutischen Beziehung im Hier und Jetzt. Die aktuelle GT scheint Elemente von Rogers PCA (humanistische Werte) und EFT (aktive transformationale Interventionen) zu enthalten und fügt insbesondere das dialogische Treffen im Hier und Jetzt sowie holistische Elemente (einschliesslich Körperarbeit) hinzu. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ähnliche Veränderungsprozesse wie

in der Emotional Processing Theory, dem Modell des inhibitorischen Lernens und der akzeptanzbasierten Therapie vorgeschlagen, zur Erklärung des Veränderungsprozesses in der GT genutzt werden können (Foa & Kozak, 1986; Craske et al., 2014). Alle diese Modelle treffen im Konzept der «korrigierenden emotionalen Erfahrung» und des «Gedächtnisrekonsolidierungsprozesses» aufeinander, in denen Exposition und insbesondere emotionale Aktivierung von implizit Gelerntem ein wichtiger Veränderungsmechanismus ist (Ecker et al., 2012). Weitere Studien sind notwendig, um die Rolle und den therapeutischen Nutzen von Angst-Exposition zu verstehen, vor allem die Unterschiede ihres Verständnisses in der KVT und humanistischen Theorien. Dies wird Klarheit über die Spezifität der GT und ihre spezifischen Indikationen für Gruppen von PatientInnen schaffen, die davon profitieren könnten.

Obwohl sich unsere Ergebnisse hauptsächlich auf den Vergleich der Baseline- und der Nachbeobachtungsphase beziehen, haben wir die Dynamik der TC über den Verlauf der drei Studienphasen hinweg berücksichtigt. Die virtuelle Analyse nahezu aller TC ergab eine konsistente Verbesserung im Verlauf der Therapie: in manchen Fällen kontinuierlich (2, 3, 6), in manchen Fällen unregelmässig (4, 5, 7, 8, 10) und in manchen Fällen eine Mischung beider Arten für verschiedene TC. Weitere qualitative und quantitative Prozessforschung wird uns helfen, diese Mechanismen besser zu verstehen und zu unterscheiden. Im Verlauf der Studie wurde während der Therapiephase eine grosse Menge qualitativer Daten gesammelt, einschliesslich des TherapeutInnen-Tagebuchs und der Audio- und Videoaufzeichnungen aller Sitzungen. Zukünftig werden wir die quantitativen Ergebnisse mit einer qualitativen Analyse der in unserer Studie gesammelten Daten kombinieren. Eine weitere Option für künftige Studien wäre es, die Prozessdaten bezüglich potenziellen Veränderungsmechanismen (z.B. Interventionen, um den Kontakt zu abgelehnten Gefühlen und Wünschen herzustellen) zu sammeln und Mediationsanalysen durchzuführen. All dies wird es ermöglichen, Ergebnisse zu erklären, die spezifischen Faktoren des GT-Ansatzes bei Angststörung zu identifizieren sowie die interne und externe Validität der Studie zu stärken.

Studiendesign: Trotz der aktuellen Beliebtheit der N=1-Studien im Gesundheitswesen (Mengersen et al., 2011; Punja et al., 2016), gibt es Zweifel an ihrer internen und externen Validität, die untersucht werden müssen (Horner et al., 2005). Verzerrungen der Instrumente und Testmethoden wurden eliminiert, indem zuverlässige, gut erprobte Instrumente verwendet wurden. Der Behandlungsbias und die Bedrohung durch Reifeentwicklung (Maturation) wurden durch Arbeit an der dritten Forschungsfrage im Detail untersucht, wodurch eine natürliche Remission ausgeschlossen wurde. Es wird erwartet, dass andere therapieunabhängige Faktoren, die das Ergebnis beeinflussen, einschliesslich geschichtlicher Indikatoren (History), zukünftig durch ein Therapietagebuch aufgespürt werden. Die für die Experimentkontrolle schwierigste Bedrohung ist die Auswahlverzerrung, da es möglich ist, dass die Klientinnen, die sich freiwillig

für die Studie gemeldet haben, bestimmte Eigenschaften teilen (z. B. Pflichtbewusstsein), die berücksichtigt werden müssen, um die Ergebnisse korrekt auswerten zu können. Die Gefahr des Stichprobenschwunds ist ebenfalls relevant und wir haben alle an der Studie beteiligten TherapeutInnen angewiesen, zu berichten, wenn ihre Klientinnen die Behandlung nicht abgeschlossen haben oder frühzeitig ausgeschieden sind.

Die externe Validität dieser Studie ist hoch, da die Fälle eine signifikant hohe Anzahl an Angststörungssymptomen und Begleiterkrankungen enthielten. Das Einzelfall-Zeitreihendesign erfüllt beide Anforderungsarten für externe Validität: Verallgemeinerbarkeit über die Situationen hinweg, aufgrund der direkten Verwendbarkeit der Studienergebnisse in realen Situationen in der Psychotherapie sowie Verallgemeinerbarkeit über die Menschen hinweg in dem Ausmass, dass alle PatientInnen mit einer allgemeinen Angststörungsdiagnose repräsentiert sind. Ein zusätzlicher Nutzen des Einzelfall-Zeitreihendesigns ist die Annäherung an den realen Therapieprozess, der im Umfang der ökologischen Validität eingeschlossen ist. Die ökologische Validität ist in unserer Studie von Natur aus vorhanden, im Gegensatz zu RCT, in der sie schwer zu erreichen ist.

Unsere Datenanalyse-Strategie berücksichtigt nahezu alle Vorschläge der Qualitätsstandards: die Anwendung visueller und statistischer Analysen; die Berücksichtigung der Autokorrelation; die Ergänzung der Zielbeschwerden mit Standard-Ergebnismessungen; die Prüfung auf therapieunabhängige Trends und Meta-Analyse (Borckardt & Nash, 2014; Borckardt et al., 2008; Kratochwill et al., 2013; Tate et al., 2013; Wendt & Miller, 2012). Die Verwendung des Glass' Δ hat für zukünftige Meta-Analysen jedoch Grenzen, da seine Auswertung offensichtlich nur für normalverteilte Daten (z. B. Fall 3) gedacht ist und unzureichende Werte ausgibt, wenn die Werte des Baseline-TC nur eine geringe oder keine Variation zeigen. Ausserdem war die Nutzung von SMA zur Kontrolle von therapieunabhängigen Trends nicht völlig zufriedenstellend. Die Begrenzung der Software von < 30 Datenpunkten pro Phase führte dazu, dass der Trend nur für die Baseline- und die Nachbeobachtungsphasen und nicht in der Therapiephase kontrolliert wurde, was zu Verzerrungen in den Berechnungen führen kann. Es ist sinnvoll, zukünftig das Package R anstelle einer SMA zu verwenden, um die dritte Forschungsfrage zu beantworten.

Einschränkungen und Vorschläge für die weitere Forschung: Wir müssen an dieser Stelle einige Einschränkungen unserer Studie und daraus resultierende Folgerungen für die weitere Forschung erwähnen: (1) In unserer Stichprobe waren Klientinnen mit unterschiedlichen Arten von Angststörungen. Obwohl dies der realen Situation im Praxisalltag entspricht und damit auch den Intentionen einer praxisorientierten Studie, würde eine differenziertere Stichprobenauswahl eine genauere Untersuchung der Veränderungsmechanismen bei GT für spezifische Angststörungssymptome ermöglichen. (2) Eine GT-Therapietreue-Skala, die sich jetzt, dank der gemeinsamen Bemühungen der internationalen GT-Gemeinschaft,

in der Entwicklung befindet (Fogarty et al., 2016), war zum Zeitpunkt unserer Studie noch nicht verfügbar. Die Therapietreue wurde in unserer Studie auf andere Weise sichergestellt, aber für zukünftige Studien wird die GT-Therapietreue-Skala die erste Wahl sein. (3) Die TherapeutInnen waren Studierende eines Instituts vor dem Abschluss mit wenigen Jahren klinischer Praxis, dies stellt eine Einschränkung der externen Validität unserer Studie dar. (4) Die korrekte Formulierung der TC in Sitzung 0 ist von grösster Bedeutung. Ein Beispiel für die negativen Folgen eines Fehlers ist TC2 von Patientin 7: «Ich kann das Mobbing an meinem Arbeitsplatz nicht ertragen», das keine klinische Besserung aufwies, denn man kann hinterfragen, ob dies wirklich ein ökologisches Therapieziel war. Die Verschlechterung dieses TC könnte bedeuten, dass die Patientin sich das Mobbing nicht länger gefallen lässt und sich selbst schützt, oder es könnte bedeuten, dass sie weniger in der Lage ist, das Mobbing zu ertragen und daher stärker leidet. Um diese und andere mögliche Interpretationen zu klären, müssten an einer solchen Studie beteiligte TherapeutInnen besser in der Fähigkeit, TC zu formulieren, geschult sein. (5) Es gab nur unvollständige Daten über Menschen, die überlegten, eine Therapie zu beginnen, aber nicht an der Studie teilnehmen wollten, was sich auf die bereits genannten Auswahlverzerrungen und Verzerrungen durch Stichprobenschwund bezieht.

Die Konsequenzen für weitere Forschungsprojekte sind hauptsächlich zwei Strategien: Ausweitung des Projekts und Einbindung von sowohl Prozessergebnissen als auch qualitativen Forschungsergebnissen in ein komplexeres Studiendesign. Das Projekt kann auf verschiedene Arten ausgeweitet werden: (1) Es sollten TherapeutInnen mit unterschiedlicher praktischer Erfahrung eingeschlossen werden. (2) Durch die Nutzung des bereits errichteten GT-Forschungsnetzwerks können mit dieser Methode Fälle aus unterschiedlichen Ländern in die Studie eingeschlossen werden, wodurch die Meta-Analyse erweitert und bereichert werden würde. (3) Es können verschiedene Designs und alternative Instrumente angewendet und dabei das Einzelfall-Zeitreihendesign beibehalten werden, indem zum Beispiel EB-45 durch CORE-OM ersetzt wird. (4) Das Einzelfall-Zeitreihendesign kann für GT-Arbeit mit anderen Diagnosen verwendet werden, wie zum Beispiel bei Depression. (5) Die konstante Dokumentation der TC durch KlientInnen kann als achtsamkeitsfördernde Intervention untersucht werden.

Das Einzelfall-Zeitreihendesign kann nicht nur für Outcome-Studien nützlich sein. In diesem Artikel haben wir uns auf die Wirksamkeitsergebnisse und quantitative Methoden konzentriert. Wie wir jedoch kurz in der detaillierten Fallanalyse gezeigt haben, bietet das Einzelfall-Zeitreihendesign detaillierte und kontinuierliche Informationen zum Veränderungsprozess. Die Durchführung einer qualitativen Analyse und besonders die Untersuchung des Veränderungsmechanismus können die Ergebnisse ergänzen. Die Analyse der Videoaufzeichnungen der Sitzungen und der Folgeinterviews mit KlientInnen würde uns ermöglichen, die besten und schlechtesten Sitzungen sowie Wendepunkte während des Therapieprozesses zu verglei-

chen und zu untersuchen, wie in diesen Fällen Änderungen eingetreten sind (vor allem bezüglich der Symptome der Angststörung). Qualitative Beobachtungen würden es uns ermöglichen, spezifische Veränderungsprozesse und damit zusammenhängende GT-Interventionen in den verschiedenen Fällen zu identifizieren, und diese mit KVT- und HE-Ansätzen zu vergleichen. Daten über nicht erfolgreiche Fälle können dabei helfen, die Grenzen der GT bei der Arbeit mit Angststörungen aufzuzeigen. Daraus ergeben sich auch Konsequenzen für die Psychotherapie-Praxis, denn das Einzelfall-Zeitreihendesign kann sinnvoll in einem Feedback-Informed Treatment (FIT) eingesetzt werden und ebenso als Lern- und Supervisionsmittel für unerfahrene TherapeutInnen.

Die praktischen Konsequenzen liegen nicht nur in der Empfehlung eines weiteren wirksamen Psychotherapie-Ansatzes für KlientInnen mit Angststörungen, sondern auch in der Möglichkeit, das aufgestellte Studiendesign für psychotherapeutische Wirksamkeitsstudien in privaten Praxisumgebungen mit verschiedenen PatientInnengruppen zu verwenden. Einzelfall-Zeitreihendesigns können als sinnvolle Alternative von RCT eingesetzt werden, insbesondere in naturalistischen Outcome-Studien mit klaren Vorteilen für die Untersuchung des therapeutischen Veränderungsprozesses in praxisbasierten Forschungsnetzwerken.

Danksagungen

Wir möchten unseren Kollegen Jörg Bergmann, Otto Glanzer, Stefan Pfeleiderer, Vincent Beja und Tomas Rihacek für ihre Hilfe in den verschiedenen Phasen dieser Studie danken.

Literatur

- American Psychological Association [APA] (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285 (<http://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>).
- Angus, L., Watson, J. C., Elliott, R., Schneider, K. & Timulak, L. (2015). Humanistic psychotherapy research 1990–2015: From methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research*, 25(3), 330–347 (<http://doi.org/10.1080/10503307.2014.989290>).
- Battle, C. C., Imber, S. D. & Hoehn-Saric, R. (1966). Target complaints as criteria of improvement. *American Journal of Psychotherapy*, 20(1), 184–192.
- Beck, A. T. (1978). *Beck Depression Inventory*. San Antonio/TX: Harcourt Brace Jovanovich.
- Beretvas, S. N. & Chung, H. (2008). A review of meta-analyses of single-subject experimental designs: Methodological issues and practice. *Evidence-Based Communication Assessment and Intervention*, 2, 129–141 (<http://dx.doi.org/10.1080/17489530802446302>).
- Borckardt, J. J. & Nash, M. R. (2014). Simulation modelling analysis for small sets of single-subject data collected over time. *Neuropsychological Rehabilitation*, 24(3–4), 492–506 (<http://doi.org/10.1080/09602011.2014.895390>).
- Borckardt, J. J., Nash, M. R., Murphy, M. D., Moore, M., Shaw, D. & O'Neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: a guide to case-based time-series analysis. *The American Psychologist*, 63(2), 77–95 (<http://doi.org/10.1037/0003-066X.63.2.77>).

- Campbell, J.M. (2003). Efficacy of behavioral interventions for reducing problem behavior in persons with autism: A quantitative synthesis of single-subject research. *Research in Developmental Disabilities, 24*, 120–138.
- Carey, T.A. & Stiles, W.B. (2015). Some Problems with Randomized Controlled Trials and Some Viable Alternatives. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 23*(1), 87–95 (<http://doi.org/10.1002/cpp.1942>).
- Ceballos, D. (2014). Trastorno De Ansiedad Generalizada. *Figura Fondo, 36*, 1–13.
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Christoph, P., ... Woody, S. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *Clinical Psychologist, 51*(1), 3–16.
- Chambless, D.L. & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), 7–18.
- Chambless, D.L. & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52*(1), 685–716.
- Craske, M.G., Treanor, M., Conway, C.C., Zbozinek, T. & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy, 58*, 10–23 (<http://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>).
- Deane, F.P., Spicer, J. & Todd, D.M. (1997). Validity of a Simplified Target Complaints Measure. *Assessment, 4*(2), 119–130 (<http://doi.org/10.1177/107319119700400202>).
- Ecker, B., Tadic, R. & Hulley, L. (2012). *Unlocking the Emotional Brain*. London: Routledge.
- Elliot, R. (2003). *CSEP-II Experiential Therapy Session Form*. Toledo/OH: University of Toledo Department of Psychology.
- Elliott, R. (2013). Person-centered/experiential psychotherapy for anxiety difficulties: Theory, research and practice. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 12*(1), 16–32 (<http://doi.org/10.1080/14779757.2013.767750>).
- Elliott, R., Greenberg, L.S., Watson, J.C., Timulak, L. & Freire, E. (2013). Research on Humanistic- Experiential Psychotherapies. In M. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 495–538). New York: John Wiley & Sons.
- Foa, E.B. & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*(1), 20–35.
- Fogarty, M., Bhar, S., Theiler, S. & O'Shea, L. (2016) What do Gestalt therapists do in the clinic? The expert consensus. *British Gestalt Journal, 25*(1), 32–41.
- Folke, F., Hursti, T., Tungström, S., Söderberg, P., Kanter, J.W., Kuutmann, K., ... Ekselius, L. (2015). Behavioral activation in acute inpatient psychiatry: a multiple baseline evaluation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 46*, 170–181 (<http://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.10.006>).
- Francesetti, G., Gecele, M. & Roubal, J. (Hrsg.). (2013). *Gestalt therapy in clinical practice: From psychopathology to the aesthetics of contact*. Milan: FrancoAngeli.
- Glass, G.V., McGaw, B. & Smith, M.L. (1981). *Meta-analysis in social research*. Beverly Hills/CA: Sage.
- Greenberg, L.S. (1983). Toward a task analysis of conflict resolution in Gestalt intervention. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 20*(2), 190–201.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *The British Journal of Medical Psychology, 32*(1), 50–55.
- Hague, B., Scott, S. & Kellest, S. (2015) Transdiagnostic CBT Treatment of Co-morbid Anxiety and Depression in an Older Adult: Single Case Experimental Design. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 43*(1), 119–124.
- Herrera, P. (2016). The construction of a gestalt-coherent outcome measure. In J. Roubal, P. Brownell, G. Francesetti, J. Melnick & J. Zeleskov-Djoric (Hrsg.), *Towards a Research Tradition in Gestalt Therapy* (S. 1–368). Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.
- Hollon, S.D. & Beck, A. (2013). Cognitive and Cognitive-Behavioral Therapies. In M. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 393–442). New York: John Wiley & Sons.
- Horner, R.H., Carr, E.G., Halle, J., Mcgee, G., Odom, S. & Wolery, M. (2005). The use of single-subject research to identify evidence-based practice in special education. *Exceptional Children, 71*(2), 165–179.
- Kratochwill, T.R. & Levin, J.R. (2010). Enhancing the scientific credibility of single-case intervention research: Randomization to the rescue. *Psychological Methods, 15*(2), 124–144 (<http://doi.org/10.1037/a0017736>).
- Kratochwill, T.R., Hitchcock, J.H., Horner, R.H., Levin, J.R., Odom, S.L., Rindskopf, D.M. & Shadish, W.R. (2013). Single-case intervention research design standards. *Remedial and Special Education, 34*, 26–38.
- Lambert, M. (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. John Wiley & Sons.
- Lambert, M., Burlingame, G., Umphress, V., Hansen, N., Verneersch, D. & Clouse, G. (1996) The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 3*, 106–116.
- Manolov, R. & Solanas, A. (2008). Comparing N = 1 effect sizes in presence of autocorrelation. *Behavior Modification, 32*, 860–875 (<http://doi.org/10.1177/0145445508318866>).
- Manolov, R., Guilera, G. & Sierra, V. (2014) Weighting strategies in the meta-analysis of single-case studies. *Behavior Research Methods, 46*, 1152 (<https://doi.org/10.3758/s13428-013-0440-0>).
- Mengersen, K., McGree, J.M. & Schmid, C.H. (2015) Systematic Review and Meta-analysis Using N-of-1 Trials. In J. Nikles & G. Mitchell (Hrsg.), *The Essential Guide to N-of-1 Trials in Health*. Dordrecht: Springer (<https://doi.org/10.1007/978-94>).
- Olive, M.L. & Smith, B.W. (2005). Effect size calculations and single subject designs. *Educational Psychology, 25*(2-3), 313–324 (<http://doi.org/10.1080/0144341042000301238>).
- Perls, F.S. (1969). *Gestalt Therapy Verbatim*. New York: Bantam Books.
- Punja, S., Bukutu, C., Shamsar, L., Sampson, M., Hartling, L., Urichuk, L. & Vohra, S. (2016). N-of-1 trials are a tapestry of heterogeneity. *Journal of Clinical Epidemiology, 76*, 47–56.
- Robine, J.M. (2013). Anxiety Within the Situation: Disturbances of Gestalt Construction. In G. Francesetti, M. Gecele & J. Roubal (Hrsg.), *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact* (S. 479–495). Milano: FrancoAngeli.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2013). *What Works for Whom?* Second Edition. New York: Guilford Press.
- Roubal, J., Gecele, M. & Francesetti, G. (2013). Gestalt Therapy Approach to Diagnosis. In G. Francesetti, M. Gecele & J. Roubal (Hrsg.), *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact* (S. 79–106). Milano: FrancoAngeli.
- Shahar, B., Bar-Kalifa, E. & Alon, E. (2017). Emotion-Focused Therapy for Social Anxiety Disorder: Results from a Multiple-Baseline Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*(3), 238–249 (<http://doi.org/10.1037/ccp0000166>).
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G. (1998). The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*(20), 22–33.
- Silberschatz, G. (2017). Improving the yield of psychotherapy research. *Psychotherapy Research, 27*(1), 1–13 (<http://doi.org/10.1080/10503307.2015.1076202>).
- Smith, J.D. (2012). Single-case experimental designs: A systematic review of published research and current standards. *Psychological Methods, 17*(4), 510–550 (<http://doi.org/10.1037/a0029312>).
- Smith, J.D., Borckardt, J.J. & Nash, M.R. (2012). Inferential Precision in Single-Case Time-Series Data Streams: How Well Does the EM Procedure Perform When Missing Observations Occur in Autocorrelated Data? *Behavior Therapy, 43*(3), 679–685.

- Tate, R.L., Perdices, M., Rosenkoetter, U., Wakim, D., Godbee, K., Togher, L. & McDonald, S. (2013). Revision of a method quality rating scale for single-case experimental designs and n-of-1 trials: The 15-item Risk of Bias in N-of-1 Trials (RoBiNT) Scale. *Neuropsychological Rehabilitation*, 23(5), 619–638 (<http://doi.org/10.1080/09602011.2013.824383>).
- Timulak, L., McElvaney, J., Keogh, D., Martin, E., Clare, P., Chepkukova, E. & Greenberg, L. (2017). Emotion-Focused therapy for generalized anxiety disorder: An exploratory study. *Psychotherapy*, 54(4), 361–366.
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koemeda, M., Schulthess, P., Von Wyl, A. & Weber, R. (2010). Fundamental reflections on Psychotherapy research and Initial results of the naturalistic Psychotherapy Study on outpatient treatment in Switzerland (PaP-S). *International Journal of Psychotherapy*, 14(3), 23–35.
- von Bergen, A. & de la Parra, G. (2002). OQ-45.2, Cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación [OQ-45.2, an outcome questionnaire for monitoring change in psychotherapy: adaptation, validation and indications for its application and interpretation]. *Terapia Psicológica*, 20(2), 162–176.
- Watson, J. & Greenberg, L. (2017). *Emotion-Focused Therapy for Generalized Anxiety*. Washington: APA Books.
- Wendt, O. & Miller, B. (2012). Quality Appraisal of Single-Subject Experimental Designs: An Overview and Comparison of Different Appraisal Tools. *Education and Treatment of Children*, 35(2), 235–268.
- Whalon, K.J., Conroy, M.A., Martinez, J.R. & Werch, B.J. (2015). School-Based Peer-Related Social Competence Interventions for Children with Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis and Descriptive Review of Single Case Research Design Studies. *J Autism Dev Disord*, 45, 1513 (<https://doi.org/10.1007/s10803-015-2373-1>).

«Evidence-based» as a criterion for psychotherapy selection? Concerning a good concept – and its misuse

Despite the proven efficacy of CBT treatments for anxiety disorders, between 33 % and 50 % of patients do not respond or drop out of these treatments. Gestalt therapy has claimed to be an effective alternative, but there is little empirical evidence on its efficacy with anxiety. The Single-Case Experimental Design with Time Series Analysis was used as a practice-oriented study of efficacy. Evidence on ten clients diagnosed with anxiety disorders is presented, supporting the claim that Gestalt therapy can be a useful treatment for this. Detailed analysis of one case illustrates the changes in symptom and well-being scores, indicating turning points during the therapy. The paper discusses the use of this methodology for creating a practice-oriented research network.

Key words: Anxiety, Gestalt therapy, single-case, time series experimental design, practice-oriented research

Examen de la gestalt-thérapie en cas de troubles de la peur dans des environnements pratiques. Un cas particulier de design expérimental

Résumé : en dépit de l'efficacité prouvée de la thérapie du comportement cognitif (KVT) dans le cas des troubles de la peur généralisés, 33 % des patientes et patients ne répondent pas à cette thérapie et 50 % l'interrompent. La gestalt-thérapie est désignée comme une alternative efficace, mais il n'existe que peu de preuves empiriques de son efficacité dans le cas de troubles de la peur. Le design de cas particulier expérimental avec une analyse de série temporelle a été appliqué en tant qu'étude d'efficacité orientée vers la pratique. Les données de dix clientes présentant

des troubles de la peur diagnostiqués y sont exposées, lesquelles viennent donner corps à l'affirmation en vertu de laquelle la gestalt-thérapie peut représenter un traitement utile pour cette indication. L'analyse détaillée d'un cas permet de visualiser la modification des scores pour les symptômes et le bien-être, en illustrant ainsi les points de retournement au cours de la thérapie. Ce papier traite de l'application de cette méthodologie dans le but de créer un réseau de recherche orienté vers la pratique.

Mots clés : trouble de la peur, gestalt-thérapie, cas particulier, design de série temporelle expérimentale, recherche orientée vers la pratique

Ricerca sulla terapia della Gestalt nei disturbi d'ansia in contesti pratici. Un disegno sperimentale a caso singolo

Riassunto: Nonostante la comprovata efficacia della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) nei disturbi d'ansia generalizzati, il 33 % dei pazienti non risponde al trattamento e il 50 % lo interrompe. La terapia della Gestalt è considerata un'alternativa efficace, ma ci sono poche prove empiriche della sua efficacia nei disturbi d'ansia. Il disegno sperimentale a caso singolo con un'analisi delle serie cronologiche è stato applicato come studio di efficacia orientato alla pratica. In esso vengono presentati dati provenienti da dieci pazienti con un disturbo d'ansia diagnosticato a supporto dell'affermazione secondo cui la terapia della Gestalt può essere un trattamento utile per questa indicazione. L'analisi dettagliata di un caso spiega la variazione nei punteggi di sintomi e benessere e illustra i punti di svolta nel corso della terapia. L'articolo discute l'applicazione di questa metodologia per creare una rete di ricerca orientata alla pratica.

Parole chiave: disturbo d'ansia, terapia della Gestalt, caso singolo, disegno sperimentale con serie cronologiche, ricerca orientata alla pratica

The original English version of this article can be seen in the online version of our Journal: <https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2-53b>

Die Autoren

Pablo Herrera – Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, University of Chile, Santiago, Chile

Illia Mstibovskyi – Southern Regional Gestalt Institute, Rostov-on-Don, Russland

Jan Roubal – Department of Psychology, Faculty of Social Science, Masaryk University in Brno, Tschechische Republik

Philip Brownell – Portland Gestalt Therapy Training Institute, Portland/Oregon, USA

Die Autoren sind Wissenschaftler, Psychotherapeuten und Trainer der Gestalttherapie. Sie koordinieren das internationale praxisbasierte Forschungsnetzwerk für das Einzelfall-Zeitreihen-Projekt.

Kontakt

Pablo Herrera Salinas

Escuela de Psicología, Universidad de Chile

E-Mail: pabloherreras@uchile.cl

Experimentelle Einzelfallstudien: eine Alternative zu randomisierten kontrollierten Studien?

Agnes von Wyl & Aureliano Cramer

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (2) 70–71 2019
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2-70>

Zusammenfassung: Experimentelle Einzelfallstudien werden immer häufiger auch in der Psychotherapieforschung eingesetzt. Es stellt sich die Frage, ob sie eine Alternative zu randomisierten kontrollierten Studien (*randomized controlled trials*; RCTs) darstellen. Sie könnten eine Möglichkeit für psychotherapeutische Institute sein, mit weniger Fällen als es eine RCT verlangt, den Anspruch der Forschung auf eine Evidenzbasierung ihres psychotherapeutischen Ansatzes zu erfüllen.

Schlüsselwörter: Evidenzbasierung, Experimentelle Einzelfallstudie, RCT

Experimentelle Einzelfallstudien werden immer häufiger auch in der Psychotherapieforschung eingesetzt (s. z. B. den Artikel von Herrera et al. in diesem Heft). Für psychotherapeutische Ausbildungsinstitute stellt sich die Frage, ob sie eine Alternative zu randomisierten kontrollierten Studien (*randomized controlled trials*; RCTs) darstellen. Insbesondere ist zu beurteilen, welchen Stellenwert ihnen in der Forschung zur evidenzbasierten Psychotherapie zugestanden wird.

Experimentelle Einzelfallstudien werden von der APA als hilfreich zur Einschätzung von kausalen Zusammenhängen bei individuellen Therapieverläufen angeführt; neben weiteren Forschungsdesigns könnten sie damit einen wichtigen Beitrag zur *evidence based practice* beitragen. Für die Belegung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen einer Intervention und dem Therapieergebnis führen sie RCT-Designs auf (APA, 2006). Bei Chambless und Ollendick (2001) gilt eine Serie von experimentellen Einzelfallstudien unter der Voraussetzung, dass dabei ein Therapiemanual bzw. eine eindeutige Beschreibung des Behandlungsansatzes eingesetzt wird, als äquivalent zu einer RCT.

Doch was beinhaltet eine experimentelle Einzelfallstudie? Als Experimente können sie kausale Zusammenhänge für den Einzelfall abbilden. Dabei werden die Effekte unter mindestens zwei unterschiedlichen Bedingungen (z. B. Baseline und Intervention) auf ein Therapieergebnis hin miteinander verglichen. Anhand der Abbildungen 1 und 2 sollen zwei mögliche Schemata eines Einzelfall-Designs erläutert werden. In beiden Schemata werden jeweils die Wirkung einer Intervention (B) sowie die jeweilige Baseline (A) vor der Therapie dargestellt.

Im ersten Schema (Abb. 1) wird acht Tage lang täglich das Ausmass der Symptomatik erfasst. Ab dem neunten Tag erfolgt über zehn Tage hinweg die Intervention. Auch hier wird täglich das Ausmass der Symptomatik erhoben.

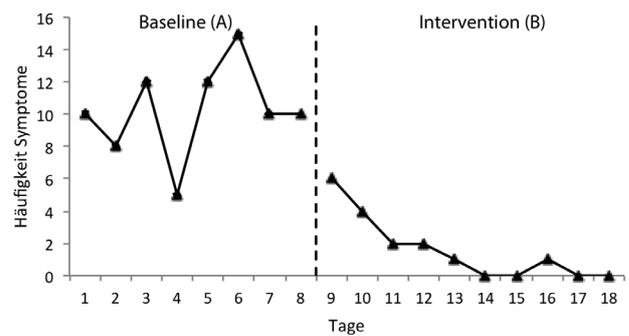


Abb. 1: Einfaches Baseline-Design

Im zweiten Schema (Abb. 2) gibt es zwei Vergleichsphasen zur Intervention, nämlich wiederum die Zeit vor der Therapie, aber zusätzlich noch die Zeit danach. Im von Herrera et al. (i. d. Heft) vorgestellten Beispiel wurde dieses zweite Schema angewendet; die Therapien dauerten zwischen acht und 40 Sitzungen.

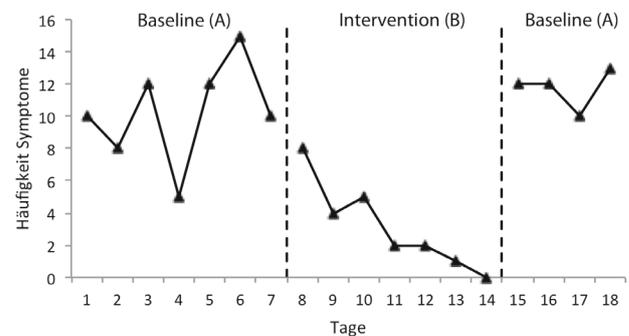


Abb. 2: Umkehr-Design

Als eine mögliche Variation soll folgendes Beispiel vorgestellt werden: Als Intervention könnte zum Beispiel auch

eine bestimmte körpertherapeutische Übung definiert werden, die ab der neunten Sitzung im Rahmen einer Psychotherapie eingesetzt wird. Die Psychotherapie ohne diese körpertherapeutische Übung wäre dann die Baseline. Mit diesem Design liesse sich die Wirkung einer einzelnen Technik auf das Therapieergebnis einschätzen. Zusätzlich könnte man dieses Design mit Kontrollfällen vergleichen, das heisst mit Therapien, in denen nur die Therapie ohne die Zusatzintervention angewandt wird.

Als wichtige Voraussetzung für experimentelle Einzelfallstudien ist ausserdem zu berücksichtigen, dass kontinuierliche Erhebungen zur Symptomatik oder zu anderen interessierenden Indikatoren bzw. Faktoren als Grundlage der Auswertung nötig sind. Dies gilt auch für die Basiserhebung (s. a. Kazdin, 2016). Es müssen also für alle drei Phasen über einen bestimmten Zeitraum hinweg Daten erhoben werden, das heisst eine einmalige Fragebogenerhebung vor Beginn der Therapie reicht nicht aus. Für das genauere Vorgehen bei experimentellen Einzelfallstudien möchten wir auf weiterführende Literatur verweisen (z. B. ebd. sowie Manolov et al., 2014). Über die Schwierigkeiten, die die Durchführung einer Einzelfallstudie beinhalten kann, findet man Ausführungen bei Michiels und Onghena (2018).

Experimentelle Einzelfallstudien können also eine Möglichkeit für psychotherapeutische Institute sein, mit weniger Fällen als eine RCT, den Anspruch der Forschung auf eine Evidenzbasierung ihres psychotherapeutischen Ansatzes zu erfüllen. Allerdings muss man sich bewusst sein, dass «experimentell» auch bedeutet, die Therapien nach bestimmten, vorher definierten Kriterien durchzuführen. Diesbezüglich unterscheidet sich die experimentelle Einzelfallstudie nicht von einer RCT. Bei einer RCT erhalten alle Probanden der einen Gruppe eine bestimmte Intervention und alle Probanden der anderen Gruppe eine andere. Bei einer experimentellen Einzelfallstudie erhält ein/e einzelne/r PatientIn streng genommen zwei unterschiedliche Interventionen bzw. wird unterschiedlichen Konditionen unterzogen, nämlich «keine Intervention» im Vergleich zu «Intervention».

Literatur

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Chambless, D.L. & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annu Rev Psychol*, 52, 685–716. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.6852/1/685>

- Kazdin, A.E. (2016). Single-case experimental research designs. In A.E. Kazdin (Hrsg.), *Methodological issues and strategies in clinical research* (S. 459–483). Washington, D.C.: APA. <https://doi.org/10.1037/14805-029>
- Manolov, R., Gast, D.L., Perdices, M. & Evans, J.J. (2014). Single-case experimental designs: reflections on conduct and analysis. *Neuropsychol Rehabil*, 24, 634–660. <https://doi.org/10.1080/09602011.2014.903199>
- Michiels, B. & Onghena, P. (2018). Randomized single-case AB phase designs: Prospects and pitfalls. *Behavior Research Methods*, 51, 1–23. <https://doi.org/10.3758/s13428-018-1084-x>

Experimental case studies: an alternative to randomized controlled studies?

Abstract: Experimental case studies are increasingly used also in psychotherapy research. The question arises whether they represent an alternative to randomized controlled trials (RCTs). They could be a possibility for psychotherapeutic institutes to meet the requirements of research to base their psychotherapeutic approaches on evidence, with fewer cases than an RCT requires.

Key words: evidence-based, experimental case study, RCT

Studi single-case sperimentali: un'alternativa agli studi controllati randomizzati?

Riassunto: Gli studi single-case sperimentali sono sempre più utilizzati nella ricerca in psicoterapia. Ci si chiede se rappresentino un'alternativa agli studi controllati randomizzati controllati (*randomized controlled trials*; RCT). Potrebbero essere una possibilità per gli istituti psicoterapeutici, con un numero di casi inferiore a quello richiesto da un RCT, per soddisfare l'esigenza della ricerca sull'evidence-basing del loro approccio psicoterapeutico.

Parole chiave: evidence-basing, studi single-case sperimentali, RCT

Die AutorInnen

Agnes von Wyl, Prof. Dr., ist Leiterin der Fachgruppe Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Psychologie.

Aureliano Cramer, Dr., ist Dozent für Forschungsmethoden und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Psychologie.

Kontakt

E-Mail: agnes.vonwyl@zhaw.ch

E-Mail: aureliano.cramer@zhaw.ch

Étude expérimentale de cas particuliers : une alternative aux études contrôlées randomisées ?

Agnes von Wyl & Aureliano Cramer

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (2) 72–73 2019

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2-72>

Mots clés : fondement par les preuves, Étude expérimentale de cas particulier, RCT

Les études expérimentales de cas particuliers sont utilisées de plus en plus souvent dans la recherche en psychothérapie (v. p. ex. l'article de Herrera et al. dans ce cahier). Pour les instituts de formation en psychothérapie se pose la question de savoir si ces derniers représentent une alternative aux études contrôlées randomisées (*randomized controlled trials* ; RCT). Il faut notamment évaluer la valeur qui leur est accordée dans la recherche relative à la psychothérapie fondée sur les preuves.

Les études expérimentales de cas particuliers sont citées par l'APA comme très utiles pour évaluer les interactions causales dans le déroulement de thérapies individuelles ; en sus d'autres designs de recherche, elles pourraient ainsi apporter une contribution importante à l'*evidence based practice*. Elles mettent en œuvre des designs RCT pour prouver la relation de cause à effet d'origine entre une intervention et le résultat de la thérapie (APA, 2006). Chez Chambless et Ollendick (2001), il existe une série d'études expérimentales de cas particuliers à la condition préalable qu'un manuel thérapeutique ou une description sans ambiguïté de l'approche de traitement soit utilisé à titre d'équivalent à une RCT.

Mais que contient une étude expérimentale de cas particulier ? Celle-ci peut représenter des relations de cause à effet pour le cas particulier. Dans ce cadre, les effets sont comparés les uns aux autres par rapport au résultat d'une thérapie à au moins deux conditions différentes (p. ex. baseline et intervention). Deux schémas éventuels de design de cas particulier doivent être commentés sur la base des figures 1 et 2. L'effet d'une intervention (B) ainsi que chaque baseline (A) est représenté dans les deux schémas.

Dans le premier schéma (fig. 1), l'importance des symptômes est enregistrée quotidiennement pendant huit jours. À partir du neuvième jour, l'intervention se déroule pendant dix jours. Là aussi, l'importance des symptômes est relevée tous les jours.

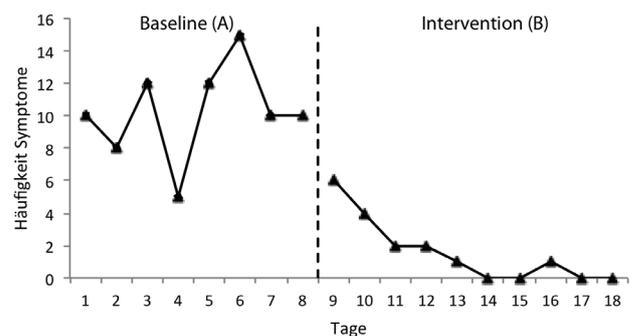


Fig. 1 : design baseline simple

Dans le second schéma (fig. 2), il y a deux phases de comparaison pour l'intervention, à savoir à nouveau le temps précédant la thérapie, mais en sus encore le temps qui vient après. Dans l'exemple présenté par Herrera et al. (dans ce cahier), c'est ce deuxième schéma qui a été appliqué ; les thérapies ont duré entre 8 et 40 sessions.

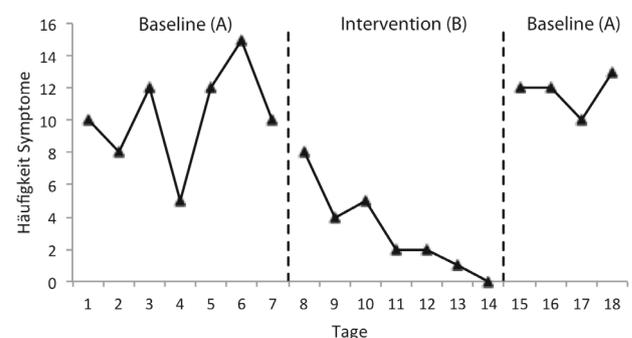


Fig. 2 : design d'inversion

L'exemple suivant doit être présenté comme une variation possible : un certain exercice de thérapie corporelle, qui serait utilisé à partir de la neuvième session dans

le cadre d'une psychothérapie, pourrait aussi être par exemple défini comme intervention. La psychothérapie sans cet exercice de thérapie corporelle représenterait alors la baseline. Ce design permettrait d'estimer l'effet d'une technique donnée sur le résultat de la thérapie. On pourrait en outre comparer ce design avec des cas de contrôle, c'est-à-dire avec des thérapies dans lesquelles la seule thérapie est appliquée sans intervention supplémentaire.

Il faut en outre tenir compte du fait que des relevés continus de symptômes ou d'autres indicateurs ou facteurs intéressants sont nécessaires pour servir de base à l'évaluation en tant que condition préalable importante pour les études expérimentales de cas particuliers. Cela vaut également pour le relevé de base (voir aussi Kazdin, 2016). Il faut donc que des données soient relevées sur un certain laps de temps pour les trois phases, ce qui veut dire qu'un relevé unique par formulaire avant le début de la thérapie ne suffit pas. Nous renvoyons à la littérature développant plus amplement ce sujet pour la procédure plus précise à suivre pour les études expérimentales de cas particuliers (p. ex. ibidem ainsi que Manolov et al., 2014). On trouvera chez Michiels et Onghena (2018) une description des difficultés que la réalisation d'une étude de cas particulier peut comprendre.

Les études expérimentales de cas particuliers peuvent également, pour les instituts psychothérapeutiques, représenter une possibilité de satisfaire de l'exigence par la recherche d'un fondement par les preuves de son approche psychothérapeutique avec moins de cas qu'une RCT. Il faut cependant être conscient du fait qu'« expérimental » veut également dire que les thérapies doivent être mises en œuvre d'après certains critères préalablement définis. De ce point de vue, l'étude expérimentale de cas particulier ne se différencie pas d'une RCT. Dans une RCT, tous les participants d'un groupe reçoivent une certaine intervention et tous les participants de l'autre groupe une autre. Dans l'étude expérimentale de cas particulier, un patient individuel ou une patiente indi-

viduelle à proprement parler reçoit deux interventions différentes ou est soumis à deux différentes conditions, à savoir « aucune intervention » par opposition à « une intervention ».

Littérature

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Chambless, D.L. & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annu Rev Psychol*, 52, 685–716. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.685>
- Kazdin, A.E. (2016). Single-case experimental research designs. In A.E. Kazdin (Hrsg.), *Methodological issues and strategies in clinical research* (S. 459–483). Washington, D.C.: APA. <https://doi.org/10.1037/14805-029>
- Manolov, R., Gast, D.L., Perdices, M. & Evans, J.J. (2014). Single-case experimental designs: reflections on conduct and analysis. *Neuropsychol Rehabil*, 24, 634–660. <https://doi.org/10.1080/09602011.2014.903199>
- Michiels, B. & Onghena, P. (2018). Randomized single-case AB phase designs: Prospects and pitfalls. *Behavior Research Methods*, 51, 1–23. <https://doi.org/10.3758/s13428-018-1084-x>

Les auteurs et auteurs

Agnes von Wyl, Prof. Dr., est directrice du groupe spécialisé psychologie clinique et psychologie de la santé à la Haute école zurichoise pour les sciences appliquées, département psychologie.

Aureliano Cramer, Dr., est professeur pour les méthodes de recherche et collaborateur scientifique à la Haute école zurichoise pour les sciences appliquées, département psychologie.

Contact

E-Mail : agnes.vonwyl@zhaw.ch

E-Mail : aureliano.cramer@zhaw.ch

Das AGUST-Projekt

Analyse von Gemeinsamkeiten und Unterschieden schulspezifischer Psychotherapieverfahren

Cornelia Stegmann, Rosmarie Barwinski, Katrin Hartmann, Mario Schlegel & Agnes von Wyl

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (2) 74–84 2019

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2-74>

Zusammenfassung: Die Wissenschaftskommission der Schweizer Charta für Psychotherapie (WiKo), ein Organ der Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ASP), hat mit dem AGUST-Projekt das Vorhaben umgesetzt, Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Anwendung von psychotherapeutischen Interventionen zu untersuchen. Dafür wurden 24 Vertreter acht verschiedener Psychotherapieschulen zu einem APA-Lehrvideo befragt. In drei Forschungskolloquien, die zwischen September 2018 und Januar 2019 stattfanden, wurde das Video in Arbeitsgruppen von ihnen bewertet. Am Beispiel der Klientin des Videos wurden zudem alternative psychotherapeutische Interventionsvorschläge und Therapieziele in den Gruppen erarbeitet sowie deren Begründungen erfasst. Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stand dabei das konkrete Vorgehen der einzelnen Schulen. Dabei zeigten sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den einzelnen Arbeitsgruppen. Bei der Bewertung des Videos, der alternativen Reaktionsvorschläge und deren Zuordnung mittels PAP-S-Rating-Manual unterschieden sich die Gruppen weniger als bei der Begründung der alternativen Interventionen, ihrer Beschreibung der Probleme der Klientin des Videos und den Begrifflichkeiten zur Abbildung ihres schulspezifischen Hintergrundes.

Schlagerwörter: Psychotherapieforschung, psychotherapeutische Interventionen, Wirkfaktoren, Psychotherapieschulen

Hinführung zum Thema

Prof. Bernhard Strauss stellte 2017 bei einer Gastvorlesung an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Department Angewandte Psychologie, die Vermutung an, dass es in 30 Jahren eine «Einheitstherapie» geben wird. Es ist vorstellbar, dass sich die Psychotherapie der Zukunft zusammensetzen wird aus den unterschiedlichen schultheoretischen Konzepten, wie sie gegenwärtig bestehen und vereinheitlicht angeboten werden könnte. Personen die psychotherapeutische Unterstützung suchen, würden dann im optimalen Fall eine Therapie erhalten, die wirksame Prozesse verfolgt und alle Faktoren berücksichtigt, die zu ihrem Therapieerfolg beitragen. Es ist anzunehmen, dass die schultheoretischen Ausrichtungen unterschiedliche Begründungen zur Auswahl der entsprechenden Prozesse und Faktoren verwenden, die gewählten konkreten Interventionen aber ähnlich sind. Die Psychotherapieforschung geht heute von schulenübergreifend wirksamen Verfahren aus und stellt die Interaktion zwischen KlientIn und TherapeutIn für den erfolgreichen Verlauf einer Behandlung in den Vordergrund. Der Einfluss der jeweiligen Schulen scheint dabei jedoch nicht entscheidend zu sein.

Gegenwärtig zeichnet eine breite Diversität die schweizerische Psychotherapielandschaft aus, der Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ASP) sind 25 Weiterbildungsinstitute angeschlossen. Diese Vielfalt ist historisch gewachsen und

traditionell verankert und entspringt dem Gedanken der individuellen Passung zwischen KlientIn und TherapeutIn bzw. der Therapieform. Das Angebot unterschiedlicher Formen von Psychotherapie entspricht vermutlich den verschiedenen Bedürfnissen der KlientInnen und ihren Erwartungen an eine Therapie. Genauso wie es auf TherapeutInnenseite unterschiedliche Präferenzen bezüglich der schultheoretischen Konzepte gibt. Durch die bestehende Vielfalt innerhalb der schweizerischen Psychotherapielandschaft wird den unterschiedlichen Ansprüchen von KlientInnen und PsychotherapeutInnen Rechnung getragen. Seit ihren Anfängen setzte sich die Psychotherapie mit der Erforschung der Wirkungsweise ihrer Heilmethode auseinander. Durch die Nähe zur Psychiatrie wurde sie stark durch medizinische Paradigmen geprägt, was in der aktuellen wissenschaftlichen Auseinandersetzung auch durchaus kritisch betrachtet wird. Die verschiedenen Therapierichtungen, die sich im Laufe der Zeit gebildet haben, sind mit unterschiedlichen theoretischen Konzepten ausgestattet und ziehen unterschiedliche Erklärungsmodelle für den Erfolg ihrer psychotherapeutischen Interventionen heran. Unter dem sogenannten «Schulenstreit» lag der wissenschaftliche Fokus auf der Legitimation einzelner therapeutischer Ausrichtungen als wirkungsvolle Behandlung psychischer Leiden. Eine differenziertere und aktuellere Perspektive zur Erklärung von erfolgreicher Psychotherapie stellt die Wirkfaktorenforschung dar. Für eine Übersicht werden dazu im Folgenden die wichtigsten Erkenntnisse aus

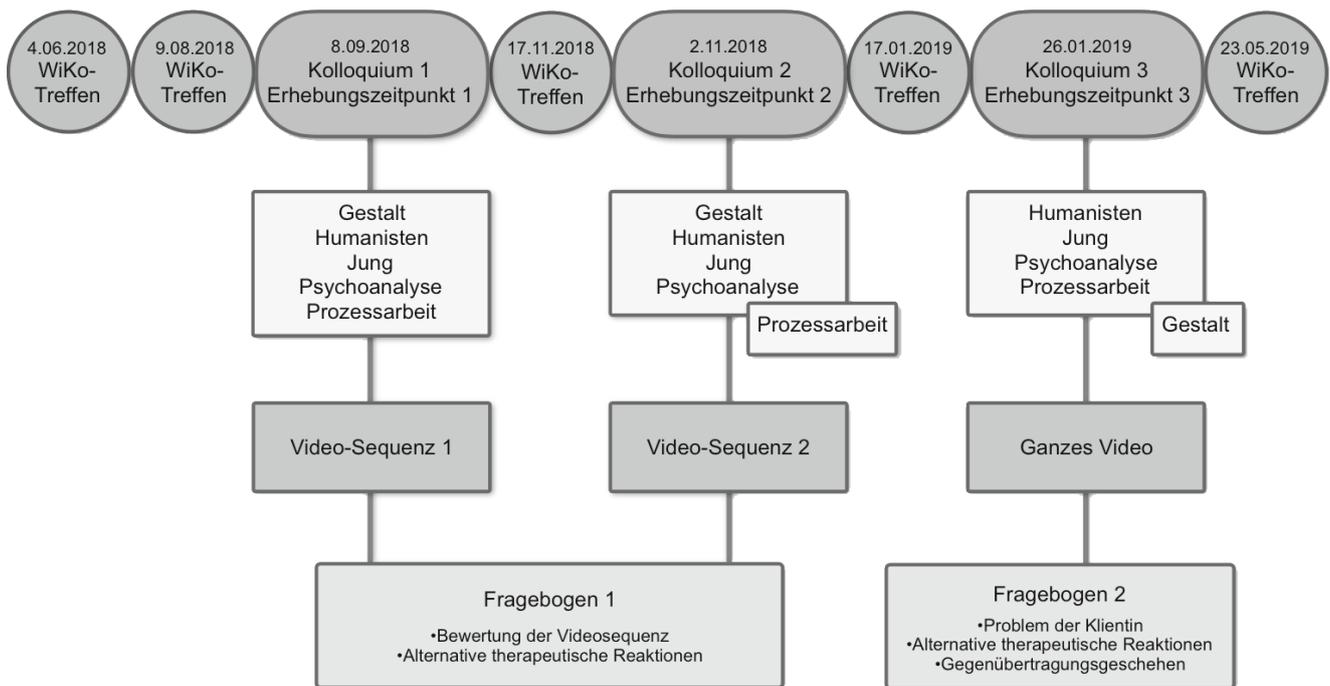


Abb. 1: Übersicht über den AGUST-Projektverlauf

diesem Gebiet aufgezeigt. Beim AGUST-Projekt steht die konkrete psychotherapeutische Intervention, im Sinne der verbalen Reaktion auf die Erzählungen der KlientInnen, im Forschungsinteresse. Die vorliegende Arbeit soll die wissenschaftliche Begleitung des Projektes aufzeigen und möchte damit einen Beitrag zur aktuellen Psychotherapieforschung leisten.

Das AGUST-Projekt

Das AGUST-Projekt entstand durch eine Initiative der vier Mitglieder der Wissenschaftskommission (WiKo) der ASP. AGUST ist das Akronym für: Analyse von Gemeinsamkeiten und Unterschieden von schulspezifischen (Psycho-)Therapieverfahren. Auch fachlich wurde das Projekt von der WiKo begleitet, die bereits die Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (von Wyl et al., 2016) initiierte und begleitete. In dieser Studie wurden unterschiedliche psychotherapeutische Behandlungsmethoden miteinander verglichen. Dazu wurde auch ein Rating-Manual entwickelt, um therapeutische Interventionen objektiv einschätzen zu können: Das *Rating-Manual zur objektiven Einschätzung therapeutischer Interventionen von Psychotherapeuten unterschiedlicher schultheoretischer Konzepte* (PAP-S-RM).

Das AGUST-Projekt bezieht sich auf diese Praxisstudie: Nachdem jedoch in der Praxisstudie die tatsächlichen Interventionen in den Psychotherapiestunden verschiedenen schulspezifischen Interventionen zugeordnet wurden, suchte das AGUST-Projekt nun nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden einerseits in der Theorie und andererseits in der Anwendung unterschiedlicher schultheoreti-

scher Konzepte. Um möglichst gegenständlich auf den psychotherapeutischen Alltag bezogen zu sein, ging das Projekt dabei von konkreten Interventionen aus. Anhand einer auf Video aufgenommenen Therapiestunde diskutierten TherapeutInnen verschiedener Therapieschulen in drei Forschungskolloquien der ASP die Anwendung konkreter psychotherapeutischer Interventionen.

Ambühl & Orlinsky (1997) haben Unterscheidungen hinsichtlich der angestrebten Ziele von PsychotherapeutInnen mit unterschiedlichen Ausrichtungen untersucht. Sie fanden im Vergleich von analytisch-psychodynamischer und humanistischer Orientierung grosse Unterschiede bezüglich der Erklärung der Entstehung und Veränderbarkeit psychischer Störungen und grosse Übereinstimmung bezüglich der Ziele der Behandlung. Das legt den Schluss nahe, dass sich die einzelnen theoretischen Konzepte der TherapeutInnen voneinander abheben, die praktische Vorgehensweise jedoch ähnlich sein könnte.

Im AGUST-Projekt wurden die theoretische und die anwendungsbezogene Perspektive aufgegriffen und die konkrete Intervention innerhalb der psychotherapeutischen Behandlung fokussiert. Dafür wurden drei Treffen innerhalb der Forschungskolloquien der ASP genutzt (Übungs-, Vertiefungs- und Theoriekolloquium). Hier treffen sich quartalsweise die VertreterInnen der verschiedenen Therapieschulen. Für einen Überblick zum gesamten Projektverlauf siehe Abbildung 1. Zur Annäherung an das Vorgehen in der Praxis wurde im AGUST-Projekt die gemeinsame Videoanalyse verwendet. Anhand einer exemplarischen Psychotherapiesitzung konnten die Teilnehmenden Rückschlüsse zu ihrer eigenen therapeutischen Tätigkeit ziehen und durch konkrete Interventionsvorschläge ihr therapeutisches Arbeiten darstellen.

Definition der Begrifflichkeiten

Psychotherapie wird von Strotzka (1969, S. 32) folgendermassen definiert:

«Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und psychischen bzw. psychosomatischen Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation), meist verbal, aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig.»

Diese 50 Jahre alte Umschreibung Strotzkas besitzt immer noch Allgemeingültigkeit und lässt sich auf alle therapeutischen Ausrichtungen anwenden. Er beschreibt darin die interaktionale Prozesshaftigkeit sowie die therapeutische Beziehung, die auch in jüngster Zeit wieder in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses gerückt ist (Strauss & Schauenburg, 2017; Norcross & Lambert, 2018). Im Zusammenhang mit dem kontextuellen Metamodell beschreiben Wampold und Kollegen (2018, S. 86) Psychotherapie als «soziale Heilpraxis, die sich die Gesamtheit der menschlichen Intelligenz zunutze macht.» Die Autoren gehen dabei von der Annahme aus, dass der Mensch als soziales Wesen mit sozialen Mitteln geheilt werden kann.

Psychotherapeutische Interventionen werden als «Massnahme, deren Wirkung auf ein Zielmerkmal untersucht wird» (Wirtz, 2016) beschrieben, als «klinische Strategien» (Goldfried, 1980), «Wirkprinzipien» (Grawe, 2000) oder «Techniken» (WBP, 2008). Diese Begrifflichkeiten beschreiben unterschiedliche Perspektiven und transportieren mitunter unterschiedliche Inhalte. Die Unterscheidung der psychotherapeutischen Interventionen in allgemeine und spezifische Faktoren hat sich in der Forschungswelt dennoch etabliert und wird in der vorliegenden Arbeit weiter aufgegriffen. Pfammatter & Tschacher (2012, S. 69) definieren allgemeine und spezifische Wirkfaktoren folgendermassen:

«Allgemeine Wirkfaktoren: Therapievariablen, die implizit in allen Psychotherapieverfahren auftreten und zu therapeutischen Veränderungen beitragen. Sie sind inhärenter Bestandteil jeglicher Form von Psychotherapie. Sie kommen weder exklusiv nur bei bestimmten Psychotherapiemethoden zum Tragen noch spielen sie in der Behandlung spezifischer psychischer Störungen eine besondere Rolle.

Spezifische Wirkfaktoren: Die in einem bestimmten Psychotherapiekonzept explizit verankerten Therapietechniken. Spezifisch bezieht sich dabei sowohl auf die besondere Bedeutung eines Wirkfaktors für ein bestimm-

tes Psychotherapie- oder Störungsmodell, als auch auf seine explizite theoretische Spezifizierung im Rahmen dieses Therapie- oder Störungskonzepts. Spezifische Wirkfaktoren sind einerseits Standardtechniken der verschiedenen Psychotherapieschulen [...] andererseits fallen darunter auch störungsspezifische psychotherapeutische Vorgehensweisen».

Gleichzeitig werden spezifische Techniken realisiert und ihre Unterscheidung wird dadurch hinfällig. Sie begründen das damit, dass allgemeine Wirkfaktoren ähnliche Muster von Zusammenhängen aufweisen und deshalb mit spezifischen Techniken zusammengefasst werden können. In einem Taxonomieprojekt (Pfammatter & Tschacher, 2016) konnten sie vier Cluster von Zusammenhängen allgemeiner Wirkfaktoren mit spezifischen Techniken nachweisen. Allgemeine Faktoren lassen sich demnach auf die Klassen *kognitive Verarbeitung*, *Problembewältigung*, *emotionale Verarbeitung* und *Beziehungs- und Motivationsaufbau* beziehen.

Eine andere Herangehensweise um das psychotherapeutische Vorgehen innerhalb einer Sitzung zu beschreiben, sind neben den Interventionen die Ziele (*goals*, *targets*, *intentions*), mit deren Hilfe die Interventionen umgesetzt werden sollen. Hill und O'Grady (1985, S. 3) definieren diese Ziele folgendermassen:

«Intentions represent what the therapist wants to accomplish through his or her behaviour within the session. An intention is the cognitive component that mediates the choice of intervention. Intentions refer to why, whereas interventions or techniques refer to what the therapist does.»

Demzufolge dienen die Ziele der TherapeutInnen der Begründung und Auswahl ihrer angewendeten Interventionen. Werden diese Ziele in der Therapie gemeinsam mit KlientInnen festgelegt bzw. besteht ein Konsens über die Ziele, dann trägt dies erwiesenermassen zum Therapieerfolg bei (Norcross & Lambert, 2018). Der Schwerpunkt beim AGUST-Projekt lag jedoch bei der Zielformulierung der TherapeutInnen in Abhängigkeit ihrer jeweiligen theoretischen Ausrichtung.

Herleitung der Forschungsfragen

In der Psychotherapie wird das Gespräch als Heilbehandlung, als *talking cure*, angeboten. Die Interaktions- und Kommunikationsprozesse, die nach Wampold und Kollegen (2018) die sozialen Mittel darstellen, mit denen Menschen geheilt werden können, lassen sich unterschiedlich gestalten. Die einzelnen Ausrichtungen in der Psychotherapie legen dabei unterschiedliche Schwerpunkte. Sie vertreten unterschiedliche Perspektiven, die jeweilige Theorie wird unterschiedlich vermittelt. Das Ausmass der Anwendung des schultheoretischen Wissens muss nicht ausschlaggebend für den Therapieerfolg sein. Betrachtet man die Konzepttreue (*adherence*), also wie

AGUST-Arbeitsgruppen (Anzahl d. Teilnehmenden)	Methode	Organisation
Gestaltpsychotherapie (1 Person)	Gestalttherapie	Schweizer Verein für Gestalttherapie und Integrative Therapie (SVG)
Humanistische Psychotherapie (4–6 Personen) Existenzanalyse Körperpsychotherapie	Existenzanalytische Therapie Integrative Body Psychotherapy Gespräch, Focusing, Körper (GFK)	Gesellschaft für Existenzanalyse Schweiz (GES) Institut für Integrative Body Psychotherapy (IBP) Ausbildungsinstitut Gespräch, Focusing, Körper (GFK)
Jung'sche Psychoanalyse (4–6 Personen)	Analytische Psychologie nach Jung	C. G. Jung-Institut Zürich
Freud'sche Psychoanalyse (5–6 Personen) Daseinsanalyse	Analytische Psychologie nach Freud Daseinsanalyse	Psychoanalytisches Seminar Zürich (PSZ) Schweizerische Gesellschaft für Daseinsanalyse (DaS)
Prozessorientierte Psychotherapie (2–3 Personen)	Prozessorientierte Psychotherapie nach Mindell	Institut für Prozessarbeit (IPA)

Tab. 1: Zusammensetzung der AGUST-Arbeitsgruppen

stark sich PsychotherapeutInnen dem eigenen schultheoretischen Konzept verpflichtet fühlen, dann lässt sich kein signifikanter Einfluss auf das Therapieergebnis erkennen (Tschuschke et al., 2014; Tschuschke, 2016). Im AGUST-Projekt wird davon ausgegangen, dass die Abgrenzung zwischen den einzelnen Therapiekonzepten auf theoretischer Ebene besteht. Konkret sollen folgende Fragestellungen beantwortet werden: Wie – bzw. nicht – unterscheidet sich das konkrete praktische Vorgehen in Psychotherapien in Abhängigkeit der zugrundeliegenden theoretischen Konzepte der einzelnen Schulen? Wo zeigen sich Gemeinsamkeiten und wo zeigen sich Unterschiede in der Beurteilung, bei der Auswahl von Alternativinterventionen und der Gesamtevaluation des Videos durch PsychotherapeutInnen unterschiedlichen schultheoretischen Hintergrundes?

Teilnehmende

An den Forschungskolloquien des AGUST-Projektes bzw. zu den Erhebungszeitpunkten (EZ) nahmen 17 (EZ 1), 19 (EZ 2) und 22 (EZ 3) PsychotherapeutInnen bzw. Mitglieder der ASP teil, darunter auch die Mitglieder der WiKo. Über alle Erhebungszeitpunkte betrachtet haben 14 Frauen und zehn Männer am AGUST-Projekt mitgewirkt.

Zu Beginn des Einführungs- und Übungskolloquiums (EZ 1) wurden folgende Arbeitsgruppen gebildet, die aufgrund ihrer historisch gewachsenen Grundausrichtung eingeteilt wurden: Gestaltpsychotherapie, Humanistische Psychotherapie (mit den Therapierichtungen Existenzanalyse und Körperpsychotherapie) Jung'sche Psychoanalyse, Freud'sche Psychoanalyse und Prozessorientierte Psychotherapie (zur Zusammensetzung s. Tab. 1). Die

Arbeitsgruppe Gestaltpsychotherapie wurde durch einen Teilnehmer vertreten und stellt somit keine Gruppe im eigentlichen Sinne dar. Dadurch, dass im AGUST-Projekt aber möglichst viele unterschiedliche Therapieschulen abgebildet und miteinander verglichen werden sollten, wurde Gestaltpsychotherapie als eigene Arbeitsgruppe behandelt. Zur Beantwortung der Fragestellung wurden 15 ExpertInnen-Gruppendiskussionen geführt, verschriftlicht und ausgewertet. Diese Gruppendiskussion war stellvertretend für ihre jeweiligen Schulen bzw. Institute.

Datengrundlage und Instrumente

Datengrundlage ist die Aufzeichnung der Diskussionen zur Videoanalyse der Arbeitsgruppe aus den Forschungskolloquien; ausserdem deren schriftliche Ergänzungen zwischen den Kolloquien und die erhobenen Aussagen der Schulen ausserhalb der Forschungskolloquien. Die Gruppendiskussionen orientierten sich dabei an zwei Fragebogen, die innerhalb der WiKo für das AGUST-Projekt erstellt wurden.

Fragebogen 1 behandelt im ersten Teil die Bewertung der psychotherapeutischen Intervention aus dem Video, es wird nach den vermuteten Interventionen und Zielen der Therapeutin (Norka Malberg) gefragt. Im zweiten Teil von Fragebogen 1 stehen die möglichen alternativen Reaktionsvorschläge der Arbeitsgruppen im Mittelpunkt. Die Fragen beziehen sich wieder auf Interventionen und Ziele, also darauf, was die ProbandInnen tun würden, wären sie anstelle von Frau Malberg die TherapeutInnen. Dies wird ergänzt durch eine Frage nach der konkreten Intervention, ihrer wörtlichen Formulierung und der Begründung ihres Einsatzes. Abschliessend werden die Arbeitsgruppen gebeten, ihre Alternativvorschläge mit

dem PAP-S-RM (Tschuschke et al., 2014) zu codieren. Zu beachten ist, dass zwei verschiedene Filmsequenzen gezeigt wurden. Zu EZ 1 der Ausschnitt bis Min. 2:57, zu EZ 2 bis Min. 5:23. Die beiden Sequenzen werden nachfolgend vorgestellt.

Fragebogen 2 kam zum dritten Erhebungszeitpunkt, dem Theoriekolloquium, zum Einsatz. Hier wurde der ganze Film visioniert und dazu Stellung genommen, wieder bezüglich Alternativinterventionen und Zielen. Wie würden die einzelnen Schulen in einem solchen APA-Video ihre Konzepte darstellen? Da die vermuteten Probleme der Klientin dies beeinflussen könnten, wurden sie ebenfalls abgefragt. Der zweite Fragebogen wurde ausserdem mit der Thematisierung der Gegenübertragungsgefühle der ProbandInnen gegenüber der Klientin (Karina) ergänzt. Diese könnten ebenfalls eine Rolle spielen für die Auswahl der alternativen therapeutischen Reaktionen der ProbandInnen.

Für die Auswertung wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2016) eingesetzt und unterstützend mit der MAXQDA-Software gearbeitet. Daneben kam das PAP-S-RM zur Anwendung, um die Bewertungen der Interventionen aus dem Video zu erfassen und die konkreten Alternativinterventionen der Arbeitsgruppen zuteilen zu können. Zudem wurden von der Autorin der vorliegenden Arbeit die Abbildungen des schulspezifischen Hintergrundes der Gruppen mittels PAP-S-RM codiert. Die einzelnen Arbeitsgruppen haben ebenfalls mittels PAP-S-RM ihre eigenen Alternativinterventionen eingeteilt. Für ein Fremdrating der Videosequenzen hat sich Frau Koemeda-Lutz (SGBAT) freundlicherweise zur Verfügung gestellt. Sie hat massgeblich bei der Entwicklung des PAP-S-RM beigetragen und damals unter anderem die Schulung der Rater umgesetzt.

Das Video wird von der APA auf ihrer Website als Demonstration der Wirksamkeit der MB-Therapie durch Dr. N. Malberg beschrieben.¹ Bei der Klientin handelt es sich laut APA-Angaben um Karina, eine junge Frau, die mit Ablösungsschwierigkeiten zu tun hat und eine gesunde Beziehung mit ihrer Mutter etablieren möchte. Das Gespräch im Film wurde in Originalsprache gezeigt, amerikanischem Englisch, mit englischen Untertiteln. Den Teilnehmenden und Frau Koemeda-Lutz stand vor dem Start des AGUST-Projektes eine Abschrift der Untertitel zur Verfügung. Vor dem Theoriekolloquium (EZ 3) wurde den Teilnehmenden ausserdem das Video gegeben. Mit welchem schultheoretischen Hintergrund Frau Malberg arbeitet, wurde vor dem Übungskolloquium ausserhalb der WiKo nicht thematisiert. Das Therapiegespräch dauert 41:30 Minuten. Die Begegnung zwischen Klientin und Therapeutin beschränkt sich auf das aufgezeichnete Gespräch, dem ein Telefonat zwischen Therapeutin und Klientin vorausgegangen ist. Weitere Treffen wurden nicht vereinbart. Unter welchen (finanziellen) Bedingungen die Klientin an diesem Therapiegespräch teilnimmt, ist nicht klar.

Sequenz 1 umfasst das Gespräch bis zu Min. 2:57. Darin fragt Frau Malberg Karina: «If your mom was here with us, what do you think she would say about that?

How would she understand it? Would she understand it differently you think?» Auf diesen Ausschnitt im Sinne einer psychotherapeutischen Intervention wird im Fragebogen zum EZ 1 Bezug genommen. Nach Absprache mit Frau Koemeda-Lutz wurde Sequenz 1 mit der PAP-S-RM-Nr. 100 als *zirkuläre Frage* codiert. Zirkuläres Fragen ist der systemisch-orientierten Psychotherapie zuzuordnen und gilt daher als spezifischer Faktor.

Zum EZ 2 wurde Sequenz 2 präsentiert, die mit Frau Malbergs Frage bei Min. 5:23 endet: «So, what – does she let you know when there's disappointment or do you immediately feel it in yourself even when she doesn't let you know?» Hier wurde Nr. 8, *Arbeit am subjektiven Erleben/Empfinden*, mit dem PAP-S-RM codiert. Diese Intervention lässt sich den allgemeinen Wirkfaktoren zuordnen. Den Teilnehmenden wurden beide Fremdratings erst zu EZ 3 mitgeteilt.

Auswertungsmethoden

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde wie bereits erwähnt das PAP-S-RM verwendet, sowie mit der qualitativ orientierten kategoriengeleiteten Textanalyse nach Mayring (2010) gearbeitet. Dafür wurden die Interpretationsregeln zu Paraphrasierung, Generalisierung auf das Abstraktionsniveau und erster und zweiter Reduktion (Mayring, 2015, S. 72) angewendet und wiederholt überprüft.

Die aufgezeichneten Diskussionsbeiträge der Arbeitsgruppen wurden zuerst verschriftlicht und geordnet, das heisst, die Aussagen, die teilweise von der Fragebogenreihenfolge abwichen oder sich überschneiden, wurden den Kategorien aus dem Fragebogen zugeordnet. Für Fragebogen 1 waren das: Intervention, konkrete Intervention, Ziel und Begründung. Mit Fragebogen 2 ist gleich verfahren worden. Hier wurden die Kategorien: Probleme der Klientin, schulspezifische Interventionen und Ziele sowie Gegenübertragungsgeschehen übernommen. Die den Kategorien zugeordneten Texte wurden den Arbeitsgruppen zum Gegenlesen zugestellt und Berichtigungen ihrerseits aufgenommen. Es folgten der Durchgang der Paraphrasierung, Generalisierung und darauf die Reduktion der Texte.

Die induktive Kategorienbildung wurde vereinfacht durch die Anwendung der Klassen (*Cluster*) allgemeiner Wirkfaktoren von Pfammatter & Tschacher (2016) als induktive Kategorie innerhalb des abschliessenden Durchgangs des Datenmaterials. Sie liessen sich auf alle Fragebogenkategorien zu den Interventionen und Zielen übertragen und waren hilfreich für den Überblick über die vorliegende Datenmenge.

Für die Kategorie der Begründung der alternativen Intervention wurden die Cluster ausserdem in Zusammenhang gebracht mit den von Pfammatter & Tschacher (2012, S. 71) recherchierten allgemeinen Wirkfaktoren. Nach einer ersten Auswertung der Begründung zu den möglichen alternativen Reaktionen haben sich verschiedene Schwerpunkte bzw. induktive Kategorien gezeigt. Diese zeigten Ähnlichkeiten mit den Clustern von Pfam-

1 <https://www.apa.org/pubs/videos/4310961> (20.05.2019).

AGUST-Gruppe	Videosequenz 1	Videosequenz 2
Gestaltpsychotherapie	Verbindung zur Klientin kriegen, eine Beziehung schaffen	Klärung, ob Enttäuschung ein Introjekt der Klientin ist
Humanistische Psychotherapie	Fördern der Perspektivenübernahme und ein Perspektivenwechsel; Erweitern der Weltsicht der Klientin	Differenzierung zwischen subjektivem Erleben der Patientin und dem was objektiv geschieht
Jung'sche Psychoanalyse	Ganzheitliche Objektwahrnehmung; Mentalisierung	Herausfinden, ob die Patientin mentale Vorgänge in sich selbst, in der Mutter reflektieren kann, auf das hört was die Mutter sagt, sich etwas einbildet
Prozessorientierte Psychotherapie	(keine Angaben)	Weitere Exploration des Problems; Klärung ob Problem intra- oder interpersonal bearbeitet werden soll: Klientin soll zum Perspektivenwechsel angeregt werden, Ereignis soll nicht aus eigener Sicht, sondern aus Perspektive der Mutter Beschrieben werden
Freud'sche Psychoanalyse	Perspektivenwechsel; längerfristig Verständnis für Mutter und Andere fördern; Diagnostik zur Mentalisierung	Welche Bilder werden bei Klientin bzgl. Enttäuschung aktiviert? Überprüfung: Liegt die Enttäuschung eher bei der Klientin oder der Mutter?

Tab. 2: Bewertung der beobachteten Interventionen: Vermutete Ziele zu Videosequenz 1 und 2 (Anmerkungen: Videosequenz 1 wurde zu EZ 1 gezeigt, Videosequenz 2 zu EZ 2.)

matter & Tschacher (2016). In einem zweiten Durchgang wurden die Begründungen der Arbeitsgruppen mit der Beschreibung allgemeiner Wirkfaktoren aus der Literatur (Pfammatter & Tschacher, 2012) mittels MAXQDA zugeordnet und anschliessend den übergeordneten Klassen kognitive Verarbeitung, Problembewältigung, emotionale Verarbeitung und Beziehung- und Motivationsaufbau zugeteilt.

Bei der Analyse der Bewertung der psychotherapeutischen Intervention aus dem Video ist aufgefallen, dass nicht alle Interventionen durch das PAP-S-RM abgebildet scheinen. Jede Gruppe nahm eine Beschreibung zur Mentalisierungsfähigkeit der Klientin vor. Nach Rücksprache mit Frau Koemeda-Lutz und durch die Diskussionsbeiträge am Theoriekolloquium zeigte sich, dass die Schnittstelle zwischen emotionalem Erleben und kognitiver Verarbeitung, die die Mentalisierungsbasierte Therapie auszeichnet, im Manual (noch) nicht abgebildet ist. Sie wurde als neue Kategorie unter dem Titel Selbstreflexivität/Mentalisierung erstellt. Pfammatter & Tschacher (2012) benutzen diese Begrifflichkeit als eine Kategorie der allgemeinen Faktoren. Nach Aussage der Teilnehmenden wird sie von ihnen vor allem für diagnostische Zwecke verstanden. Während allen Forschungskolloquien, bei den Fragen nach der Bewertung, aber auch bei den alternativen Interventionen wurde das Setting von den Gruppen angesprochen. Daher wurde Setting ebenfalls als ergänzende Kategorie ausserhalb des PAP-S-RM aufgenommen.

Ergebnisse

Im ersten Teil von Fragebogen 1 wird nach den vermuteten Zielen der Therapeutin aus dem Video gefragt. Die von

den einzelnen Gruppen formulierten Ziele zur Videosequenz 1 reichten von Beziehungsaufbau bis zu Diagnostik. Zur Videosequenz 2 wurde neben diagnostischen Frageklärungen vermutet, dass es das Ziel der Therapeutin ist, zwischen der Wahrnehmung der Klientin und der Mutter zu unterscheiden (vgl. Tab. 2). Die Arbeitsgruppe Prozessorientierte Psychotherapie hatte bei der ersten Sequenz ein Übertragungsgeschehen identifiziert, dem kein Ziel zuordenbar war.

Im zweiten Teil von Fragebogen 1 wurden die Arbeitsgruppen zu ihren alternativen Reaktionen anstelle derjenigen der Therapeutin befragt, also welche Interventionen sie mit welchem Ziel einsetzen würden. Auch hier geschah die PAP-S-RM-Zuordnung durch die Autorin der vorliegenden Arbeit. Für die Videosequenz 1 zielen die Interventionen der Gruppen unter anderem darauf ab, die Informationssammlung zu vertiefen, das affektive (und damit verbundene körperliche) Erleben sowie die Mentalisierung und Reflexionsfähigkeit der Klientin besser kennenzulernen. Die dazu vorgeschlagenen Interventionen dienen dementsprechend dazu, die emotionale und kognitive Verarbeitung der Klientin zu unterstützen. Für Videosequenz 2 wurden Interventionen mit den Zielen der weiteren Klärung auf emotionaler und kognitiver Ebene vorgeschlagen und auf die Bereiche Problembewältigung und Beziehungs- und Motivationsaufbau ausgeweitet.

Die konkreten Interventionen der Gruppen, die sie anstelle der Therapeutin bei der Klientin anwenden würden, wurden abermals mittels PAP-S-RM von der Autorin der vorliegenden Arbeit zugeordnet (vgl. Tab. 3). Hier zeigte sich, dass die Formulierungen der Gruppen zu einem grossen Teil den allgemeinen Faktoren zugeordnet werden konnten. Ihnen folgen die schulspezifischen Faktoren und

AGUST-Gruppe	Allgemeine Faktoren		Schulspezifische Faktoren		Spezifische Faktoren		Andere	
	EZ 1	EZ 2	EZ 1	EZ 2	EZ 1	EZ 2	EZ 1	EZ 2
Gestaltpsychotherapie	0	3	4	3	0	0	0	0
Humanistische Psychotherapie	1	4	2	1	1	0	1	3
Jung'sche Psychoanalyse	1	2	0	2	0	2	0	0
Prozessorientierte Psychotherapie	3	1	0	0	1	1	0	0
Freud'sche Psychoanalyse	1	4	2	0	0	0	0	0
Summe	6	13	8	6	2	3	1	3

Tab. 3: Konkrete alternative Reaktionen: PAP-S-RM-Zuordnung über EZ 1 und 2

mit Abstand die spezifischen Faktoren. Betrachtet man die Anzahl der allgemeinen Faktoren (20) vergleichend mit schulspezifischen und spezifischen Faktoren (14+5) ergibt sich eine fast gleichmässige Verteilung der konkreten Interventionen.

In Tabelle 4 sind die PAP-S-RM-Zuordnungen der konkreten Interventionsvorschläge im Detail zu sehen. Zu Klarifizieren (Nr. 55) als sowohl allgemeiner als auch schulspezifischer Faktor wurden von jeder Gruppe Formulierungen erarbeitet, zu Arbeit am subjektiven Empfinden (Nr. 8) die meisten Alternativinterventionen erstellt, auch wenn diese Kategorie nicht von allen Gruppen verwendet wurde. Andere Aussagen, die nicht mit dem Manual eingeordnet werden konnten, waren Schweigen als Intervention und Selbstreflexivität/Mentalisierung.

Im Anschluss an den Vorschlag der konkreten Interventionen wurden die teilnehmenden Gruppen darum gebeten, die Auswahl ihrer Alternativintervention zu begründen. Als Ordnungssystem für diese Begründungen haben sich die Klassen allgemeiner Wirkfaktoren (Pfammatter & Tschacher, 2016) angeboten, die die Forschenden 2012 zusammengestellt haben. Die Verwendung über beide Forschungskolloquien ist anhand Abbildung 2, die Verwendung innerhalb der Arbeitsgruppen anhand Abbildung 3 zu sehen.

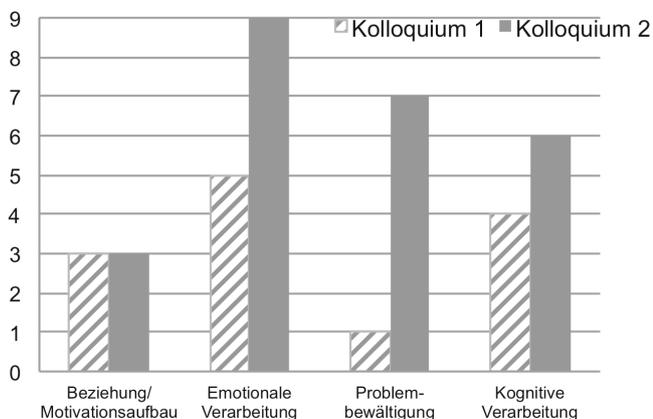


Abb. 2: Alternative Interventionen: Cluster-Zuordnung der Begründungen (nach Pfammatter & Tschacher, 2016; über EZ 1 und 2)

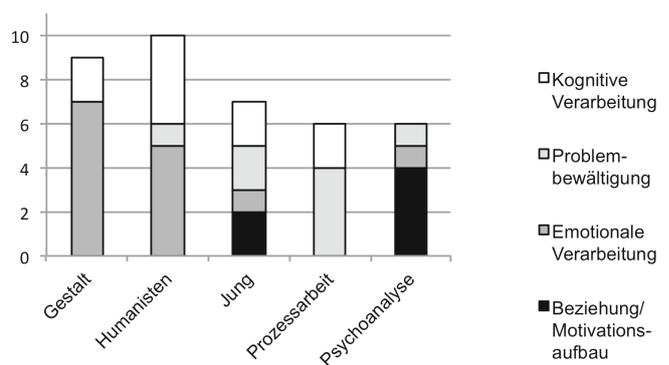


Abb. 3: Alternative Interventionen: Cluster-Zuordnung der Begründungen (nach Pfammatter & Tschacher, 2016)

Damit konnte das Cluster Emotionale Verarbeitung mit 37% am häufigsten zur Begründung der alternativen Interventionen verwendet werden. Es beinhaltet die zugeordneten Wirkfaktoren *Affektregulation*, *Korrektive emotionale Erfahrung* und *Affektives Erleben*. Das Cluster Kognitive Verarbeitung liegt an zweiter Stelle mit 26% Anteil an den Begründungen der Gruppen und umfasst die Wirkfaktoren *Klärung und Einsicht*, *Neue Narration des Selbst* (zu gleichen Teilen) und *Mentalisierung und Selbstreflexivität*. Problembewältigung wurde im Vergleich für 21% aller Begründungen der alternativen Interventionen zugeordnet. Diesem Cluster gehören die Faktoren *Problemaktualisierung*, *Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung*, *Ressourcenaktivierung* und *Erklärungssystem* an. Das Cluster Beziehung/Motivationsaufbau wurde für 16% der Angaben verwendet und kommt bei den psychoanalytischen Gruppen zum Zuge. Sie begründeten insgesamt sechs ihrer alternativen Reaktionen damit. Die Untergruppen dieses Clusters sind *Abschwächung sozialer Isolation* und *Therapiebeziehung*.

Zum dritten Kolloquium, dem Theoriekolloquium, wurden die Teilnehmenden des AGUST-Projekts zum ganzen Film befragt. Dafür kam Fragebogen 2 zum Einsatz mit den Schwerpunkten: Probleme der Klientin, Abbildung des schulspezifischen Hintergrundes und Gegenübertragungsgeschehen, die im Folgenden vorgestellt

AGUST-Arbeitsgruppe	Gestaltpsychotherapie		Humanistische Psychotherapie		Jung'sche Psychoanalyse		Prozessorientierte Psychotherapie		Freud'sche Psychoanalyse		S
	EZ		EZ		EZ		EZ		EZ		
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
nicht im PAP-S-RM abgebildet											
Selbstreflexivität/Mentalisierung				3							3
Schweigen			1								1

Allgemeine Faktoren

8	Arbeit am subj. Erleben/ Empfinden			1	2	1	2			1	1	8
19	Aufmerksamkeitslenkung auf akt. Emotionen/Gefühle										1	1
31	Empathie		2					2				4
55	Klarifizieren		1	2					1	1		5
88	Therapiekontakt/therap. Beziehung										2	2

Spezifische Faktoren

21	Bearbeitung von Verhaltens- mustern/Überzeugungen						1					1
38	Fragen zu Möglichkeits- konstruktionen			1								1
56	Körperebene bewusst machen						1		1			2
76	Rollenspiel-Initiierung								1			1

Schulspezifische Faktoren

19	Aufmerksamkeitslenkung auf akt. Emotionen/Gefühle	2	1									3
49	Identifikationsaufforderung	1										1
55	Klarifizieren						2			2		4
56	Körperebene bewusst machen		1	1	1							3
57	körperliche Impulse fokussieren			1								1
76	Rollenspiel-Initiierung	1	1									2
Summe		4	6	5	8	1	6	2	3	4	4	43

Tab. 4: Konkrete alternative Reaktionen: Detaillierte Verteilung der PAP-S-RM-Zuordnung über EZ 1 und 2

werden. Die von den einzelnen Gruppen vermuteten Problembereiche der Klientin umfassen: Ablösungsprobleme, Angst und Einsamkeit sowie Selbstwertprobleme im weitesten Sinne.

Die Interventionen der Arbeitsgruppen, mit denen sie ihre schultheoretischen Konzepte abbilden möchten, konnten gleichermassen den schulspezifischen Faktoren wie den allgemeinen Faktoren zugeordnet werden (s. Tab. 5). Ausnahmen bildeten dabei jeweils ein spezifischer Interventionsvorschlag der Gruppen Prozessorien-

tierte Psychotherapie (*bedingungsfreie positive Beachtung*) und Freud'sche Psychoanalyse (*positive Verstärkung*). Nicht alle von den ProbandInnen vorgeschlagenen Interventionen konnten codiert werden. Elf der 38 Interventionsabbildungen konnten nicht mittels PAP-S-RM zugeordnet werden (beispielsweise: Thema nicht vorgeben, Mentalisierung, Schwerpunkt setzen, Platz lassen, Schweigen), was alle Arbeitsgruppen betraf.

Nachfolgend werden die Ergebnisse der qualitativen Auswertung zu den jeweiligen Arbeitsgruppen zusam-

AGUST-Gruppe	Allgemeine Faktoren	Schulspezifische Faktoren	Spezifische Faktoren
	EZ 3	EZ 3	EZ 3
Gestaltpsychotherapie	2	3	0
Humanistische Psychotherapie	3	3	0
Jung'sche Psychoanalyse	2	2	0
Prozessorientierte Psychotherapie	0	1	1
Freud'sche Psychoanalyse	5	3	1
Summe	12	12	2

Tab. 5: Abbildung des schulspezifischen Therapieintergrundes: PAP-S-RM-Zuordnung

mengfasst. In der Gestaltpsychotherapie ist ein wichtiger Grundsatz auf Interventionsebene, davon auszugehen, dass das zu bearbeitende Thema auftaucht, wenn es bearbeitet werden will. Das Ziel für Karina sieht der Vertreter der Gestaltpsychotherapie unter anderem darin, ihre Bedürfnisse und Emotionen gegenüber der Umgebung auszudrücken. In der Arbeitsgruppe Humanistische Psychotherapie können die Untergruppen Gespräch, Focusing, Körper (GFK) und Existenzanalyse (EA) voneinander unterschieden werden. Während die VertreterInnen des Ausbildungsinstituts GFK einen Mini-Focusing-Prozess abbilden möchten, sehen die ExistenzanalytikerInnen die emotionale Auseinandersetzung und deren Verankerung bei der Klientin als Ziel. Das verfolgen sie mit verschiedenen Angeboten, wie zum Beispiel durch Stellungnahme (EA) oder Herstellung des Körperbezuges (GFK). Nicht gelebte Anteile ins Leben treten lassen – das zielt die Arbeitsgruppe Jung'sche Psychoanalyse an und bildet unter anderem damit ihr schultheoretisches Konzept ab. Dafür würden sie Interventionen anbieten, die die Gefühlswelt beleuchten und die Mentalisierung unterstützen. Die Arbeitsgruppe Prozessorientierte Psychotherapie wählte zur Abbildung ihres schulspezifischen Zieles die bewusstere Erfahrung von identitätsfernen Persönlichkeitsanteilen. Dieses Ziel erreichen sie unter anderem mit dem Erlebbar-machen von Selbstermächtigung, Bewegung und Rollenspielen. Wollten die Vertreter der Freud'schen Psychoanalyse ihr schultheoretisches Konzept darstellen, dann wäre ein Ziel, der Klientin eine alternative Erfahrung anzubieten, indem sie sich verstanden fühlt. Dafür würden sie unter anderem die Klientin darin unterstützen, Platz einzunehmen, und versuchen, sie zu entlasten.

Es wurden unterschiedliche Gegenübertragungsgefühle von den Gruppen beschrieben, mit Überschneidungen. Die Gruppe Gestaltpsychotherapie hatte Mitleid mit der Klientin und sieht sie nicht abgeholt in der Anerkennung die sie braucht. Die Gruppe der Humanistische Psychotherapie beschrieb ihren Eindruck von der exemplarischen Therapiestunde im Video für die Klientin als Reinszenierung dessen, was sie mit der Mutter erlebt. Teilweise war auch Ärger über die Anpassung der Patientin spürbar. Die Gruppe Jung'sche Psychoanalyse formulierte das Gegenübertragungsgeschehen als der Klientin zugewandt, parteiisch. Für sie entstanden Gefühle wie Einen-Schutzraum-geben-wollen.

In der interessiert zugewandten, bestätigenden und fördernden Elternrolle sahen sich die Mitglieder der Prozessorientierten Psychotherapie der Klientin gegenüber. Die Gruppe Freud'sche Psychoanalyse beschrieb den Wechsel zwischen konkordanter und komplementärer Gegenübertragung. Der Klientin gegenüber äusserten sie sehr viel Mitgefühl bis hin zu Mitleid, aber auch ein Gefühl von Langeweile, da sie wenig Emotionalität ins Gespräch einbringt.

Diskussion

Das AGUST-Projekt der ASP sollte die Frage klären, welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Rahmen einer Videoanalyse PsychotherapeutInnen verschiedener schultheoretischer Ausrichtung bei der Beurteilung einer (fremden) Therapiesitzung und bei der Auswahl (eigener) Alternativinterventionen haben. Gemeinsamkeiten zeigten sich bei der Bewertung des Videos, das mentalisierungsbasierte Vorgehen wurde von allen Arbeitsgruppen identifiziert, auch wenn die Mentalisierungsbasierte Therapie den meisten nicht bekannt war. Auch bzgl. der alternativen Interventionsvorschläge gab es Gemeinsamkeiten: Es wurden vor allem Interventionen zur Unterstützung der emotionalen und kognitiven Verarbeitung verwendet. Die alternativen Ziele lassen sich zusammenfassen unter der Einnahme sowohl einer Klärungs- als auch Bewältigungsperspektive der PsychotherapeutInnen im Falle von der Klientin des Videos. Bei der Zuordnung mittels PAP-S-RM wurde gruppenübergreifend das Klarifizieren genannt.

Bei den Begründungen der jeweiligen Alternativinterventionen wurde vor allem die Unterstützung der emotionalen und kognitiven Verarbeitung angegeben, gefolgt von Problembewältigung. Die Begründungen scheinen unter diesen Aspekten schultypisch verlaufen zu sein. Bei der Problembeschreibungen zur Klientin gab es Gemeinsamkeiten und Unterschiede, zum Teil überschritten sich die Inhalte, sprachlich waren die einzelnen Ausrichtungen jedoch unterscheidbar. Auch zur Abbildung der eigenen Orientierung fanden sich schultypische Formulierungen. Mittels PAP-S-RM waren jedoch auch Unterschiede erkennbar: Von allen Gruppen wurden auch unspezifische Interventionen gewählt, die also keine schulspezifischen Techniken enthalten und allgemein

wirksam sind. Die Kombination bzw. das Zusammenspiel allgemeiner und schulspezifischer bzw. spezifischer Faktoren schien für die Arbeitsgruppen am Geeignetsten, um ihre therapeutischen Ziele bei Karina zu erreichen

Im AGUST-Projekt zeigen sich bei der Befragung von VertreterInnen verschiedener schultheoretischer Konzepte sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschieden bei der Bewertung einer exemplarischen Therapiestunde sowie der Erstellung von Alternativinterventionen. Die Erklärungssysteme der einzelnen schultheoretischen Ausrichtungen unterscheiden sich vor allem in den sprachlichen Formulierungen, auf konkreter Anwendungsebene wählten die Arbeitsgruppen ähnliche Vorgehensweisen. Deutlich wurde, dass die Teilnehmenden allgemein wirksame Interventionen genauso einsetzen wie schulspezifische und spezifisch wirksame Interventionen, um ihre therapeutischen Ziele zu erreichen. Das bestätigt, dass in psychotherapeutischen Behandlungen nicht nur schultheoretisches Wissen angewendet wird, sondern gleichzeitig auch allgemeine, die Interaktions- und Kommunikationsprozesse fördernde Strategien gewählt werden.

Literatur

- Ambühl, H. & Orlinsky, D. (1997). Zum Einfluss der theoretischen Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis. *Psychotherapeut*, 5, 290–298.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991–999. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.11.991>
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hill, C. E. & O'Grady K. E. (1985). List of therapist intentions illustrated in a case study and with therapists of varying theoretical orientations. *Journal of Counseling Psychology*, 32(1), 3–22.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 601–613). Wiesbaden: Springer.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that works III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Pfammatter, M. & Tschacher, W. (2012). Wirkfaktoren in der Psychotherapie – eine Übersicht und Standortbestimmung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 60(1), 67–76. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000099>
- Pfammatter, M. & Tschacher, W. (2016). Klassen allgemeiner Wirkfaktoren der Psychotherapie und ihr Zusammenhang mit Therapietechniken. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 45(1), 1–13. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000331>
- Strauss, B. & Schauenburg, H. (Hrsg.). (2017). *Bindung in Psychologie und Medizin. Grundlagen, Klinik und Forschung – Ein Handbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Strotzka, H. (1969). *Psychotherapie und soziale Sicherheit*. Bern: Huber.
- Tschuschke, V., Koemeda-Lutz, M. & Schlegel, M. (2014). *PAP-S-Rating-Manual. Rating Manual zur objektiven Einschätzung therapeutischer Interventionen von Psychotherapeuten unterschiedlicher schultheoretischer Konzepte*. Zürich: Schweizer Charta für Psychotherapie. <http://psychotherapiecharta.ch.socrates.ch-meta.net/charta/downloads/Neueste%20Downloads/Neue%20Downloads/rating-manual-paps-web.pdf>
- Tschuschke, V. (2016). Therapeutische Interventionstechniken: Zur Bedeutung der Konzepttreue in der Psychotherapie. In A. v. Wyl, V. Tschuschke, A. Cramer, M. Koemeda-Lutz & P. Schulthess (Hrsg.), *Was wirkt in der Psychotherapie?* (S. 75–85). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- v. Wyl, A., Tschuschke, V., Cramer, A., Koemeda-Lutz, M. & Schulthess, P. (Hrsg.). (2016). *Was wirkt in der Psychotherapie? Ergebnisse der Praxisstudie ambulante Psychotherapie zu 10 unterschiedlichen Verfahren*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Wampold, B. E., Imel Z. E. & Flückiger C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht*. Bern: Hogrefe.
- Wirtz, M. A. (2016). Forschungsmethoden und Evaluation. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. <https://portal.hogrefe.com/dorsch/intervention>
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie [WBP] (2008). *Glossar zu wiederkehrenden Begriffen im Zusammenhang mit den Stellungnahmen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie*. <http://www.wbpsychotherapie.de/stellungnahmen/sonstige-stellungnahmen-und-veroeffentlichungen/glossar>

The AGUST-Project. Analysis of similarities and differences in school-specific psychotherapy methods

Abstract: The science commission of the Association of Swiss Psychotherapists (ASP) initiated the AGUST-Project to figure out commonalities and differences at the application of psychotherapeutic interventions. 24 representatives of eight therapy schools analysed in five working groups an APA video of a therapeutic session and answered questions to their own practice. Between September 2018 and January 2019 three science colloquium took place. On the example of the client of the video, the engaged therapists rated the shown interventions as they formulated alternative suggestions for interventions and goals in line of their therapy schools and explained their rationale for that. In the center of the research was the concrete approach of the particular school. The analysis shows commonalities and differences between the single psychotherapeutic orientations. In the video rating, in the suggestions of alternative interventions and their classification by the PAP-S-Rating-Manual the working groups showed less differences as for the rationale of their alternative interventions, the description of the client problems and terms they used to illustrate their specific background.

Keywords: psychotherapy research, psychotherapeutic interventions, efficacy factors, theoretical orientation

Il progetto AGUST. Analisi di somiglianze e differenze delle procedure di psicoterapia specifiche della scuola.

Riassunto: La Commissione scientifica della Charta svizzera per la psicoterapia (WiKo), un organo dell'Associazione degli psicoterapeuti svizzeri (ASP), ha implementato con AGUST il progetto per studiare i punti in comune e le differenze nell'uso degli interventi di psicoterapia. Con questo scopo, sono stati intervistati ventiquattro rappresentanti di otto diverse scuole di psicoterapia su un video didattico APA. In tre colloqui di ricerca, che si sono svolti tra settembre 2018 e gennaio 2019, essi hanno valutato il video in gruppi di lavoro. Utilizzando l'esempio della paziente del video, nei gruppi sono stati anche elaborati suggerimenti di intervento psicoterapeutico alternativo e obiettivi terapeutici e sono state raccolte le relative motivazioni. Il punto focale dell'interesse della ricerca era l'approccio concreto delle

singole scuole. Vi erano somiglianze e differenze tra i singoli gruppi di lavoro. Nel valutare il video, le proposte di reazione alternative e la loro associazione con il manuale di valutazione PAP-S, i gruppi differivano di meno rispetto alla motivazione degli interventi alternativi, alla loro descrizione dei problemi della paziente del video e alla terminologia per l'illustrazione del loro background specifico della scuola.

Voci: ricerca in psicoterapia, interventi psicoterapeutici, fattori, scuole di psicoterapia

Die AutorInnen

Cornelia Stegmann studiert an der ZHAW, Departement Angewandte Psychologie.

Prof. Dr. *Rosmarie Barwinski*, MSc *Katrin Hartmann*, Dr. *Mario Schlegel* und Prof. Dr. *Agnes von Wyl* sind Mitglieder der WiKo der ASP.

Kontakt

E-Mail: cornelia.stegmann@icloud.com

Le projet AGUST

Analyse des convergences et des divergences entre des procédés psychothérapeutiques spécifiques à des écoles

Cornelia Stegmann, Rosmarie Barwinski, Katrin Hartmann, Mario Schlegel & Agnes von Wyl

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (2) 85–86 2019

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2-85>

Mots clés : recherche en psychothérapie, interventions psychothérapeutiques, facteurs efficaces, écoles de psychothérapie

De quelle manière est-ce que la procédure pratique concrète appliquée dans les psychothérapies se différencie – ou non – en fonction des concepts théoriques sous-jacents des différentes orientations théoriques des écoles ? Cette question a été explorée dans le projet AGUST qui s'est déroulé dans le cadre des colloques de recherche de l'ASP. AGUST est l'acronyme allemand : analyse des convergences et des divergences de procédés (psycho)thérapeutiques spécifiques à des écoles. Le projet a été initié et accompagné techniquement par la commission scientifique (WiKo) de l'ASP.

Entre septembre 2018 et janvier 2019, 24 psychothérapeutes ont analysé ensemble une vidéo de l'APA sur la toile de fond de différents contextes théoriques d'écoles. La vidéo montre la mise en œuvre par Norka Malberg de la thérapie basée sur la mentalisation d'après Fonagy au sein d'une séance présentant le cas d'une jeune femme confrontée à des difficultés de détachement décrites et souhaitant nouer une relation saine avec sa mère. Les participants répartis dans cinq groupes de travail (gestalt-psychothérapie, psychothérapie humaniste, psychanalyse de Jung, psychanalyse de Freud et psychothérapie orientée processus) ont, après l'évaluation des interventions dans la vidéo, été questionnés et priés de formuler des interventions psychothérapeutiques et des objectifs alternatifs et se sont vu demander de motiver la mise en œuvre de leurs interventions sur la base des fondamentaux théoriques de leur école.

L'objet fondamental de la réflexion analytique était constitué par l'intervention concrète au sens d'une réaction linguistique des thérapeutes. Deux séquences filmées de la vidéo ont été montrées à cet effet (colloque d'introduction et d'approfondissement), et la totalité du film a été visionnée au troisième temps de relevé (colloque consacré aux théories). Les composantes supposées du problème de la cliente et le déroulement du contre-transfert d'après la vidéo ont en outre fait l'objet d'un questionnement sur la totalité du film. Les participants ont ensuite été priés d'exposer les fondamentaux spécifiques de leur école d'après l'exemple de la cliente de la vidéo. Les participants ont traité les questions pendant les colloques et parfois entre les colloques. Ils ont,

dans le cadre de présentations plénières, présenté leurs résultats qui ont été transcrits et ont pu être repris par écrit pour des compléments apportés par les groupes. Les indications ont été analysées au moyen d'une analyse qualitative de contenu et du manuel PAP-S-Rating. Ceci a permis de répartir les propositions d'intervention selon des facteurs efficaces généraux, spécifiques et spécifiques à des écoles et de comparer les concepts théoriques des écoles entre eux.

Les personnes interrogées ont identifié dans les deux séquences vidéo la méthode de psychothérapie basée sur la mentalisation appliquée dans les deux séquences vidéo APA et ont considéré que l'accent était mis sur la clarification (clarifier, questionner). Pour leurs propositions d'interventions alternatives ont été choisies des réactions thérapeutiques qui soutiennent le traitement émotionnel et cognitif de la cliente. Ce sont essentiellement des facteurs spécifiques et spécifiques à des écoles qui ont été choisis par les participants eux-mêmes. Les objectifs thérapeutiques alternatifs proposés permettent de reconnaître à la fois la perspective de clarification et la perspective de maîtrise des participants. Les interventions alternatives concrètes ont compris à la fois des interventions à la fois générales, spécifiques et spécifiques à des écoles, comme cela a pu être reconnu grâce à l'attribution PAP-S-R-M.

Les groupes de travail ont surtout justifié la mise en œuvre de leurs interventions psychothérapeutiques alternatives par l'intention de soutenir le traitement émotionnel de la cliente (37 %). En deuxième position venait le traitement cognitif (26 %), suivi des efforts visant à stimuler la capacité à surmonter le problème (21 %). Le renforcement de la relation et de la motivation (16 %) occupait la quatrième place des justifications des groupes par rapport au choix de leurs interventions alternatives.

Les composantes supposées du problème de la cliente comprenaient des problèmes de détachement, la peur et la solitude ainsi que des problèmes d'estime de soi au sens le plus large du terme. Les groupes de travail ont ici mis l'accent sur des points différents. Un résultat intéressant a pu être souligné à propos de l'illustration du contexte propre spécifique à l'école. Les participants ont été priés de formuler des interventions permettant de visualiser le

concept théorique de leur école au moyen d'une vidéo APA. Les participants ont aussi indiqué des facteurs à la fois généraux, spécifiques et spécifiques à des écoles pour illustrer l'arrière-plan théorique spécifique à leur école. Ce résultat montre à nouveau que les psychothérapeutes recourent à des interventions transcendant plusieurs écoles pour pouvoir atteindre leurs objectifs thérapeutiques.

Le projet AGUST a permis de se faire une impression sur la répartition des facteurs efficaces sur différentes orientations théoriques d'école. Le PAP-S-Rating utilisé a pu être vérifié du point de vue de son actualité et être utilisé en tant qu'instrument adapté pour l'analyse vidéo. L'échange collégial qui a accompagné le projet AGUST au plan scientifique semble en outre parfaitement convenir

pour discuter les convergences et les divergences entre différents concepts théoriques d'école, et pourrait continuer à être utilisé à l'avenir à cet effet.

Les auteures et auteurs

Cornelia Stegmann étudie à la ZHAW, département psychologie appliquée.

Le Prof. Dr. *Rosmarie Barwinski*, la MSc *Katrin Hartmann*, le Dr. *Mario Schlegel* et le Prof. Dr. *Agnes von Wyl* sont membres de la WiKo de l'ASP.

Contact

E-Mail : cornelia.stegmann@icloud.com

Reflexionen zur Passung zwischen Praxis und Forschung

Maria Teresa Diez Grieser

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (2) 87–91 2019

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2-87>

Zusammenfassung: Der Beitrag thematisiert die unterschiedlichen Perspektiven und Bedürfnisse von Forschung und Praxis. Der Austausch zwischen den beiden Systemen wird durch verschiedene Barrieren zusätzlich erschwert. Folgen dieser mangelnden Passung sind auf der einen Seite eine verzögerte und häufig inkohärente Rezeption der Forschungsergebnisse durch die Praxis. Auf der anderen Seite verpasst die Forschung aufgrund ihres Top-down-Vorgehens die Möglichkeit, Praxiswissen im Rahmen zirkulärer Prozesse einzubauen, die zu praxisrelevanten und innovativen Ergebnissen führen könnten. Anhand der Ergebnisse zur desorganisierten Bindungsforschung und zu Umfeldfaktoren bei Traumafolgestörungen werden einzelne Probleme illustriert.

Schlüsselwörter: Forschung-Praxis-Unterschiede, Rezeption von Forschungsergebnissen, desorganisierte Bindung, Umfeldfaktoren

Praxis und Theorie sind zwei Begriffe, in deren Verhältnis zueinander häufig ein Widerspruch vermutet wird, obwohl sie tatsächlich in einem rationalen Verhältnis zueinander stehen.

Forschung und Praxis haben unterschiedliche Referenzsysteme, was ihren Austausch und ihre Kooperation negativ beeinflussen kann. Dieses als *science-practice gap* bekannte Phänomen führt dazu, dass Forschungsergebnisse zeitlich verzögert oder nur teilweise in der Praxis Eingang finden. Gründe dafür sind auf der einen Seite das geringe Interesse von Forschenden an Praxiswissen, was zu Top-down-Forschungsergebnissen führt, die von den Praktizierenden in Bezug auf ihre Praxisrelevanz kritisch betrachtet werden (Bohus, 2015). Auf der anderen Seite ist der Umgang der Praxis mit relevanten Forschungsergebnissen häufig inkohärent. Dies ist teilweise durch identifizierbare Barrieren bedingt, die durch einen intensiveren Austausch zwischen den beiden Systemen abgebaut werden müssten. Der Aufbau von Netzwerken, die aus Forschenden und Praktizierenden bestehen, kann eine mögliche Lösungsstrategie darstellen (Tasca et al., 2014), die Implementierung solcher Strukturen findet aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen jedoch selten statt. Eine wichtige Barriere, die den Austausch und die Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis erschwert, bleibt die unterschiedliche Kultur, die sich insbesondere im Bereich der Güte- bzw. Qualitätskriterien zeigt. Für die Forschung sind bekanntermaßen die vier Gütekriterien der Objektivität, der Repräsentativität, der Validität und der Reliabilität massgeblich (Bortz, 2005). Im Gegensatz dazu sind für die Praxis Kriterien zentral, die die Frage nach der passenden Intervention für die jeweilige Problemlage beschreiben und sich dabei einerseits auf Forschungsergebnisse, andererseits aber auf *best practice*-Beispiele beziehen. Um diese unterschiedlichen

Perspektiven und Bedürfnisse konstruktiv zu nutzen, braucht es bei der Erarbeitung von Fragestellungen, bei der Auswahl der Messmethoden und der Stichproben zirkuläre Prozesse, die durch Akzeptanz auf beiden Seiten und Umsetzbarkeit in der Praxis charakterisiert sind.

Strukturierte Kooperationen können Vorteile für Forschung und Praxis bringen: Die Forschung kann ihre durch Methodenzwang geprägte Sicht auf die Praxis revidieren und angewandte Forschung betreiben, während die Praxis disziplinierter Phänomene und Prozesse beobachten und in wissenschaftliche Fragestellungen fassen muss (Bohus, 2015).

Im letzten Jahrzehnt hat sich das Bedürfnis der Praxis nach mehr Anwendbarkeit der Theorie und Umsetzung der Forschungsergebnisse verstärkt. Dahinter steht die Ernüchterung über den Ertrag und die praktische Ergiebigkeit der empirisch analytischen Forschung, vor allem ihr Mangel an praktischer Relevanz. Des Weiteren führt der Wunsch der Forschung nach möglichst viel Datenmaterial häufig zu einer schier unüberschaubaren Komplexität der Auswertung, die letztlich auch auf der Interpretationsebene multideterminiert bleibt, was der Praxis kaum neue Erkenntnisse bringen kann. Verstärkt wird dieses Phänomen zusätzlich durch Forschungsstrategien, die hypothesen- oder sogar theoriefrei messen möchten. Dahinter lässt sich eine Haltung vermuten, die in etwa mit folgendem Satz umschrieben werden könnte: «Wenn man Alles misst, wird man schon etwas sagen können.» Was dann schliesslich gesagt wird, bringt selten neue Erkenntnisse, sondern dient häufig der Validierung bereits vorhandenen praktischen Wissens. Einen wichtigen Platz für die Praxis hat die Forschung jedoch dort, wo die Experimente und Studien einen empirischen Hintergrund für deren theoretische Annahmen bieten. Nicht wenige Forschungsergebnisse werden von Praktizierenden mit

Begeisterung aufgenommen und unkritisch in ihre Arbeit integriert. Andere Forschungsergebnisse werden jedoch kaum wahrgenommen oder weitgehend ignoriert und die «bewährte» Praxis wird weitergeführt.

Im vorliegenden Beitrag soll anhand zweier Beispiele, die mit Bindungstheorie und Traumafolgestörungen zwei relevante und bekannte Themen betreffen, illustriert werden, wie Forschungsergebnisse in der Praxis rezipiert werden.

Zwei Beispiele

Diskurs um desorganisierte Bindung

Die von Bowlby (1969) begründete Bindungstheorie hat sowohl im Bereich der psychoanalytischen Kinder- als auch der Erwachsenenpsychotherapie eine grosse Bedeutung erlangt. Insbesondere seitdem die Bindungsforschung die Verhaltens- um die Repräsentationsebene erweitert hat, ist sie zu einer wichtigen ergänzenden Erkenntnisquelle für die therapeutische Arbeit geworden, da die Berücksichtigung der spezifischen Beziehungsmuster der PatientInnen sowie insbesondere die Handhabung der Übertragung dadurch verbessert worden ist. Die von Ainsworth und KollegInnen (1978) beschriebenen Bindungsstile, die jedes Kind im Laufe der ersten beiden Lebensjahre zu bedeutsamen Bezugspersonen aufbaut, haben das Verständnis für die menschlichen Grundbedürfnisse geschärft und spielen als Hintergrundwissen für die Gestaltung von entwicklungs- und resilienzfördernden Bedingungen, Interventionen und Angeboten eine herausragende Rolle. Die von Main und Solomon (1986) zu einem späteren Zeitpunkt erfasste desorganisierte Bindung hat die Palette der möglichen Bindungsstile entscheidend erweitert und den Blick für die diesem Bindungstyp zugrundeliegenden Bindungserfahrungen geschärft. Die fruchtbare Entwicklung der Theorie des Mentalisierens hat ausserdem im letzten Jahrzehnt als *umbrella concept* Forschungsbefunde und Erkenntnisse aus der Psychoanalyse, der Bindungstheorie, der Entwicklungspsychologie und der Neurobiologie miteinander verbunden und der Theorie, der Forschung und der Praxeologie der Psychotherapie zentrale Impulse, neue Sichtweisen und neue konkrete Vorgehensweisen ermöglicht (Diez Grieser & Müller, 2018).

Die aus der Bindungstheorie und -forschung stammenden Befunde zeichnen sich durch unmittelbare Nachvollziehbarkeit aus, was ihre schnelle Rezeption und Implementierung in der Praxis erklärt. Die Anwendung der Bindungstheorie im Kinder- und Jugendbereich sowohl in klinischen als auch in pädagogischen Kontexten zeigt jedoch besonders deutlich, welche Diskrepanz zwischen der Bindungstheorie und der Forschung auf der einen Seite und den Anwendungen in der Praxis auf der anderen Seite bestehen kann. Insbesondere die notwendige Unterscheidung zwischen Bindungsstilen/-typen und Bindungsstörungen findet in der Praxis zu wenig statt, sodass es zu eigentlichen Fehlanwendungen kommen

kann, die negativ auf betroffene Kinder und ihre Familien einwirken können.

In Anlehnung an den Artikel von Granqvist und KollegInnen (2017), der von sämtlichen aktuell relevanten BindungstheoretikerInnen und -forscherInnen mitgeschrieben worden ist, soll im vorliegenden Beitrag auf die Rezeption und Handhabung der desorganisierten Bindung im klinischen Kontext und bei politischen Entscheidungsträgern hingewiesen werden. An diesem Beispiel zeigt sich mit besonderer Prägnanz, wie ein theoretisches Konzept und entsprechende Forschungsergebnisse «falsch» interpretiert und angewendet werden. Die AutorInnen erörtern den Erkenntnisstand bezüglich desorganisierter Bindung mittels zehn Thesen, die im Folgenden zusammengefasst und übersetzt wiedergegeben werden.

1. Die Kategorie der desorganisierten Bindung kann durch trainierte Kodierer kindlichem Verhalten (Alter: 12–20 Monate) in der Fremden-Situation zugeordnet werden, wenn es eine ausreichende Übereinstimmung mit einem oder mehreren der sieben von Main und Solomon (1986, 1990) beschriebenen Dimensionen und aufgeführten Verhaltensweisen gibt.
2. Die von Main und Solomon beschriebenen Verhaltensweisen können aus sehr unterschiedlichen Gründen auftreten. Auf einem niedrigen Niveau treten sie häufig bei Kindern in belasteten Lebens- und Familiensituationen auf. Lediglich wenn die Verhaltensweisen eine hohe Intensität haben, können diese als desorganisierte Bindung klassifiziert werden.
3. Desorganisierte Bindung kommt bei misshandelten Kindern häufiger vor, das Vorkommen weist aber nicht unbedingt auf Misshandlung hin, das heisst, dass das Vorhandensein einer desorganisierten Bindung nicht zur Diagnose einer Misshandlung verwendet werden kann.
4. Es gibt verschiedene Pfade, die zu desorganisierter Bindung führen können wie bspw. unverarbeitete Traumata der Eltern. Des Weiteren können genetische Aspekte und Temperament eine Rolle spielen.
5. Forschungsergebnisse auf der Gruppenebene zeigen, dass desorganisierte Bindung ein kleiner bis moderater Prädiktor für die Entwicklung von sozialen und Verhaltensproblemen ist. Desorganisierte Bindungen müssen nicht zwangsläufig zu späteren Problemen führen.
6. Desorganisierte Bindung ist *nicht* eine validierte klinische Diagnose auf individuellem Niveau; dies im Gegensatz zu den Bindungsstörungen, die in den psychiatrischen Klassifikationssystemen beschrieben werden. Diese klinischen Störungen sind in verschiedenen Settings und mit verschiedenen Erwachsenen vorhanden. Im Gegensatz dazu ist eine desorganisierte Bindung keine fixe Eigenschaft eines individuellen Kindes, sondern beziehungspezifisch.
7. Es haben in den letzten Jahren (z. B. bei Entscheidungen bezüglich Fremdunterbringungen von Kindern) Fehlentscheidungen stattgefunden, die Folge falscher Annahmen bezüglich der desorganisierten Bindung waren (s. Punkte 1 bis 6).

8. Fehlanwendungen können unterprivilegierte Familien selektiv schädigen, gegen Menschen- und Kinderrechte verstossen und eine diskriminierende Praxis gegen Minderheiten darstellen.
9. Es ist wichtig anzuerkennen, dass wir über eine breitgestützte Evidenz darüber verfügen, dass sowohl bindungs-basierte Interventionen als auch naturalistisch auftretende reparative Erfahrungen (z. B. stabile, sichere und förderliche Beziehungen) intergenerationelle Zyklen von Kindesmisshandlungen unterbrechen können und dazu beitragen, dass der Anteil an Kindern mit desorganisierten Bindungen geringer wird.
10. Der eigentliche praktische Nutzen von Bindungstheorie und -forschung liegt darin, das Verständnis von Familien zu fördern und evidenzbasierte Interventionen anzubieten: «In this way, attachment theory, assessments, and research can have major roles to play in clinical formulation and supportive welfare and clinical work» (Granqvist et al., 2017, S. 2f.).

Der zitierte Artikel ist insofern für das Thema der Passung zwischen Forschung und Praxis von besonderem Interesse als hier seitens der Forschenden und TheoretikerInnen sehr klar und praxisbezogen die Chancen, aber insbesondere auch die Grenzen des Phänomens verdeutlicht werden, sodass Fehlinterpretationen im praktischen Feld minimiert werden können. Dies ist allerdings erst im Nachgang geschehen, nachdem die Missverständnisse und die Fehlanwendungen im Feld bereits seit einiger Zeit weit verbreitet sind.

An diesem Beispiel zeigt sich, wie die Praxis Ergebnisse aus der Forschung, vor allem wenn sie eine hohe Plausibilität aufweisen und mit den Perspektiven der Praktizierenden gut vereinbar sind, breit rezipiert und implementiert, ohne die Grenzen für die Umsetzung der Ergebnisse in der Praxis zu erkennen.

Es ist einerseits wünschenswert, dass Professionelle verschiedener Praxisbereiche in ihren Grundausbildungen sowie in den späteren Spezialisierungen Wissen und Kompetenzen im Zusammenhang mit dem Verstehen und Einordnen von Forschungsergebnissen erwerben. Andererseits stellt sich die Frage, wie die Forschung und die Forschenden stärker in den Blick bekommen, dass ihre Tätigkeit und die damit verbundenen Ergebnisse auf differenzierte und für die Praxis klare Art und Weise vermittelt werden müssen/sollen. In den letzten Jahren findet sich in vielen Fachzeitschriften die Rubrik «Fazit für die Praxis», die ein Versuch darstellt, Ergebnisse bezüglich Anwendbarkeit und praktischer Relevanz für Praktizierende zusammenfassend zu erörtern. Es ist jedoch auch zu fordern, dass Forschende – wie beim zitierten Artikel – den Umgang mit Forschungsbefunden im Feld besser begleiten und ihre Verantwortung als WissenschaftskommunikatorInnen besser wahrnehmen. Es ist sicherlich kein einfaches Unterfangen, wenn es – wie bei den Ergebnissen der Bindungstheorie – um einen fast unüberschaubaren Korpus von Wissen geht, der einiger Anstrengung bedarf, damit brauchbare und klare Botschaften an die Praxis gehen können.

Diskurs um Folgen schwerer Belastungen

Ein weiteres Beispiel soll eine andere Diskrepanz zwischen Forschung und Praxis darstellen und zu weiterer Reflexion anregen. Anhand dieses Beispiels soll veranschaulicht werden, dass es nicht wie beim zuvor erwähnten Beispiel um eine zu starke und konkretistische Übernahme von Forschungsergebnissen geht, sondern um die ungenügende beziehungsweise inkohärente Aufnahme von Erkenntnissen und Befunden durch Praktizierende.

Im Bereich der Psychotraumatologie hat in den letzten zwei Jahrzehnten eine enorme Entwicklung stattgefunden: Traumawirkungen, Trauma- und Resilienzprozesse können festgestellt werden und entsprechende Hilfestellungen sowohl im therapeutischen als auch im sozialen Feld sind entwickelt und implementiert worden. Nicht zu Unrecht wird in der Praxis zunehmend beklagt, dass kritische Lebensereignisse und belastende Erfahrungen häufig vorschnell mit Traumatisierungen gleichgesetzt werden, das heisst, dass eine Ausweitung und Aushöhlung der Traumadefinition stattfindet. Inwiefern aus einer potenziell traumatischen Erfahrung eine Traumafolgestörung wird, ist von verschiedenen Faktoren abhängig, die je nach Ausprägung und Intensität die Wirkung der belastenden Erfahrung abpuffern können. Diese prä-, peri- und posttraumatischen Risiko- und Schutzfaktoren können – wie die psychotraumatologische Forschung der letzten 70 Jahre zeigt – abhängig von ihrer Wechselwirkung zu unterschiedlichen Resultaten führen (Zeidner & Aharoni-David, 2014).

Wie Held (2019, S. 111f.) in einem kürzlich erschienenen Artikel festhält, sind auch «bei den stärksten traumatischen Einwirkungen» lediglich bei weniger als 50 % Traumafolgestörungen feststellbar. Er stellt Forschungsdaten aus den Untersuchungen mit Holocaust-Überlebenden ins Zentrum seiner Ausführungen, weil es «keine auch nur annähernd vergleichbar gute Daten gibt» (ebd., S. 113). Es ist deshalb bemerkenswert, dass die Befunde aus diesen Studien, die kohärente Ergebnisse aufweisen, relativ wenig rezipiert werden und viele Forschungsarbeiten in diesem Feld sich mit basalen Fragestellungen beschäftigen, die bereits beantwortet sind.

Wie es dazu kommt, dass trotz schwerer Belastungen und potenziell traumatisierender Erfahrungen gute Entwicklungen und ein gelingendes Leben möglich sind, wird durch die Resilienzforschung sowie durch Konzepte, die Umfeldressourcen in den Blick nehmen, untersucht und teilweise deutlich beantwortet. Die Forschungsergebnisse aus diesem Bereich konnten zeigen, dass die Unterstützung durch Bezugspersonen sowie die gesellschaftliche Anerkennung und Teilhabe betroffener Menschen die Chancen für positive Entwicklungen bei Traumatisierungen erhöhen. Für die Praxis bedeutet dies, dass bei der Begleitung und Behandlung traumatisierter Menschen die Erfassung und Bereitstellung unterstützender Umfeldfaktoren und Ressourcen ein Schwerpunkt sein sollte. Dennoch zeigt sich, dass psychotraumatologische Behandlungen verschiedener Psychotherapieschulen den Fokus auf die Traumakonfrontation und -verarbeitung im Rahmen

von Psychotherapien legen und wichtige salutogenetische Faktoren und eine Ressourcenaktivierung vernachlässigen (Reddemann & Wöller, 2017).

Des Weiteren verweist Held (2019, S. 128) in seiner Arbeit darauf, dass die referierten Forschungsergebnisse PsychotherapeutInnen zeigen können, dass diese im Rahmen der Hilfestellungen für traumatisierte Menschen zwar eine wichtige, nicht aber eine dominierende Rolle einnehmen können.

Abschliessende Bemerkungen

Forschung und Praxis bedingen einander, um ihren gemeinsamen Gegenstand zu erfassen, abzubilden und weiterzuentwickeln. Insbesondere die Praxis ist auf eine Forschung angewiesen, die Phänomene differenziert beschreiben und einen Beitrag dazu leisten kann, dass in der Praxis Handlungsmuster und Sichtweisen besser reflektiert werden können.

Die Weiterentwicklung der Forschung in den letzten Jahrzehnten hat zu einer besseren Passung bezüglich der Praxisanliegen geführt, weil das Methodenrepertoire um qualitative und prozessbezogene Ansätze erweitert worden ist (Kelle, 2014). Praktizierende haben ihrerseits die Erfahrung gemacht, dass es zielführender für sie ist, wenn sie in Forschungsprozessen von Anfang an mitarbeiten. Es zeigt sich aber immer wieder, dass Forschung und Praxis unterschiedlichen Funktionsmustern folgen und dadurch die Kommunikation zwischen diesen beiden Welten erschwert wird.

Beide Beispiele verdeutlichen, dass es der Forschung häufig nicht gelingt, ihre Ergebnisse so aufzubereiten, dass Praktizierende deren Validität und die Grenzen der Anwendung in der Praxis nachvollziehen können. Praktizierende ihrerseits haben entweder zu wenig zeitliche Ressourcen für eine vertiefte Auseinandersetzung mit Forschungsthemen und/oder zu wenig Wissen, um die Befunde in ihrer praktischen Relevanz und Umsetzbarkeit einzuordnen. Es scheint offensichtlich, dass etwas Drittes gebraucht wird, das zwischen beiden Welten vermitteln kann. Während die Wissenschaftskommunikation mittlerweile als Brücke zwischen Wissenschaft und Öffentlichkeit eine wichtige Funktion übernimmt und in vielen Organisationen eine Selbstverständlichkeit ist, bleibt die Kommunikation zwischen Forschung und Praxis beispielsweise in der Psychotherapieforschung Sache der einzelnen Fachpersonen. Die Vermittlung von Forschungsergebnissen sowie Hilfestellungen bezüglich deren Einschätzung und praktischer Relevanz wird zwar immer wichtiger und zunehmend Teil der Fortbildungscurricula, trotzdem sind viele Praktizierende nach wie vor skeptisch und vertrauen lieber ihrer Intuition und persönlichen Erfahrung als Forschungsergebnissen.

Noch immer arbeiten Forschung und Praxis oftmals gegen- anstatt miteinander, was sich schlussendlich negativ auf die Forschung, aber auch auf die Praxis auswirkt. Der vorliegende Artikel versuchte, die Probleme zu benennen, die entstehen, wenn Forschungsergebnisse von Prakti-

zierenden falsch interpretiert oder ignoriert werden und umgekehrt Forschende nicht bemüht sind, ihre Ergebnisse praxisnah zu vermitteln.

Literatur

- Bohus, M. (2015). Elfenbeintürme im Treibsand oder: Was macht es so schwierig, Erkenntnisse aus der Forschung in der therapeutischen Praxis umzusetzen? *Verhaltenstherapie*, 25, 145–155. <https://doi.org/10.1159/000381154>
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. 6. Aufl. Berlin: Springer.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. London: Hogarth.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale/NY: Erlbaum.
- Diez Grieser, M. T. & Müller, R. (2018). *Mentalisieren mit Kinder und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Granqvist, P., Sroufe, A., Dozier, M., Hesse, E., Steele, M., van Ijzendoorn, M., Solomon, J., Schuengel, C., Fearon, P., Bakermans-Kranenburg, M., Steele, H., Cassidy, J., Carlson, E., Madigan, S., Jacobvitz, D., Foster, S., Behrens, K., Rifkin-Graboi, A., Gribneau, N., Spangler, G., Ward, M. J., True, M., Spieker, S., Reijman, S., Reisz, S., Tharner, A., Nkara, F., Goldwyn, R., Sroufe, J., Pederson, D., Pederson, D., Weigand, R., Siegel, D., Dazzi, N., Bernard, K., Fonagy, P., Waters, E., Toth, S., Cicchetti, D., Zeanah, C. H., Lyons-Ruth, K., Main, M. & Duschinsky, R. (2017). Disorganized attachment in infancy: a review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers. *Attachment & Human Development*, 1–25. <https://doi.org/10.1080/14616734.2017.1354040>
- Held, T. (2019). Die potentiell traumatische Erfahrung – wie entscheidet sich, ob es zur Traumafolgestörung kommt? *Kinderanalyse*, 27(2), 111–132.
- Kelle, U. (2014). Mixed Methods. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 153–166). Wiesbaden: Springer.
- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Hrsg.), *Affective Development in Infancy* (S. 95–124). Norwood: Ablex.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Hrsg.), *Attachment in the preschool years* (S. 121–160). Chicago/IL: University of Chicago Press.
- Reddemann, L. & Wöller, W. (2017). *Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Tasca, G. A., Grenon, R., Fortin-Langeni, B. & Chyurlia, L. (2014). Addressing Challenges and Barriers to Translating Psychotherapy Research into Clinical Practice: The Development of a Psychotherapy Practice Research Network in Canada. *Canadian Psychology*, 55(3), 197–203. <https://doi.org/10.1037/a0037277>
- Zeidner, M. & Aharoni-David, E. (2014). Memories of Holocaust-related traumatic experiences, sense of coherence, and survivors' subjective well-being in late life: some puzzling findings. *Anxiety, Stress and Coping*, 28(3), 254–271. <https://doi.org/10.1037/a0037277>. 1080/10615806.2014.954244

Reflections on the fit between practice and research

Abstract: The paper discusses the different perspectives and needs of research and practice. The exchange between the two systems is made even more difficult due to various barriers. The consequences of this bad fit are a delayed and frequently

incoherent reception of the research results by the practical field. On the other hand, due to its top-down approach, research misses opportunities to integrate practical knowledge in circular processes that could lead to practice-relevant and innovative results. Individual problems are illustrated based on the results on disorganized attachment research and on environmental factors in post-traumatic stress disorders.

Key words: research-practice differences, reception of research results, disorganized attachment, environmental factors

Riflessioni sull'adattamento tra pratica e ricerca

Riassunto: L'articolo tratta le diverse prospettive e le esigenze di ricerca e pratica. Lo scambio tra i due sistemi è reso ancora più difficile da varie barriere. Le conseguenze di questa mancanza di adattamento sono da un lato una ricezione ritardata e spesso incoerente dei risultati della ricerca da parte della pratica. D'altra parte, a causa del suo approccio top down, la ricerca perde l'opportunità di integrare le conoscenze pratiche nel contesto dei processi circolari, che potrebbero portare a risultati pratici e

innovativi. Sulla base dei risultati della ricerca sull'attaccamento disorganizzato e dei fattori ambientali nei disturbi correlati a trauma, sono illustrati singoli problemi.

Parole chiave: differenze ricerca-pratica, ricezione di risultati di ricerca, attaccamento disorganizzato, fattori ambientali

Die Autorin

Maria Teresa Diez Grieser, Dr., ist Lehrbeauftragte an der Universität Basel und Dozentin am Psychoanalytischen Institut Zürich, an der Hochschule für Soziale Arbeit Luzern und am Schweizerischen Institut für Psychotraumatologie in Winterthur.

Kontakt

Dr. phil. Maria Teresa Diez Grieser
Gartenhofstrasse 1
CH-8004 Zürich
E-Mail: mtdiez@bluewin.ch

Réflexions sur la compatibilité entre la pratique et la recherche

Maria Teresa Diez Grieser

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (2) 92–93 2019

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2-92>

Mots clés : recherche-pratique-différences, réception de résultat de recherche, lien désorganisé, facteurs environnementaux

La recherche et la pratique ont des systèmes de référence différents, ce qui peut avoir une influence négative sur leurs échanges et leur coopération. Ce phénomène, connu sous le nom de « fossé entre la science et la pratique », retarde les résultats de la recherche ou ne les applique que partiellement dans la pratique. D'une part, cela s'explique par le peu d'intérêt des chercheurs pour les connaissances pratiques, ce qui conduit à des résultats de recherche descendants qui sont considérés d'un œil critique par les femmes praticiennes quant à leur pertinence pratique (Bohus, 2015). D'autre part, la façon dont la pratique traite les résultats de recherche pertinents est souvent incohérente.

Un obstacle important qui entrave l'échange et la coopération entre la recherche et la pratique reste la différence de culture, qui est particulièrement évidente dans le domaine des critères de qualité. Comme chacun le sait, les quatre critères de qualité que sont l'objectivité, la représentativité, la validité et la fiabilité sont déterminants pour la recherche (Bortz, 2005). En revanche, les critères qui décrivent la question de l'intervention appropriée à la situation problématique respective et se réfèrent d'une part aux résultats de la recherche et d'autre part aux exemples de « meilleures pratiques » sont au cœur de la pratique.

Deux exemples

Les résultats de la théorie et de la recherche du lien d'attachement sont immédiatement compréhensibles, ce qui explique leur réception et leur mise en œuvre rapide dans la pratique. Cependant, l'application de la théorie du lien d'attachement chez les enfants et les jeunes dans les contextes cliniques et pédagogiques montre clairement l'écart qui peut exister entre la théorie du lien d'attachement et la recherche, d'une part, et les applications dans la pratique, d'autre part. En particulier, la distinction nécessaire entre les styles/types d'attachement et les troubles de l'attachement n'est pas suffisamment établie dans la pratique, de sorte que des applications erronées peuvent se produire, ce qui peut avoir un effet négatif sur les enfants affectés et leurs familles.

Basé sur l'article de Granqvist et ses collaborateurs (2017), co-écrit par tous les théoriciens et chercheurs

actuellement concernés, cet article fait référence à la réception et au traitement de la liaison désorganisée dans le contexte clinique et par les décideurs politiques.

Cet exemple montre comment la pratique reçoit et met en œuvre largement les résultats de la recherche, surtout s'ils sont très plausibles et compatibles avec les perspectives des praticiennes, sans reconnaître les limites à la mise en œuvre des résultats dans la pratique.

L'exemple de la réception de la recherche sur les facteurs environnementaux devrait représenter un écart différent entre la recherche et la pratique et stimuler la réflexion. Cet exemple vise à illustrer que, contrairement à l'exemple mentionné ci-dessus, il ne s'agit pas d'une adoption trop forte et concrète des résultats de la recherche, mais plutôt de la réception insuffisante ou incohérente des idées et des résultats par les praticiens. Au cours des dernières décennies, la recherche sur l'environnement et la résilience a montré que l'intensité des conséquences du stress est principalement influencée par des facteurs environnementaux et que ceux-ci sont au cœur du traitement des troubles consécutifs à un traumatisme. Néanmoins, les approches centrées sur l'individu sont fortement représentées dans la pratique.

Observations finales

Les deux exemples illustrent le fait que, souvent, la recherche ne prépare pas ses résultats de manière à ce que les praticiens puissent comprendre leur validité et les limites de leur application dans la pratique. Pour leur part, les praticiens ont soit trop peu de temps pour un examen approfondi des sujets de recherche, soit trop peu de connaissances pour classer les résultats selon leur pertinence pratique et leur praticabilité. Il semble évident qu'il faudrait quelque chose de troisième pour servir de médiateur entre les deux mondes. Si la communication scientifique joue aujourd'hui un rôle important de pont entre la science et le public et est une évidence dans de nombreuses organisations, la communication entre la recherche et la pratique, par exemple dans la recherche en psychothérapie, reste l'affaire de spécialistes individuels. Bien que la communication des résultats de la recherche et l'aide à leur évaluation et à leur pertinence pratique deviennent de plus en plus importantes et fassent de plus

en plus partie des programmes de formation, de nombreuses praticiennes sont encore sceptiques et préfèrent se fier à leur intuition et à leur expérience personnelle plutôt qu'aux résultats des recherches.

Hochschule für Soziale Arbeit Luzern (Haute école de travail social de Lucerne) et au Schweizerisches Institut für Psychotraumatologie (Institut suisse de psychotraumatologie) à Winterthur.

L'auteure

Maria Teresa Diez Grieser, Dr., est chargée de cours à l'université de Bâle et professeure au Psychoanalytisches Institut Zürich (Institut psychanalytique de Zurich), à la

Contact

Dr. phil. Maria Teresa Diez Grieser
Gartenhofstrasse 1
CH-8004 Zürich
E-Mail : mtdiez@bluewin.ch

Some contributions on the topic of research published in the Italian journal *Psicoterapia e Scienze Umane* («Psychotherapy and the Human Sciences»)

Alcune pubblicazioni sul tema della ricerca apparse sulla rivista *Psicoterapia e Scienze Umane*

www.psicoterapiaescienzeumane.it

edited by/a cura di Paolo Migone

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (2) 94–97 2019

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2-94>

2001, 35(4), 5–58

Drew Westen, *Lo status scientifico dei processi inconsci: Freud è davvero morto?* [original edition: (1999). *The scientific status of unconscious processes: Is Freud really dead? Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47(4), 1061–1106].

Riassunto: A intervalli regolari, nel corso degli ultimi cinquant'anni, i critici di Freud e della psicoanalisi hanno alzato la voce nell'opinione pubblica generale e nei circoli intellettuali per dichiarare, di solito, che Freud era morto di una qualche nuova morte dalla lunga agonia e che l'impresa da lui creata doveva essere sepolta assieme a lui come le suppellettili che accompagnavano i Faraoni egiziani nella tomba del loro sonno eterno. Sebbene queste critiche abbiano assunto le più svariate forme, una delle affermazioni centrali comune ad esse è sempre stata che i processi inconsci, al pari di tutti gli altri costrutti psicoanalitici, erano privi di qualsiasi base in termini di ricerca scientifica. Negli ultimi anni, tuttavia, ha visto la luce un ampio corpo di ricerche sperimentali comparse in una serie di riviste indipendenti (ad esempio, ricerche sul pensiero inconscio, sull'apprendimento affettivo inconscio, sul pregiudizio inconscio e sui circuiti neurali differenziali che stanno alla base dei processi coscienti e inconsci) e in grado di documentare il più fondamentale assunto della psicoanalisi, cioè quello che afferma che la vita mentale è inconscia e che questo stato si estende ai processi cognitivi, affettivi e motivazionali. L'esame di questo corpo di ricerche ha per scopo sia quello di operare una revisione della comprensione psicoanalitica dei processi inconsci, che quello di arrivare alla conclusione che, *basandosi solamente su indagini scientifiche controllate*, (cioè, anche senza arrivare a considerare i dati clinici), la serie di attacchi ripetuti e allargati contro la psicoanalisi non è ulteriormente sostenibile.

Abstract: At regular intervals for half a century, critiques of Freud and psychoanalysis have emerged in the popular media and intellectual circles, usually declaring that Freud has died some new and agonizing death, and that the enterprise he created should be

buried along with him like artefacts in the tomb of an Egyptian king. Although the critiques take many forms, one of the central claims has long been that unconscious processes, like other psychoanalytic constructs, lack any basis in scientific research. In recent years, however, a large body of experimental research has emerged in a number of independent literatures (such as research on unconscious thought, unconscious affective learning, unconscious prejudice, and the differential neural circuitry underlying conscious and unconscious processes) documenting the most fundamental tenet of psychoanalysis, that much of mental life is unconscious, and that this extends to cognitive, affective, and motivational processes. Examination of this body of research points both to revisions in the psychoanalytic understanding of unconscious processes and to the conclusion that, *based on controlled scientific investigations alone* (that is, without even considering clinical data), the repeated broadside attacks on psychoanalysis are no longer tenable.

2005, 39(1), 7–90

Drew Westen, Kate Morrison Novotny & Heather Thompson-Brenner, *Lo statuto empirico delle psicoterapie validate empiricamente: assunti, risultati e pubblicazione delle ricerche* [original edition: (2004). *The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. Psychological Bulletin*, 130(4), 631–663; una sintesi a cura di Paolo Migone: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt98-05.htm].

Riassunto: Questo articolo suggerisce che l'identificazione di «trattamenti supportati empiricamente» (EST) implica precisi assunti sull'uso della metodologia degli studi clinici controllati randomizzati (RCT), che sembra valida in alcuni casi (soprattutto per terapie di specifici sintomi d'ansia basate sull'esposizione) ma sostanzialmente violata in altri. Poi riesamina le prove empiriche degli EST di cinque disturbi e suggerisce che i dati suggeriscono una concezione dell'efficacia più flessibile di quella implicata

in un giudizio dicotomico tipo «supportato-non supportato empiricamente». Infine raccomanda cambiamenti nella pubblicazione delle pratiche per massimizzare l'utilità clinica degli RCT, descrive metodologie alternative, e, invece di validare ed esportare pacchetti di trattamenti, suggerisce di testare empiricamente strategie terapeutiche e teorie del cambiamento che i clinici possano integrare in terapie *informate* empiricamente.

Abstract: This article first suggests that the attempt to identify empirically supported treatments (ESTs) imposes particular assumptions on the use of randomized controlled trials (RCTs) methodology, which appear to be valid in some cases (notably exposure-based treatments of specific anxiety symptoms) but substantially violated for others. Next, it re-examines the findings that comprise the empirical support for ESTs for five disorders and suggests that the data support a more nuanced view of treatment efficacy than implied by a dichotomous judgment of empirically supported or unsupported. The final section recommends changes in reporting practices to maximize the clinical utility of RCTs, describes alternative methodologies, and suggests a shift in focus from validating and exporting treatment packages to empirically testing intervention strategies and theories of change that clinicians can integrate into empirically *informed* therapies.

2010, 44(1), 9–34

Jonathan Shedler, L'efficacia della terapia psicodinamica [original edition: (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98–109].

Riassunto: Le evidenze empiriche disponibili dimostrano che la terapia psicodinamica (PDT) o psicoanalitica è efficace. La «dimensione del risultato» (*effect size*) della terapia psicodinamica è grande almeno quanto quella di altre psicoterapie che sono state attivamente propagandate come «supportate empiricamente» o *evidence based*. Non solo, i pazienti trattati con una terapia psicodinamica mantengono i risultati e continuano a migliorare nel tempo dopo la fine della terapia. È stato anche dimostrato empiricamente che le terapie non psicodinamiche possono essere efficaci in parte perché i clinici più esperti utilizzano tecniche che da sempre sono al centro della teoria e della pratica psicodinamiche. La diffusa opinione secondo cui gli approcci psicodinamici non sono efficaci non è in accordo con le ricerche scientifiche disponibili, e può dipendere da una diffusione selettiva dei risultati delle ricerche.

Abstract: Empirical evidence supports the efficacy of psychodynamic (or psychoanalytic) therapy (PDT). Effect sizes for psychodynamic therapy are as large as those reported for other therapies that have been actively promoted as «empirically supported» and «evidence based». Additionally, patients who receive psychodynamic therapy maintain therapeutic gains and appear to continue to improve after treatment ends. Finally, non-psychodynamic therapies may be effective in part because the more skilled practitioners utilize techniques that have long been central to psychodynamic theory and practice. The perception that psychodynamic approaches lack empirical support does not accord with available scientific evidence and may reflect selective dissemination of research findings.

2011, 45(2), 153–180

Paul L. Wachtel, Al di là degli «EST». Problemi di una pratica psicoterapeutica basata sulle evidenze [original edition: (2010). Beyond «ESTs». Problematic assumptions in the pursuit of evidence-based practice. *Psychoanalytic Psychology*, 27(3) 251–272].

Riassunto: Nella letteratura sulla ricerca in psicoterapia vi è molta confusione sulla differenza tra il concetto generale di pratica basata sulle evidenze (*evidence-based*) e i criteri più ristretti usati nel designare certi trattamenti come «validati empiricamente» o «supportati empiricamente». Invece di preoccuparsi giustamente di esaminare le evidenze dell'efficacia di vari approcci terapeutici e gli assunti che li sorreggono, il movimento dei «trattamenti supportati empiricamente» (*empirically supported treatments* [EST]) è caratterizzato più da ideologia e da assunti non veri che da buona scienza. Questo articolo esamina in dettaglio i limiti scientifici e logici del movimento degli «EST» e tenta di collocare la ricerca empirica in psicoterapia su basi più solide.

Abstract: There has been much confusion in the literature of psychotherapy research on the difference between the broad concept of evidence-based practice and the narrower set of criteria that have been employed in designating certain treatments as «empirically validated» or «empirically supported». In contrast to the appropriate concern with examining the evidence for the efficacy of various psychotherapies and for the theoretical assumptions that underlie them, the «empirically supported treatments» (EST) movement has been characterized more by ideology and faulty assumptions than by good science. This paper examines in detail the scientific and logical limitations of the «EST» movement and aims to place the empirical investigation of theory and practice in psychotherapy on a sounder basis.

2013, 47(3), 407–422

American Psychological Association, Riconoscimento dell'efficacia della psicoterapia [original edition: (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 50(1), 102–109].

Riassunto: Nell'agosto 2012 l'Assemblea dei delegati dell'*American Psychological Association* (APA) ha votato una mozione ufficiale sul riconoscimento dell'efficacia della psicoterapia. Viene fatta una serie di affermazioni (28 in tutto) su vari aspetti della psicoterapia, mostrando che è efficace in diverse condizioni, diagnosi, fasce di età e popolazioni, che è *cost-effective* e che in alcuni casi è superiore ai farmaci. Ogni affermazione è accompagnata da dettagliati riferimenti bibliografici (circa 150 voci in tutto) che documentano le ricerche controllate che supportano ogni singola affermazione fatta. Nelle conclusioni viene deliberato che l'APA si impegna a informare maggiormente il pubblico sull'efficacia della psicoterapia e a fare pressioni per modificare le politiche sanitarie affinché venga riconosciuto formalmente l'utilizzo della psicoterapia nei servizi di salute mentale, soprattutto per venire incontro ai bisogni degli utenti sottoprivilegiati.

Abstract: In August 2012 the Council of Representatives of the *American Psychological Association* (APA) adopted a Resolution

on the recognition of psychotherapy effectiveness. In a series of 28 statements it is affirmed that psychotherapy is effective in various conditions, diagnoses, age groups and populations, and also that it is cost-effective and often superior to medication. Each statement is accompanied by detailed bibliographical references (about 150 citations in the overall) that support the statements that have been made. In the conclusions it is resolved that APA increase its efforts to educate the public about the effectiveness of psychotherapy and support formal recognition of psychotherapy in the health care system, particularly in order to address the needs of underserved populations.

2015, 49(4), 595–628

Rolf Sandell, Change After Psychotherapy (CHAP): un metodo di valutazione del cambiamento alla fine della psicoterapia [original edition: *Change After Psychotherapy (CHAP): A method for measuring change after the termination of psychotherapy*. See the web page: www.psicoterapiaescienzeumane.it/chap2015.htm].

Riassunto: Viene presentato il manuale della *Change After Psychotherapy (CHAP)*, formulata da Rolf Sandell nel 1987, che è un metodo di valutazione del cambiamento alla fine della psicoterapia, cioè senza la misurazione delle differenze tra lo stato pre- e post-trattamento. Vengono illustrate le sue 5 scale (Sintomi, Capacità adattiva, *Self-insight*, Conflitti di base e Fattori extra-terapeutici) e riportate le ricerche con i dati di attendibilità. Uno degli aspetti interessanti di questa scala è che permette di identificare le variabili del cambiamento delle quali non è possibile misurare una differenza dallo stato pre-terapia in quanto non erano presenti essendo comparse solo grazie alla terapia stessa. Il manuale qui pubblicato, inedito anche in inglese, è un aggiornamento di un dattiloscritto del 1997.

Abstract: *Change After Psychotherapy (CHAP)*, formulated by Rolf Sandell in 1987, is a method to measure change after the termination of a psychotherapy, without comparing pre- and post-treatment variables. The CHAP five scales are described (Symptoms, Adaptive Capacity, Self-insight, Basic Conflicts, and Extra-Therapeutic Factors), with data on reliability and norms. One of the interesting aspects of CHAP is that it allows to identify variables not present at the beginning of treatment, i. e., that could not be included in pre-post measures since they might appear due to therapy itself. This manual, which was never published before, is an update of a 1997 manuscript.

2016, 50(1), 11–48

Nathan Thoma, Brian Pilecki & Dean McKay, La terapia cognitivo-comportamentale contemporanea: teoria, storia ed evidenze empiriche [original edition: (2015). *Contemporary cognitive-behavior therapy: A review of theory, history, and evidence*. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(3), 423–462].

Riassunto: La terapia cognitivo-comportamentale (*cognitive-behavior therapy* [CBT]) è molto diffusa. Vengono prese in rassegna le teorie, la storia e le evidenze empiriche della CBT allo scopo di fornire un panorama complessivo per coloro che

ancora non conoscono questo settore della psicoterapia. Tra le altre cose, vengono presentate la terapia comportamentale, la terapia cognitiva e la cosiddetta «terza onda» della CBT che include ad esempio la *dialectical-behavior therapy* (DBT) di Marsha Linehan e l'*acceptance and commitment therapy* (ACT) di Hayes. Vengono inoltre prese in rassegna le prove di efficacia della CBT per vari disturbi tra cui depressione, ansia, disturbi di personalità, disturbi alimentari, abuso di sostanze, schizofrenia, dolore cronico, insonnia e disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza, includendo anche una discussione sulla combinazione di CBT e farmaci. Infine vengono fatti alcuni suggerimenti per il futuro della ricerca e della terapia.

Abstract: Cognitive-behavior therapy (CBT) has come to be a widely practiced psychotherapy throughout the world. The present article reviews theory, history, and evidence for CBT. It is meant as an effort to summarize the forms and scope of CBT to date for the uninitiated. Elements of CBT such as cognitive therapy, behavior therapy, and so-called «third wave» CBT, such as Linehan's «dialectical-behavior therapy» (DBT) and Hayes' «acceptance and commitment therapy» (ACT), are covered. The evidence for the efficacy of CBT for various disorders is reviewed, including depression, anxiety, personality disorders, eating disorders, substance abuse, schizophrenia, chronic pain, insomnia, and child-adolescent disorders. The relative efficacy of medication and CBT, or their combination, is also briefly considered. Future directions for research and treatment development are proposed.

2017, 51(2), 187–210

Horst Kächele, Lo studio del caso singolo dalla ricerca clinica alla ricerca sperimentale: un eterno dilemma? [From case study to single case research: A perennial issue?].

Riassunto: Il filo rosso che attraversa questo articolo riguarda il viaggio dalla narrativa alla osservazione. Gli studi sul caso singolo in forma narrativa erano nella culla del viaggio alla scoperta della psicoanalisi; questo paradigma caratterizza non solo i classici casi clinici di Freud, ma anche lo stile usato oggi nel descrivere i casi clinici. Una tradizione orale combinata a casi clinici scritti in modo molto libero ha costituito la modalità principale per comunicare le intuizioni acquisite da una ricerca orientata al contesto della scoperta. Un articolo di Bob Wallerstein e Hal Sampson del 1971 (*Issues in research in the psychoanalytic process*. *International Journal of Psychoanalysis*, 52(1), 11–50) ha segnato un punto di svolta. È diventato sempre più chiaro che la continua oscillazione tra la creazione di ipotesi cliniche e la loro verifica sperimentale è cruciale per lo sviluppo della psicoanalisi clinica come scienza.

Abstract: The red thread of this paper covers the journey from narration to observation. Case histories stood at the cradle of the psychoanalytic discovery tour; this paradigm comprises not only the classic pieces of Freud, but shapes the reporting style in the scientific community until today. An oral tradition combined with loosely written case studies constituted the major means of reporting the insights gained by introducing the therapeutic situation as a field for discovery oriented re-

search. Wallerstein & Sampson's 1971 paper marks a turning point in the field's attention to the problematic situation. It became more and more clear that the ongoing oscillation between clinical hypothesis creating and the formal testing of them is crucial for the development of clinical psychoanalysis as a science.

2017, 51(4)

Paolo Migone, Editoriale (pp. 525–528):

www.francoangeli.it/Area_RivistePDF/getArticolo.ashx?idArticolo=60389

David M. Clark, Il programma inglese «*Improving Access to Psychological Therapies*» (IAPT) (pp. 529–550) [later English edition: (2018). Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14, 159–183].

Riassunto: Sono ormai disponibili chiare prove empiriche della efficacia di varie psicoterapie per i disturbi mentali, però solo una minima parte di pazienti ne usufruisce. Il programma inglese *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) cerca di migliorare l'accesso alla psicoterapia fornendo a più di 10.500 nuovi terapeuti una formazione in trattamenti supportati empiricamente e utilizzandoli sul territorio per la terapia della depressione e dei disturbi d'ansia. Lo IAPT tratta più di 560.000 pazienti all'anno, raccoglie i dati sui risultati nel 98.5 % dei casi e li rende pubblicamente disponibili. Circa la metà dei pazienti trattati nel programma IAPT guarisce, e due terzi mostra benefici tangibili. Vengono presentati gli aspetti clinici ed economici del programma IAPT, le modalità di formazione degli operatori, del servizio offerto al pubblico e della implementazione del programma, e i risultati ottenuti aggiornati al luglio 2017. Si accenna anche ai limiti e alle direzioni future.

Abstract: Empirical evidence shows that empirically supported treatments are helpful for many mental disorders. However, in most countries the great majority of people do not have access to psychological therapies. The English *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) program aims to improve the access to psychological therapies by training over 10,500 new therapists in empirically supported treatments and deploying them for the treatment of depression and anxiety disorders. IAPT treats over 560,000 patients per year, obtains clinical outcome data on 98.5 % of them, and this information is in the public domain. Around half of these patients recover and about two thirds of them show benefits. The clinical and economic arguments on which IAPT is based are presented, along with details on the service model, how the program is implemented, and findings updated to July 2017. Limitations and future directions are discussed.

Falk Leichsenring & Christiane Steinert, La terapia cognitivo-comportamentale è veramente la più efficace? (pp. 551–558) [Is cognitive behavior therapy really the most effective form of psychotherapy?].

Riassunto: La terapia cognitivo-comportamentale (*cognitive behavior therapy* [CBT]) viene spesso ritenuta la psicoterapia

più efficace, una sorta di *gold standard*. Viene mostrato invece che non vi sono prove della superiorità della CBT rispetto ad altre psicoterapie, e vengono esaminati in particolare i seguenti aspetti: qualità delle ricerche compiute, *publication bias* (cioè il fatto che una ricerca che non produce i risultati desiderati ha meno probabilità di venire pubblicata), tipo di gruppi di controllo utilizzati, effettivi tassi di miglioramento in vari disturbi, assenza di miglioramento nell'efficacia della CBT negli ultimi 40 anni, mancata dimostrazione dei meccanismi di cambiamento, assenza di controllo del *bias* della *researcher allegiance* (cioè la convinzione da parte del ricercatore della superiorità del trattamento studiato), efficacia comparativa della CBT.

Abstract: Cognitive behavior therapy (CBT) is often considered the most effective form of psychotherapy, i. e., the gold standard. It is argued, however, that there is no evidence for the superiority of CBT compared to other approaches. The following aspects, among others, are reviewed: quality of studies, publication bias, type of control groups, actual rates of improvement in various disorders, lack of improvement of the effect sizes of CBT in the last 40 years, lack of corroboration of central mechanisms of change of CBT, the often uncontrolled researcher allegiance, and comparative efficacy of CBT.

2018, 52(3), 383–398

Jonathan Shedler, Dove sono le evidenze della terapia «basata sulle evidenze»? [original edition: (2018). Where is the evidence for «evidence-based» therapy? *Psychiatric Clinics of North America*, 41(2), 319–329].

Riassunto: La dicitura «terapia basata sulle evidenze» è diventata di fatto una espressione in codice per alludere a un tipo di terapia cognitivo-comportamentale prescrittiva e quasi sempre breve. Da più parti si proclama che le terapie «basate sulle evidenze» (*evidence-based*) sono scientificamente validate e superiori a tutte le altre psicoterapie. Però la ricerca empirica dimostra il contrario, e cioè che le terapie «basate sulle evidenze» sono poco efficaci, i loro effetti sono minimi, pochi pazienti migliorano, e durano poco anche i minimi effetti che a volte si ottengono. Spesso le ricerche vengono condotte in modo non rigoroso, così che emerge un quadro fuorviante dei risultati delle terapie «basate sulle evidenze»: a volte mancano gruppi di controllo appropriati, i campioni sono costituiti da pazienti selezionati e non adeguatamente randomizzati, e vengono nascosti i risultati negativi.

Abstract: The term «evidence-based» therapy has become a *de facto* code word for manualized therapy, most often brief, highly scripted forms of cognitive behavior therapy. It is widely asserted that «evidence-based» therapies are scientifically proven and superior to other forms of psychotherapy. Empirical research does not support these claims, but shows that «evidence-based» therapies are weak treatments. Their benefits are trivial, few patients get well, and even the trivial benefits do not last. Troubling research practices paint a misleading picture of the actual benefits of «evidence-based» therapies, including sham control groups, cherry-picked patient samples, and suppression of negative findings.

Somatoforme Störungen in Humanistischer und Körperpsychotherapie

Jörg Clauer

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (2) 98–106 2019

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2-98>

Zusammenfassung: Mit der Klage über ausschliesslich körperliche Beschwerden und einer strikten Ablehnung psychosomatischer Erklärungen begegnen uns die als schwierig geltenden PatientInnen mit somatoformen Störungen (SSD). Das Schmerzerleben wird zum Beispiel nur körperlich wahrgenommen und sie finden dafür keinen seelisch-gefühlsmässigen Beziehungskontext (Alexithymie). Ätiologische Überlegungen helfen uns bei einem tieferen Verständnis ihres spezifisch leidvoll-schmerzhaften Körpererlebens und ihrer Beziehungsformen. SSD-PatientInnen haben meist keine liebevolle, körperlich-emotionale und seelische Resonanz bei frühen Bezugspersonen erlebt und dabei gelernt, ihren Körper als (dysfunktionales) Objekt zu betrachten. Körperpsychotherapie kann diesen Symptomfokus gut aufgreifen. Es werden Prinzipien und Möglichkeiten einer differenzierten Förderung der Körperwahrnehmung als Basis für hilfreiche Veränderungen bei SSD beschrieben – und soweit vorhanden, entwicklungspsychologische und neurobiologische Zusammenhänge ausgeführt. Die neue Selbstwahrnehmung sowie erklärenden Informationen verhelfen Betroffenen zu einem selbstbestimmteren/wirkungsvolleren Umgang mit ihren Störungen und zu neuen Möglichkeiten, Gefühle für die Gestaltung von Beziehungen und ihres Lebens zu nutzen. Vorhandene Studien sprechen dafür, dass ein Vorgehen mit den hier beschriebenen Grundprinzipien hilfreich sein kann.

Schlüsselwörter: Somatoforme Störung, Schmerzerleben, Alexithymie, Körperschemastörung, Familiäre Kooperation, Körperpsychotherapie, Körperwahrnehmungsschulung

Einleitung

Der leitende Internist einer neurologischen Fachklinik hielt 1995 triumphierend eine internistische Fachzeitschrift hoch. In einem Artikel wurden Nachweis und Bedeutung von «*Helicobacter pylori*» für die Entstehung von Magengeschwüren beschrieben (vgl. Leiß, 2011). Er dozierte anschliessend über den «Unsinn der ganzen Psycho-Vorstellungen». Viele PatientInnen mit Somatoformen Störungen (SSD) haben vergleichbare Wünsche: Es soll endlich eine kompetente *medizinische* Fachkraft die körperliche Ursache ihres Leidens finden und beseitigen. Eine Motivation für eine Behandlung, die Emotionen, sozialen Beziehungen und der Lebensgeschichte eine einflussreiche Bedeutung beimisst, ist erst einmal nicht gegeben.

Im Denken westlicher Kulturen herrscht seit Jahrhunderten eine Trennung von Körper und Seele vor. Erstaunlicherweise halten viele Fachleute des Gesundheitswesens immer noch an dieser Trennung fest. Es ist noch längst kein fachliches Allgemeingut, dass bei jeder Erkrankung bio-psycho-soziale Faktoren eine Rolle spielen (Egger, 2017; v. Uexküll et al., 1997). Daher finden sich solche Ansichten auch in der Bevölkerung, in der Menschen nicht selten Psychisches mit «Verrückt-sein» oder «eigenem Versagen» assoziieren und psychosomatische Erklärungen als kränkend erleben. Bei PatientInnen mit SSD scheint dies nach unserer Erfahrung in besonderem Masse der Fall (vgl. Rudolf, 2008).

Für medizinische wie psychotherapeutische Behandelnde ist es elementar, um das beschriebene Spannungsfeld zu wissen und PatientInnen kooperativ zu behandeln (Egger, 2017; Hennigsen et al., 2006). Für Humanistische PsychotherapeutInnen ist es selbstverständlich, dass somatische, psychische, interpersonelle sowie soziokulturelle Perspektiven miteinander verwoben sind.

SSD – eine Standortbestimmung

Das diagnostische Manual DSM-V spricht inzwischen von «*Somatic Symptom and related Disorders (SSD)*» für PatientInnen, die über «Somatische Belastungsstörungen mit *ausschliesslich* körperlichen Beschwerden» klagen, und unterscheidet nicht mehr zwischen «somatoformen», also bisher medizinisch nicht erklärlichen Symptomen sowie andererseits körperlichen Beschwerden, bei denen die vorhandenen organopathologischen Veränderungen allein das gesamte Krankheitsgeschehen nicht hinreichend erklären (vgl. Lahmann et al., 2016). Die alte Unterscheidung wurde so zwar aufgegeben, im Hintergrund existiert das offenbar schwer lösbare Spannungsfeld aber weiter: a) Es gibt zum einen die «*Somatoformen Störungen ohne nachweisbare organische Erkrankung*», wie die «*Somatic Symptom Disorders*», «*Illness Anxiety Disorders*», «*Conversion Disorders*» (und weitere Untergruppen). Sie werden von MedizinerInnen weiter bevorzugt als *funktionelle Störungen* betrachtet, wur-

den vormalig *psychodynamisch als Organneurosen* auf der Basis von emotionalen Entwicklungsdefiziten und Selbstwertstörungen angesehen (vgl. Ermann, 1997).

- b) Daneben beschreibt die Kategorie «Psychological Factors Affecting other Medical Conditions» die ehemaligen «*Psychosomatosen*» wie Asthma oder entzündliche Darmerkrankungen, so wie es im ICD-10 mithilfe der Kategorisierung F54 geschah. Alexander (1977) hatte ehemals diese Psychosomatosen mit vorhandenen Organdestruktionen beschrieben und auf seelische Verursachungen zurückzuführen versucht.

Beide Gruppen werden nun unter SSD kategorisiert! PsychotherapeutInnen sollten bedenken, dass das DSM ein System vornehmlich amerikanischer PsychiaterInnen ist, mit einer der Fachgruppe immanenten, eher biologischen Perspektive. Psychotherapeutischen KlinikerInnen lag der ICD-11 der WHO bisher nicht vor. In ihm wird diese Erkrankungsgruppe als «Bodily Distress Disorder (BDD)» beschrieben, mit einer Multi-Organ und einer Single-Organ-Variante. Die aktuelle S3-Leitlinie spricht abweichend von «nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden» (Schäefert et al., 2012).

Der Umgang mit dieser recht heterogenen PatientInnengruppe gilt als schwierig und undankbar. Die neuen Klassifikationen versuchen dezidiert, die zuvor beklagte *Stigmatisierung* mit den bisherigen Diagnosesystemen zu vermeiden. Das zentrale Merkmal ist nun lediglich das Vorhandensein körperlicher Symptome, die mit einer klinisch bedeutsamen Belastung durch die Beschwerden und erheblichem subjektiven Leiden einhergehen. Zur Vereinfachung werden wir von «SSD» sprechen und nicht mehr, wie früher bei KlinikerInnen üblich, von Psychosomatischen Krankheiten.

Komorbidität bei SSD-PatientInnen

Die Selbstwahrnehmung von SSD-PatientInnen ist oft von grosser *Angst* (bis zu 60 %; Morschitzky, 2007) gefärbt und auf die körperlichen Beschwerden im eigenen Körper selbst eingengt. Diese Fixierung kann zu einer Verstärkung der Symptomatik führen. Fehlt ein sinnvoller Bezug zwischen körperlicher Empfindung und deren emotionaler Bedeutung, so kann kein emotionaler und sozialer Verarbeitungsprozess gelingen. Dann machen sich leichter Hilflosigkeit, Ohnmacht, Verzweiflung und sozialer Rückzug breit, es findet sich *Depression* in bis zu 90 % der Fälle (ebd.), was wiederum die Schmerzwahrnehmung steigert. Ob die Depression sekundär entsteht oder als depressive Somatisierung mitursächlich ist, bleibt offen. In einem sinnvoll verstandenen bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell macht ein Streit darüber auch keinen Sinn (Egger, 2017, S. 33f.). Rudolf (2008) nahm bei SSD einen depressiven Grundkonflikt mit dysfunktionaler Bewältigung an, was zu lieblosen, nicht spiegelnden Eltern passen würde, und Morschitzky (2007) schreibt von einer Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen von bis 45 %.

Erklärungsmodelle

Defizit-Modelle der Selbstentwicklung

Im Sinne eines Defizit-Modells der Entwicklung gehen wir, wie viele KollegInnen (Hennigsen et al., 2006; Rudolf, 2008; Röhrich, 2011a) von einer *frühen Störung* der Selbstentwicklung aus. Bei dieser wurde das *Körper(kern)selbst* (Stern, 1992) nicht mit Emotionen sowie einer Versprachlichung und Mentalisierung der Emotionen und des Beziehungserlebens verknüpft. Das *Körperkernselbst* bildet die Grundlage des Entwicklungsmodells des Selbsterlebens bei Stern (ebd.). Für seine Ausbildung ist eine störungsfreie sensomotorische Integration unserer Körpersignale im Gehirn zu einem Gesamtbild von unserem «Selbst» erforderlich (vgl. Ayres, 2002; Blakeslee & Blakeslee, 2007, v. Uexküll et al., 1997). Sensomotorische Dialoge mit frühen Betreuungspersonen hat Trevarthen (2009) als Protokonversationen bezeichnet. Zusammen mit Berührung bilden sie die Grundlage der menschlichen Entwicklung (LaPierre, 2003; Linden, 2015; Panagiotopoulou et al., 2017). Über Mimik und Körperhaltungen werden aus der familiären Atmosphäre affektmotorische Haltungsmuster, viszerale Gefühle und visuelle Bildeindrücke übernommen, die nie ins explizite Bewusstsein treten *müssen*. Das kooperative Zusammenspiel von Bewegungen und Rhythmen ist die Basis für das, was wir wahrnehmen und die Grundlage für die späteren Interpretationen auf den abstrakteren Ebenen von Psyche und Denken. Es lässt das «Implicit Relational Knowing» (Stern et al., 2012; Fuchs & De Jaegher, 2010) entstehen. Dies implizite Wissen oder Leibgedächtnis bei Fuchs (2009) wird dabei als der eigentliche Träger unserer Lebensgeschichte, unserer persönlichen Identität betrachtet. Die frühen Erfahrungen von Rhythmen, Verbundenheit und Freude oder aber von Schreck und Schock – vor allem in den ersten zwei Lebensjahren – bleiben besonders in körperlichen Haltungs- und/oder Bewegungsmustern (Mikropraktiken bei Downing, 2006, 2007) im implizit-prozeduralen, vornehmlich rechtshirnrigen Gedächtnis sowie in überdauernden Veränderungen der Regulation von Emotionen und vegetativen Funktionen durch das Autonome Nervensystem (ANS) und Limbisches System erhalten (Schore, 2005, 2011).

Macht das Kleinkind/Baby emotional beruhigende Erfahrungen der Zuwendung und Affektabstimmung in der Beziehung zu Betreuungspersonen, so erlebt es eine Neurozeption von Sicherheit mit Aktivierung des prosozialen ventralen Vagus-Systems (VVC) (Porges, 2010) – und bei Wiederholungen eine sichere Bindung (Beebe & Lachmann, 2004). Diese ist verbunden mit dem Aufbau eines gesunden, stabilen körperlichen Selbstbezugs und einer entsprechenden emotionalen Selbstregulation. Fehlt eine solche Erfahrung – aus welchen Gründen auch immer –, so werden sich die körperlich-emotionale Erregung (Stress) und damit auch die Beschwerden verstärken und bei der Wiederholung solcher Erfahrungen besonders vor dem dritten Lebensjahr im implizit-prozeduralen (Leib-)

Gedächtnis verankern. Wenn das Kind mit seinen körperlich erlebten Beschwerden und Ängsten allein bleibt, wird es auf diese zurückgeworfen. Die körperlichen Missempfindungen bleiben dann ohne Gefühlsbezug und Sprache – sowohl im Kontakt zum Gegenüber als auch zu sich selbst. Dies finden wir später bei PatientInnen mit SSD.

Gibt es wiederholt hilfreiche emotionale Beziehungserfahrungen, so verbinden sich diese später mit Symbolen, Sprache und Mentalisierungen. So wird mit der Zeit der rechte präfrontale Cortex in die Lage versetzt, eine Modulierung der Emotionsverarbeitung besonders im Mandelkern/Amygdala zu bewirken. Dies kann zum Beispiel zur Dämpfung des Stresses einer sympathikotonen Erregung beitragen (Rudolf, 2008). Diese sich erst spät entwickelnde, übergeordnet steuernde, präzentrale Grosshirnfunktion ist im Falle von Traumatisierungen (auch Verlassenheit) oder schweren Beeinträchtigungen nur eingeschränkt wirksam und scheint bei SSD unzureichend ausgebildet zu sein. Die kognitive und verbale Steuerung ist dann eingeschränkt (Bauer, 2011; Schnabel, 2019).

Soziale Ausgrenzung und Ungerechtigkeit ist in jeder Lebensphase ausgesprochen schmerzhaft, es aktiviert im Gehirn die gleichen Areale wie körperlicher Schmerz (Eisenberger et al., 2003, 2006; Bauer, 2011). Zudem dient Schmerz in der Erziehung oft als Hilfsmittel der Disziplinierung (Fuchs, 2009). Die begleitenden negativen Emotionen verstärken dabei das Schmerzerleben, das andererseits durch *Berührung* und eigenes *Kontrollerleben* in der Situation gedämpft wird. Berührung kommt zudem eine zentrale Funktion für die Ausbildung von Selbstempfinden, Selbststeuerung und auch Bindung zu; interpersonale emotionsgetragene Berührung fördert Vertrauen und kooperatives Verhalten (Linden, 2015; LaPierre, 2003; Panagiotopoulou et al., 2017; Porges, 2010). Berührung bedarf aber einer besonderen Aufmerksamkeit. Bedrohliche oder traumatisierende Erfahrungen in der Lebensgeschichte machte zum Beispiel bei einem Crohn-Patienten Berührung in der Psychotherapie problematisch. In einem solchen Fall kann aber die Erforschung und Bearbeitung dieser Probleme Zugang zu wichtigen Lösungsansätzen bieten (Clauer, 2008, 2014).

Ätiologie I: Frühe Defizite

Störungen in der seelischen und körperlichen Entwicklung können Kinder als repetitive Beeinträchtigungen oder frühe Traumatisierungen (wie z. B. Nicht-Beachtung, Feindseligkeit, Verlassenheit, aggressive Gewalt, sexueller Missbrauch oder emotionale Vernachlässigung) erlitten haben. Als Bindungswesen können wir aber nicht anders, als auch diejenigen zu lieben, zu imitieren und zu verinnerlichen, die uns misshandeln. Von alledem wissen SSD-PatientInnen und ihre Familien oft nichts (mehr), oder aber der familiäre Kontext will oder darf davon nichts wissen. Die Klage der PatientInnen konzentriert sich ausschliesslich auf den Körper, auf die Ebene der aktuellen

sensomotorischen Sensationen (*die Empfindungsebene*), und nicht auf die emotionale Ebene! Mit Sensationen sind hier Empfindungen wie Lust/Unlust, Schmerz, Wärme/Kälte, Spannungen, Steifigkeit etc. gemeint – im Unterschied zu Affekten und Gefühlen. PatientInnen erleben sich und den Körper als zwei gespaltene Entitäten, sehen den Körper als defizitäres und reparaturbedürftiges Objekt. Die Beschäftigung mit der Psyche und emotionalem Erleben in Beziehungen wäre für sie so, als ob ihre Person defizitär und sie daher verrückt wären. Die Verknüpfung mit Emotionen und sozialen Faktoren (ausser Schmerz) wird folgerichtig nicht gesehen oder gar abgestritten, aus therapeutischer Perspektive also verleugnet oder abgespalten.

Affekte und Emotionen sind immer mit Körperreaktionen verbunden und sind eine Bewusstwerdung körperlicher Erregungszustände. Die Körperwahrnehmung ist damit Übermittler von Affekten, beide gehören untrennbar zusammen. *Die Förderung der Körperwahrnehmung ist aus unserer Sicht daher die grundlegende Basis für eine Veränderung bei SSD-PatientInnen.* Dann können sie erfahren, dass Affekte über den Stand der Interaktionen mit der Umwelt informieren und helfen können, mit übermässiger Erregung und Belastung umzugehen.

Aus lerntheoretischer Sicht kann man annehmen, dass die Umwelt nur mit körpersymptombezogenen Klagen und Protesten im Körperausdruck zu erreichen oder zumindest zur Aufmerksamkeit im Sinne einer funktionalen Versorgung/Behandlung zu bewegen war. Ein (direkter) Ausdruck von aversiven Emotionen und der Protest über Stimme und Gesten fand wohl keine Beachtung und Akzeptanz und kann dann später nicht differenzierend mit Symbolen/Sprache verknüpft werden. Die Annahme des «NEIN», des Protestes ist aber entscheidend für die aufeinander aufbauenden Stufen der Selbstentwicklung (Clauer, 2014).

In einer bio-psycho-sozialen Sichtweise sind die unter Belastung auftretenden Körpersymptome als *bestmögliche Anpassungsleistung/organismische Selbstregulation* (aber eben auch dysfunktionale Notlösung) zu verstehen. Wächst das kleine Kind in einer Umgebung auf, in der es sich verlassen, erschreckt und verängstigt, bedroht oder gar gequält und ungerecht behandelt fühlt, so passt es sich auch an diese Umgebung an. Der Organismus hat in seiner Beziehung zur Umwelt und zu sich keine anderen Regulationsmöglichkeiten gelernt. Der Körper wird/bleibt so das alleinige Ausdrucksorgan innerer Vorgänge. Ein sich ergebendes Gefangensein im eigenen Körper-Unbehagen kann auch bei SSD als eine Variante der Körperschema-/Körperbild-Störungen verstanden werden (Henningens, 2007).

Ätiologie II: Frühe Beziehungskontexte bei SSD

Auf der Ich-Du-Ebene geht es den PatientInnen darum, das körperliche Mangelereben (Schmerz, subjektive Dysfunktion) von aussen als objektivierte Dysfunktion bestätigt zu bekommen. Es gibt im Kontakt zur/m The-

rapeutin/en keine Ich-Du-Aussagen, der Körper wird als Objekt dazwischen geschoben. Der *eigene Körper wird zum Feind* erklärt, der das *Opfergefühl* auslöst. Im Umkehrschluss könnte das bedeuten, dass die PatientInnen in ihrer frühen Entwicklung die Erfahrung gemacht haben, dass sie von Eltern mit (körper-)feindlichen Haltungen und Impulsen «behandelt» wurden (vgl. Rudolf, 2008). Sie wurden vermutlich in ihrem Körper von den Eltern nicht freundlich angeschaut, nicht zärtlich berührt, nicht rhythmisch bewegt und getragen, sodass es grundlegende Spiegelungsdefizite in der frühen Kindheit gab. Besonders eingeschränkte rhythmische sensomotorische Abstimmung und positiver emotionaler Blick- und Körperkontakt/Beziehungsregulierung sowie Verleugnungen von Problemen und der Mangel an Verbalisierungen führen zu einer Behinderung der Entwicklung der Gefühlsfähigkeit und des Spürens von Stimmigkeit (vgl. Längle, 2009, S. 21).

So gesehen kann der objektive Blick auf den eigenen Körper als ein elterliches, negatives Introjekt verstanden werden – ohne Bewusstsein von den früheren Beziehungskontexten in der vorsprachlichen Zeit. In diesem Sinne verstehen wir hier Introjekte als körperlich eindringliche, «implantierte» (unbewusste) Haltungen der Eltern dem kindlichen Körper gegenüber. Die/der PatientIn «behandelt» sich nun selbst so, wie es die Bezugspersonen früher taten. Prinzipiell waren es Grenzerletzungen, Störungen der Selbstregulation des Organismus, die zu einer mangelhaften Entwicklung von selbstregulativen Fähigkeiten im Kontext einer interaktiven Regulation führen (vgl. Beebe & Lachmann, 2004).

SSD und die Kooperation im Familienrahmen – eine systemische Perspektive

Wir beobachten bei SSD-PatientInnen einen grossen Drang zur Kontrolle über Körper, Umwelt und Beziehungspartner (wie Behandelnde) und entdecken oft eine in ihrer Lebensgeschichte vorhandene Parentifizierung, bei der sie für die Eltern sorgten, was eine ausgesprochene altruistische Leistungsbereitschaft auf den Weg bringen kann. Die bisher angeführten Erklärungsmodelle wie depressiver Grundkonflikt oder strukturelle Defizite leiten sich aus einem dyadischen Beziehungsverständnis und den entsprechenden Mutter-Säuglings-Untersuchungen ab. In der Entwicklung bilden jedoch Mutter *und* Vater oder mehrere Bezugspersonen das körperliche und emotionale Universum des Babys.

Die verzweifelte Suche der SSD-PatientInnen nach Resonanz und Verständnis statt Kritik und Ablehnung erinnert an Kinder, die nacheinander versuchen, sämtliche Familienmitglieder auf etwas aufmerksam zu machen, was (lebens-)bedrohlich mit ihnen nicht in Ordnung ist. Systemisch gesehen könnte es sich – im Sinne der Triangulierung – auch um eine Re-Inszenierung von Erfahrungen mit untereinander uneinigen oder feindselig konkurrierenden Eltern handeln, die wir häufig in der Anamnese der PatientInnen finden (Clauer, 2014).

Für die therapeutische Arbeit mit SSD-PatientInnen lohnt es sich, die systemische Sicht zur Entwicklung von *Familienallianzen im «Primären Dreieck»* (aus Mutter, Baby *und* Vater) kurz zu betrachten (Fivaz-Depeursinge & Carboz-Warnery, 2001; v. Klitzing, 2002; Clauer, 2009a). Von der *Kooperationsfähigkeit der Eltern* hängt es ab, ob sie die Affektabstimmung bei unvermeidbaren Abstimmungsunterbrechungen, zum Beispiel in Spielsituationen, wiederherstellen können. Sind sie feinfühlig und zur Kooperation miteinander fähig, können sie die affektmotorischen und -sensorischen Krisen des Babys auffangen, halten und aushalten (*containen*), und ihrem Kind so einen entwicklungsförderlichen Rahmen bereitstellen. Diese rahmenden und kooperativen Fähigkeiten der Eltern sind bei *dysfunktionalen Familienallianzen* nur unzureichend vorhanden. In der Untergruppe der sogenannten *kollusiven Familienallianzen mit umleitenden Triangulierungen* hat das dabei *parentifizierte Kind* von Anfang an die Aufgabe, Hüter der Einheit des Elternpaares zu sein, um den Zerfall der Bezogenheit zu Dritt zu verhindern, anstatt von den Eltern emotionalen Rückhalt zu erhalten. Dies begünstigt einen vermeidend-kontrollierenden Beziehungsstil, wie wir ihn oft auch bei SSD-PatientInnen finden. Für den Nachweis einer Bedeutung solcher Lebenserfahrungsmuster in der Geschichte von SSD-PatientInnen wären allerdings Längsschnittuntersuchungen bei Kindern aus Familien mit solchen kollusiven Kooperationsmustern der Eltern erforderlich. In einer ähnlich kollusiv-konflikthaften Kooperation finden sich später oft auch die Behandelnden von SSD-PatientInnen wieder und werden leicht in eine solche Dynamik hineingezogen.

Folgen von Entwicklungsdefiziten und Traumata: Gestörtes Körperempfinden und Gefühlsblindheit (Alexithymie)

Affekte und Emotionen sind eine Bewusstwerdung körperlicher (Erregungs-)zustände und immer mit Körperreaktionen verbunden. Gefühle erleben wir so im Körper, quasi als interpretierte Körperempfindungen. Jedes Gefühl ist mit einem Strauss mehr oder weniger spezifischer Reaktionsmuster des Körpers verbunden, Angst zum Beispiel mit Enge in Brust und Hals, den Blutgefässen (hoher Blutdruck) und muskulärer Anspannung. Der Wahrnehmungsprozess solcher Reaktionen und von Affekten beginnt der Hirnforschung zufolge (Damasio, 2011; vgl. Clauer, 2014) mit einer Bewusstseinsbildung schon im Hirnstamm, und zwar vor allem der enterozeptiven Signale aus dem Bereich von Hals, Brust und Bauch. Gerade diese Bereiche sind es, in denen viele SSD-PatientInnen ihre Beschwerden erleben (z. B. Magen-Darmbeschwerden). Bei ihnen ist die Fähigkeit, Gefühle wahrzunehmen, zu identifizieren und auszudrücken eingeschränkt funktionsfähig oder blockiert (vgl. z. B. Traue, 1998). Sie können nicht nur eigene Gefühle schwer wahrnehmen, sondern haben auch Defizite in der Erkennung emotionaler Gesichtsausdrücke (Pedrosa et al., 2008). Das Nicht-Lesen-Können von Gefühlen wird als Alexithymie (auch Seelenblindheit) bezeichnet. Dabei

ist wohl die Integration links- und rechtshirner Prozesse beeinträchtigt (Traue, 1998; Lausberg, 2006, 2017). Ob zu einer solchen Spaltung/Dissoziation auch das Miterleben einer dysfunktionalen Kooperation der Eltern beiträgt, darüber kann hier nur spekuliert werden. In unserer Anamnese von SSD-PatientInnen finden wir häufiger als angegeben eine Vorgeschichte oder Komorbidität mit Essstörungen (Morschitzky, 2007; Lausberg, 2017). Dies wäre naheliegend, da wir in beiden PatientInnengruppen Alexithymie und eine beeinträchtigte Selbstregulation vorfinden.

Wut, Angst, Schmerz und Körperspannungsmuster

Im Kontext einer Depression bei SSD findet sich häufig eine altruistische Haltung mit einer durchhaltewilligen Leistungsbereitschaft, oder aber narzisstische Züge, bei denen beispielsweise die Heilserwartungen an die (idealierten) MedizinerInnen bald zu einer intensiven Enttäuschungswut, drängenden Klagen und der Entwertung des Arztes bzw. der Ärztin verbunden mit Beziehungsabbruch führen können (Rudolf, 2008; Röhrich, 2011a). Eine *unterdrückte Enttäuschungswut* ist für PsychotherapeutInnen ein wichtiger Ansatzpunkt. Seelischer Aufruhr bei enttäuschten Erwartungen oder sozialer Ausgrenzung, wie auch die Angst hinter einer altruistischen Haltung, ist mit sympathikotoner Erregung, hoher innerer Anspannung von Muskeln und Arteriolen und damit Durchblutungsstörungen und schliesslich Erschöpfung der Kortisolpeicher verbunden, bevor es vielleicht zu einem Zusammenbruch des Systems mit den Symptombildungen kommt (vgl. Rudolf, 2008). Viele Menschen kennen Ähnliches in milderer Form als Urlaubsgrippe oder Erkrankung nach einer beruflichen Überforderungsphase.

Seit Beginn der 1950er Jahre ist aus der Psychosomatik-Forschung durch die Arbeiten von Alexander (bspw. 1977) bekannt, dass vor allem unterdrückte Impulse der Selbstbehauptung oder unterdrückte feindselige Impulse direkte physiologische Auswirkungen haben und Ursache somatischer Symptombildung wie zum Beispiel Bluthochdruck sein können, was sich auch als Folge von Angst und Stress betrachten lässt. Seitdem wurde eine Vielzahl derartiger psychosomatischer Zusammenhänge empirisch belegt (z. B. Heinrich, 1986; Traue, 1998; Tschuschke, 2017). Auf die chronischen Auswirkungen auf Organsysteme wurde schon hingewiesen (Clauer, 2014).

Die eingeschränkte Fähigkeit zu Protest und «Nein», also dazu, negative emotionale Inhalte (Ärger, Wut, Frustration, Ekel etc.) zu kommunizieren, wird als ein zentrales Problem bei SSD-PatientInnen beschrieben (Röhrich, 2011a). Emotionen haben eine direkte Verbindung zur Muskulatur des gesamten Körpers, sie haben eine motorisch-expressive Komponente (vgl. Krause, 2006, S. 28). Je nach Qualität des eingeschränkten Gefühlsausdrucks werden verschiedene *funktionelle Einheiten* des Körpers angespannt und gehalten, die nicht unbedingt im engeren Sinne anatomisch verbunden sind. Jeder Mensch zeigt spezifische Haltungs-, Ausdrucks- und Bewegungs-

muster. Die Exploration der Muster kann in der Therapie psychische Prozesse in Gang setzen, die Aufschluss über die zugrundeliegenden impliziten Erinnerungen und emotionalen Erfahrungen geben (Heinrich-Clauer, 2017).

Zum besseren Verständnis geben wir hier ein Beispiel für solche «Lebenshaltungen»: Bei Babys können bedrohliche Erfahrungen mit Bezugspersonen leicht zu Verspannungen und Haltungstörungen in der Nacken-, Hals- und Kiefermuskulatur führen und chronisch werden. Diese Schutzreaktion gegen eine existenzielle Bedrohung nennt die Bioenergetische Analyse «Cephaler Schock» (Lewis, 2008). OrthopädInnen finden dabei Veränderungen im Halsbereich und besonders im Atlanto-Occipital-Gelenk und ZahnärztInnen Zahnveränderungen durch Zähneknirschen. Die Betroffenen können dabei nicht vertrauensvoll loslassen und sich dem Erdboden (oder einer entsprechenden Beziehung) anvertrauen. Sie hängen mit ihrer Lebenshaltung quasi in der Luft, und ihr Stand in der Welt ist entsprechend unsicher. Eine Therapie bei OsteopathInnen und PhysiotherapeutInnen kann neben einer körperpsychotherapeutischen Arbeit hilfreich sein und ist ein gutes Beispiel für die Bedeutung einer Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachgruppen.

Therapeutische Zugänge zu SSD-PatientInnen

Grundlage für eine erfolgreiche therapeutische Arbeit ist, dass der SSD-Kranke sich in seinem Leiden und somatischen Krankheitsüberzeugung ernst genommen fühlt. Körperorientiert arbeitende humanistische PsychotherapeutInnen kommen für sie am ehesten infrage (Röhrich et al., 2019). Mit SSD-Betroffenen ist es hilfreich, sie einfühlsam nur soweit zu begleiten und ein Verständnis sowie eine Handhabung ihres Leidens zu erarbeiten, wie sie bereit sind, mitzugehen.

Klinik- und Gruppenbehandlungen

Behandelnde ÄrztInnen werden oft von den drängenden, sich wiederholenden Behandlungsforderungen an den Rand ihrer Möglichkeiten gebracht, und Psychotherapie erscheint den SSD-Betroffenen als abwegig (Lahmann et al., 2016; Röhrich, 2011a; Rudolf, 2008). Ein möglicher und probater Ausweg stellt eine Gruppenbehandlung in einer Tages- oder Fachklinik dar, die am besten eine Integration von somatischer Behandlung mit der von Stressfolgen, Bewältigung von Überlastungen und Psychoedukation anbieten kann (z. B. Arbeitskreis PISO, 2011).

Die strukturierten Behandlungsprogramme betonen, dass nicht Heilung das vordringliche Ziel ist, sondern das Erlernen eines lindernden, verbesserten Umganges mit den Beschwerden. Solche Programme mit psychoedukativer Unterrichtung kommen der Vermeidung von Schuldthemen und dem Kontrollbedürfnis von SSD-PatientInnen entgegen. Sie setzen an der Bewältigung von Stress und Belastungen an, initial mit dem Erlernen und Üben verschiedener Entspannungsverfahren, und

fördern die Achtsamkeit und Exploration für das eigene Körper- und Gefühlserleben. Dies geschieht häufig mithilfe erlebnisfördernder Methoden der Humanistischen Psychotherapie (HP) (vgl. Eberwein & Thielen, 2014). Sowohl in Einzel- wie in Gruppentherapie sind Körperwahrnehmung und Körperpsychotherapie (KPT) ein wichtiger und besonders geeigneter Bestandteil, sodass auch eine Manual-gestützte KPT-Gruppentherapie entwickelt wurde (Röhrich, 2011a). Bisherige Ergebnisse zeigen, dass eine körperpsychotherapeutische Behandlung bei SSD erfolgversprechend ist (Nickel et al., 2006; Röhrich et al., 2019).

Die Aktivierung durch gemeinsame körperliche Übungen und Sport, die (ähnlich wie bei depressiven PatientInnen) auch zu Hause weitergeführt werden können, wirkt nicht nur verbreiteten Schonhaltungen und fehlender Vitalität entgegen, sondern kann den PatientInnen neue Erfahrungen ermöglichen, selbst etwas für sich erreichen und bewirken zu können. Auch viele kunsttherapeutische Verfahren wie die Arbeit mit Ton oder Malen können die Selbsterkundung fördern (v. Arnim et al., 2007; Röhrich, 2011b). Sie helfen den PatientInnen, neue Perspektiven auf das Selbsterleben zu entdecken und für Nöte und Konflikte Ausdrucksformen, Symbole und schliesslich auch gemeinsame Worte zu finden, die berühren (Kämmerer, 2016). Begleitende einzeltherapeutische Gespräche können erst einmal Schwierigkeiten mit den aufgeführten Aktivitäten behandeln, die Schwelle zum psychotherapeutischen Bereich reduzieren und Vertrauen für weitergehende Mitteilungen der PatientInnen schaffen.

Weiterführende therapeutische Ansätze

Da Gefühle von SSD-PatientInnen schlecht wahrgenommen oder störende körperliche Empfindungen ängstlich beobachtet und nicht als Signale für Selbstfürsorge und Selbststeuerung genutzt werden, ist die leibliche Selbstexploration immer ein zentraler Behandlungsschwerpunkt. Dafür ist es sinnvoll, die sensorische Integration anzuregen, zum Beispiel die propriozeptive Wahrnehmung der Füße, das Gleichgewichtsempfinden mit der Arbeit auf der Balancierscheibe sowie die taktile Wahrnehmung mit strukturierter Selbstmassage zu fördern (vgl. Clauer, 2009a+b), neben spielerischem Umgang mit Objekten oder auch Tanz und anderen rhythmischen Bewegungen mit oder ohne Musik. Bewegung erscheint dabei als Grundlage der Bewusstwerdung und Selbstentwicklung (Stern, 2011; Sheets-Johnson, 1999; Smith, 2010). Die grundlegende Abstimmung körperlicher Rhythmen und Erregungszustände sehen wir in der körperpsychotherapeutischen Arbeit als meist unbewusst, implizit ablaufende affektmotorische und affektsensorische Resonanzen an (vgl. Clauer, 2003; Downing, 1996; Heinrich, 2001; Heinrich-Clauer, 2008). Zudem sollen (rhythmische) Bewegungen, vor allem in einer anregenden Umgebung und Atmosphäre, die Neurogenese (Nervenzellneubildung aus Stammzellen) besonders im Bereich der Hirnregion des Hippocampus, der die Eintrittspforte für das Erlernen

neuer Erfahrungsmuster ist, stimulieren (Wagner, 2007; Kempermann et al., 1998; Praag et al., 1999; vgl. Clauer, 2016, S. 128). Bewegung steigert so wohl auch beim Erwachsenen die Fähigkeit, Neues zu lernen und umzulernen. Ein Umlernen zum Beispiel der Schmerzverarbeitung ist für somatoforme Störungen höchst bedeutsam.¹

Es verbessert sich zum Beispiel beim Gebrauch der Balancierscheibe neben dem Gleichgewicht auch die *Integration der rechten und linken Hirnhälfte*. Ballspieler bekommen dadurch eine verbesserte Koordination und treffen besser (Blakeslee & Blakeslee, 2007), wobei in unserem Kontext eher die Verbesserung der Gefühlswahrnehmung bedeutsam ist (Lausberg, 2017).

Gesicht und Mimik verraten viel über das Innenleben eines Menschen. Neuere Forschungen zeigen dabei, dass wir auch als Erwachsene mimische Signale nur im Gesamtkontext der körperlichen Signale in ihrer Bedeutung gut entziffern können (Aviezer et al., 2012). Das bedeutet, dass die Körperbewegungen und die Signale des gesamten Körpers (Gestik) für die Abstimmungsprozesse in unseren Beziehungen wichtiger sind, als oft angenommen wird. Für unseren Kontext bedeutsam sind dabei Untersuchungsbefunde, die zeigen, dass sich die Bilder/Symbolisierung der TherapeutInnen über eine unbewusste, nonverbal gestische Kommunikation mitteilen und dies Symbolisierung und Mentalisierung bei SSD-PatientInnen fördern kann (Lausberg, 2017).

Neben den verkörperten Haltungsmustern und Organisationsprinzipien (oder Mikropraktiken) des Menschen ist die menschliche Vitalität in ihren vielfältigen Ausdruckformen einschliesslich der Dynamik des Affektgeschehens und korrigierender emotionaler Erfahrungen ein wesentlicher therapeutischer Fokus (Clauer, 2016). Wenn die Überlegungen von Stern (2011, S. 180f.) zutreffen, dass nicht Identifizierungsobjekte, sondern die Vitalitätsformen und Interaktionserfahrungen mit den Bezugspersonen internalisiert/gelernt werden, so sind die vielfältigen aktiven Methoden der HP eigentlich unverzichtbar – besonders bei SSD.

Der vitalisierende Ausdruck stimmlicher Klagen/Klage-laute in einer KPT kann sehr hilfreich sein, denn freier stimmlicher und rhythmischer Ausdruck und die damit verbundene Vertiefung der Atmung kann Vitalitätsformen aufgreifen, Zugang zu Emotionen schaffen und gehaltene Spannungen lösen (vgl. Clauer, 2016; Heinrich-Clauer, 2015). Vermutlich kommt es dabei auch zu einer Entspannung im vegetativen Nervensystem (VVC; vgl. Porges, 2010).

Bei einer Arbeit in Gruppen können Schmerzen oder körperliches Leiden äusseren Gegenständen oder Hilfsper-

1 Ein gutes Beispiel für die Fähigkeit zum Umlernen der Schmerzverarbeitung sind ÄrztInnen, die lernen (in präfrontalen Hirnregionen verankert), das Miterleben von Schmerzen ihrer PatientInnen abzuschwächen und sich so davon zu distanzieren. Dieser wohl notwendige Prozess liefert zugleich einen Erklärungsansatz für die traditionell so schwierige Kommunikation/Verständnis zwischen somatisch orientierten MedizinerInnen sowie PsychosomatikerInnen/PsychotherapeutInnen, da für letztere die Verfeinerung der Resonanzfähigkeit, der Empathie ein entscheidendes Arbeitsinstrument darstellt.

sonen zugeschrieben (*externalisiert*) werden, zum Beispiel mit Techniken aus Psychodrama, Gestalttherapie, Konzentrativer Bewegungstherapie, Funktioneller Entspannung, Transaktionsanalyse. Der Dialog mit betroffenen Körperregionen ermöglicht es, sich an deren Stelle zu versetzen, deren Botschaften zu entdecken und zu einer Ich-Aussage zu machen. Aus der Position der dysfunktionalen symptomatischen Körperregion lässt sich erkunden, welche Impulse und Strebungen vom Betroffenen nicht realisiert werden und welche bisherigen Verhaltensweisen, Lebenshaltungen oder Beziehungsmuster hinderlich sind. Dann können zum Beispiel mit Psychodramatechniken oder der Technik des «leeren Stuhls» bzw. des «Inneren Dialoges» der Gestalttherapie neue Möglichkeiten herausgefunden und neue Anpassungsformen und sinnvollere Kontaktformen eingeübt werden. Auf diesem Weg lassen sich so auch soziale Probleme erkunden und soziale Fähigkeiten erlernen, wie Bedürfnisse äussern, sich selbst behaupten und Konflikte austragen.

Die Korrektur von Abstimmungsbrüchen in der Affektregulation ist ein Schlüsselprozess für die Entwicklung des Säuglings (Patientin/en). Diese Korrekturerfahrung stösst die Entwicklung interaktiver Fähigkeiten beim Kind an. Es bekommt durch erfolgreich angestossene Korrekturmaßnahmen ein Gefühl für seinen Einfluss oder Kontrolle und seine Effizienz (Selbstwirksamkeit und Urheberschaft). Das Gefühl von einem eigenen Selbst (Selbstwertgefühl, Akzeptanz und Urheberschaft; vgl. Stern et al., 2012, Clauer, 2013) und die Selbstregulation werden so entscheidend gestärkt. Ein solcher Prozess setzt eine Fähigkeit zur inneren Anerkennung von eigenen Fehlern und Unzulänglichkeiten bei den Bezugspersonen (Eltern oder TherapeutInnen) voraus. Wichtig ist dabei, dass der Säugling (PatientIn) mit seinen Affekten führen kann und adäquat empathisch beantwortet wird. SSD-PatientInnen sind mit einem Gefühl von Ohnmacht und Hilflosigkeit meist verzweifelt um eine Kontrolle ihrer Situation und Umwelt bemüht. Auch für Fortschritte in der Therapie ist es daher wichtig, dass PatientInnen in einem sicheren Beziehungsrahmen der Therapiesituation «führen» können. Ihre Kontrolle in der Beziehung kann Symptomatik und Schmerzerleben und damit Ohnmacht und Hilflosigkeit reduzieren (Linden, 2015). Der zuvor erwähnte Crohn-Patient war ein lehrreiches Beispiel dafür (vgl. Clauer, 2014). Weitere Therapiebeispiele können hier aus Platzgründen leider nicht ausgeführt werden.

Ambulante (Einzel-)Psychotherapie

Auch für diese Behandlungsform gelten selbstverständlich alle die zuvor ausgeführten therapeutischen Behandlungsgrundlagen. Die ambulante Therapie kann an psycho-edukative Erfahrungen anknüpfen. PatientInnen können in einer ersten Therapiephase, wenn nicht schon geschehen, Entspannungsverfahren und strukturierte körperliche Übungsprogramme erlernen, die sie dann als «Hausaufgaben» zu Hause weiter durchführen können (wie z. B. Selbstmassage, Balancierscheibe, Baumübung;

Clauer 2009a, b, 2015). Eine solche Arbeit am ganzheitlichen körperlichen Selbsterleben ermöglicht eine veränderte Wahrnehmung und Bewertung der Beschwerden und eine neue Akzeptanz für die Erkrankung (vgl. Röhricht, 2011a).

Dies führt bei einigen PatientInnen dazu, dass zuvor abgewehrte schmerzhaft Erfahrungen und Enttäuschungswut auftauchen können, für die es eine Ausdrucksmöglichkeit und ein Betrauern braucht. Dies macht dann eine intensive therapeutische Begleitung nötig.

Gefühle und Lebenshaltungen können sich in Behandlungssituationen über körperliche Resonanzprozesse, die verkörperte Gegenübertragung und unbewusst spiegelnde Imitationen übertragen. Die gemeinsamen Übungen und Erfahrungen von PatientIn und TherapeutIn schaffen einen miteinander geteilten Raum der Kooperation und so eine Grundlage für Begreifen und Benennen der Erfahrungen der/s Patientin/en. Die Verbalisierung des Erlebten durch die/den Patientin/en ist ein integraler Teil der Therapie. KPT-Ansätze haben dabei den grossen Vorteil, nicht nur berührende Worte zu nutzen, sondern auch mit achtsamer Berührung selbst arbeiten zu können. Zu beachtende Einschränkungen zum Beispiel in der Folge von Traumatisierungen, wurden zuvor bereits erwähnt. Berührung ist wie dargestellt auf das Innigste mit der Entstehung unseres Selbstempfindens und unserer Gefühle verbunden. Unsere Sprache bringt dies in klarer Weise zum Ausdruck: «Es hat mich etwas tief berührt.» Der von uns beschriebene Ansatz ist in diesem Sinne eine mitfühlende und sinnstiftende menschliche Begleitung von SSD-PatientInnen, die ihr Leid lindern und ihnen einen neuen Umgang damit eröffnen kann.

Literatur

- Alexander, F. (1977). *Psychosomatische Medizin. Grundlagen und Anwendungsgebiete*. 3., unv. Aufl. Berlin: DeGruyter.
- Arbeitskreis PISO (2011). *PISO: Psychodynamisch-Interpersonelle Therapie bei somatoformen Störungen. Eine manualisierte Kurzzeitintervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Arnim, A. v., Joraschky, P. & Lausberg, H. (2007). Körperbild-Diagnostik. In P. Geißler & G. Heisterkamp (Hrsg.), *Psychoanalyse der Lebensbewegungen* (S. 165–196). Wien: Springer.
- Aviezer, H., Trope, Y. & Todorov, A. (2012). Body Cues, not Facial Expressions Discriminate between Intense Positive and Negative Emotions. *Science*, 338, 1225–1229.
- Ayres, A. J. (2002). *Bausteine der kindlichen Entwicklung*. 4. Aufl. Berlin: Springer.
- Bauer J. (2011). *Schmerzgrenze. Vom Ursprung alltäglicher und globaler Gewalt*. 3. Aufl. München: Karl Blessing.
- Beebe, B. & Lachmann, F.M. (2004). *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Blakeslee, S. & Blakeslee, M. (2007). *The body has a mind of its own: how body maps in your brain help you do (almost) everything better*. New York: Random House.
- Clauer, J. (2003). Von der projektiven Identifikation zur verkörperten Gegenübertragung: Eine Psychotherapie mit Leib und Seele. *Psychother. Forum*, 11, 92–100.
- Clauer, J. (2008). Verkörpertes (leiblich-seelisches) Begreifen: Die Behandlung psychosomatischer Erkrankungen in der Bioenergetischen Analyse. In V. Heinrich-Clauer (Hrsg.), *Handbuch Bioenergetische Analyse* (S. 383–409). Gießen: Psychosozial-Verlag.

- Clauer, J. (2009a). Zum Grounding-Konzept der Bioenergetischen Analyse: Neurobiologische und entwicklungspsychologische Grundlagen. *Psychoanalyse & Körper*, 15(2), 79–102.
- Clauer, J. (2009b). Balancierscheibe und Baumübung. In S. Fliegel & A. Kämmerer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Schätze II* (S. 29–30). Tübingen: dgvt.
- Clauer, J. (2011). Die Behandlung von somatoformen Störungen in der Bioenergetischen Analyse. Sowie: Theoretische Grundlagen der Bioenergetischen Analyse – Allgemeine Einführung. In F. Röhrich (Hrsg.), *Störungsspezifische Konzepte in der Körperpsychotherapie* (S. 193–206, 323–332). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Clauer, J. (2013). Die Implizite Dimension in der Psychotherapie. In P. Geißler & A. Sassenfeld (Hrsg.), *Jenseits von Sprache und Denken* (S. 135–173). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Clauer, J. (2014). Empathie als verkörperter Resonanzprozess. Von der isolierten Selbstregulation zur interaktiven Regulation. *Selbstpsychologie*, 52, 25–57.
- Clauer, J. (2015). Verwurzelung im Körper selbst und im Primären Dreieck. *Forum Bioenergetische Analyse 2015*, 8–28.
- Clauer, J. (2016). Sternstunden. Wirkung von Sterns Lebenswerk auf Bioenergetische Analyse (BA) und Psychoanalyse (PA). In P. Geißler (Hrsg.), *Sternstunden. Daniel Sterns Lebenswerk in seiner Bedeutung für Psychoanalyse und Psychotherapie* (S. 107–144). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Damasio, A.R. (2011). *Selbst ist der Mensch. Körper, Geist und die Entstehung des menschlichen Bewusstseins*. München: Siedler.
- Downing, G. (1996). *Körper und Wort in der Psychotherapie*. München: Kösel.
- Downing, G. (2006). Frühkindlicher Affektaustausch und dessen Beziehung zum Körper. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 333–361). Stuttgart: Schattauer.
- Downing, G. (2007). Unbehagliche Anfänge: Wie man Psychotherapie mit schwierigen Patienten in Gang setzen kann. In P. Geißler & G. Heisterkamp (Hrsg.), *Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der Psychoanalytischen Therapie – Ein Lehrbuch* (S. 555–581). Wien, New York: Springer.
- Eberwein, W. & Thielen, M. (2014). *Humanistische Psychotherapie. Theorien, Methoden, Wirksamkeit*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Egger, J.W. (2017). *Theorie und Praxis der Biopsychosozialen Medizin*. Wien: facultas.
- Eisenberger, N.I., Lieberman, M.D. & Williams, K.D. (2003). Does rejection hurt? An fMRI Study of Social Exclusion. *Science*, 302, 290–292.
- Eisenberger, N.I., Jarcho, J.M., Lieberman, M.D. & Naliboff, B.D. (2006). An experimental study of shared sensitivity to physical pain and social rejection. *Pain*, 126, 132–138.
- Ermann, M. (1997). *Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fivaz-Depeursinge, E. & Corboz-Warnery, A. (2001). *Das primäre Dreieck*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Fuchs, T. (2009). Leibgedächtnis und Lebensgeschichte. *EXISTENZANALYSE*, 26(2), 46–52.
- Fuchs, T. & De Jaegher, H. (2010). Understanding Intersubjectivity: Enactive and Embodied. Non-Representational Intersubjectivity. In T. Fuchs, P. Henningsen & H. Sattel (Hrsg.), *The Embodied Self* (S. 203–215). Stuttgart: Schattauer.
- Heinrich, V. (1986). *Die Bewältigung belastender Lebensereignisse und Körperbeschwerden bei Frauen*. Universität Osnabrück.
- Heinrich, V. (2001). Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung in der Körperpsychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 9, 62–70.
- Heinrich-Clauer, V. (2008). Therapeuten als Resonanzkörper: Welche Saiten geraten in Schwingung. In V. Heinrich-Clauer (Hrsg.), *Handbuch Bioenergetische Analyse* (S. 161–178). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Heinrich-Clauer, V. (2014). Zur Wechselwirkung von emotionaler Schutzreaktion und Muskeltonus. *Sprache – Stimme – Gehör*, 38, 1–6.
- Heinrich-Clauer, V. (2015). Körperresonanz und Stimme. *Forum Bioenergetische Analyse 2015*, 29–48.
- Heinrich-Clauer, V. (2017). Körperspannung als Schutzmechanismus. Eine bioenergetische Perspektive der Emotionsregulation. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 7(2), 29–37.
- Henningsen, P. (2007). *Somatoforme Störungen als Störungen des Körperbildes*. Vortrag 8. Dresdner Körperbildwerkstatt, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden.
- Henningsen, P., Gündel, H. & Ceballos-Baumann, A. (Hrsg.). (2006). *Neuro-Psychosomatik. Grundlagen und Klinik neurologischer Psychosomatik*. Stuttgart: Schattauer.
- Kämmerer, W. (2016). *Auf der Suche nach dem Wort, das berührt. Intersubjektivität und Fokus im psychosomatischen Dialog*. Berlin: Springer.
- Kempermann, G., Brandon, E.P. & Gage, F.H. (1998). Environmental stimulation of 129/SvJ mice causes increased proliferation and neurogenesis in the adult dentate gyrus. *Curr Biol.*, 8(16), 939–942.
- Klitzing, K.v. (2002). Frühe Entwicklung im Längsschnitt: Von der Beziehungswelt der Eltern zur Vorstellungswelt des Kindes. *Psyche*, 56, 863–887.
- Krause, R. (2006). Emotion, Gefühle, Affekte – Ihre Bedeutung für die seelische Regulierung. In A. Rimmel, O. Kernberg, W. Vollmoeller & B. Strauss (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit* (S. 22–44). Stuttgart: Schattauer.
- Längle, A. (2009). Das eingefleischte Selbst. *EXISTENZANALYSE*, 26(2), 1–34.
- Lahmann, C., Allwang, C. & Dinkel, A. (2016). Diagnostik somatoformer Störungen. *Psych up2date*, 10(05), 375–386. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-109436>
- LaPierre, A. (2003). From felt-sense to felt-self: Neuroaffective touch and the relational matrix. *Psychologist-Psychoanalyst*, 23, 1–5.
- Lausberg, H. (2006). Zur Bedeutung der Kognitiven Neurowissenschaften für das Verständnis psychosomatischer Erkrankungen. In P. Henningsen, H. Gündel & A. Ceballos-Baumann (Hrsg.), *Neuro-Psychosomatik. Grundlagen und Klinik neurologischer Psychosomatik* (S. 23–31). Stuttgart: Schattauer.
- Lausberg, H. (2017). Körper, Körperlichkeit und Schmerz. Vortrag 19. Jahrestagung der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden.
- Leiß, O. (2011). Ulcera duodeni und ventriculi. In R.H. Adler, W. Herzog, P. Joraschky, K. Köhle, W. Langewitz, W. Söllner & W. Wesiak (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis* (S. 918–929). 7., kompl. überarb. Aufl. München: Urban & Fischer.
- Lewis, R. (2008). Der Cephalische Schock als somatisches Verbindungsglied zur Persönlichkeit des falschen Selbst. In V. Heinrich-Clauer (Hrsg.), *Handbuch Bioenergetische Analyse* (S. 113–128). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Linden, D.J. (2015). *Touch. The Science of the Sense that Makes Us Human*. UK: Penguin Random House.
- Morschitzky, H. (2007). *Somatoforme Störungen. Diagnostik, Konzepte und Therapie bei Körpersymptomen ohne Organbefund*. 2. Aufl. Wien: Springer.
- Nickel, M., Cangoez, B., Bachler, E., Muehlbacher, M., Lojewski, N. & Mueller-Rabe, N. (2006). Bioenergetic exercises in inpatient treatment of Turkish immigrants with chronic somatoform disorders: a randomized, controlled study. *J Psychosom Res*, 61, 507–513.
- Pedrosa, G.F., Ridout, N., Kessler, H., Neuffer, M., Schoechlin, C., Traue, H.C. & Nickel, M. (2008). Facial emotion recognition and alexithymia in adults with somatoform disorders. *Depression and Anxiety*, 25, 133–141.
- Panagiotopoulou, E., Filippetti, M.L., Tsakiris, M. & Fotopoulou, A. (2017). Affective touch enhances self-face recognition during multisensory integration. *Scientific Reports*, 7, 12883. www.nature.com/articles/s41598.017-13345-9
- Porges, S.W. (2010). *Die Polyvagal-Theorie*. Paderborn: Junfermann.
- Praag van, H., Kempermann, G. & Gage, F.H. (1999). Running increases cell proliferation and neurogenesis in adult mouse dentate gyrus. *Nat. Neurosci.*, 2(3), 266–270.

- Röhrich, F. (2011a). Das theoretische Modell und die therapeutischen Prinzipien/Mechanismen einer integrativen Körperpsychotherapie (KPT) bei somatoformen Störungen. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 1(1), 5–13.
- Röhrich, F. (Hrsg.). (2011b). *Störungsspezifische Konzepte in der Körperpsychotherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Röhrich, F., Sattel, H., Kuhn, C. & Lahmann, C. (2019). Group body psychotherapy for the treatment of somatoform disorder – a partly randomised-controlled feasibility pilot study. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1–9.
- Rudolf, G. (2008). Psychosomatik – konzeptuelle und psychotherapeutische Aspekte. *Psychotherapie-Forum*, 16, 8–14.
- Sander, L.W. (2009). *Die Entwicklung des Säuglings, das Werden der Person und die Entstehung des Bewusstseins*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schaefer, R., Hausteiner-Wiehle, C., Häuser, W., Ronel, J., Herrmann, M. & Henningsen, P. (2012). Clinical Practice Guideline: Non-specific, functional and somatoform bodily complaints. *Dtsch Arztebl Int*, 109(47), 803–813.
- Schnabel, U. (2019). Endlich reif im Kopf. *Die Zeit*, Nr. 18, S. 67.
- Schore, A.N. (2005). Erkenntnisfortschritte in Neuropsychoanalyse, Bindungstheorie und Traumaforschung: Implikationen für die Selbstpsychologie. *Selbstpsychologie*, 6, 395–446.
- Schore, A.N. (2011). The Right Brain Implicit Self lies at the Core of Psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 21, 55–74.
- Sheets-Johnstone, M. (1999). *The Primacy of Movement*. Amsterdam: John Benjamins.
- Smith, A.J.T. (2010). Comment: Minimal Conditions for the Simplest Form of Self-Consciousness. In T. Fuchs, H.C. Sattel & P. Henningsen (Hrsg.), *The Embodied Self* (S. 35–41). Stuttgart: Schattauer.
- Stern, D.N. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D.N. (2011). *Ausdrucksformen der Vitalität*. Frankfurt/M: Brandes & Apsel.
- Stern, D.N. et al. (The Boston Change Study Group) (2012). Veränderungsprozesse. Frankfurt/M: Brandes & Apsel.
- Traue, H.C. (1998). *Emotion und Gesundheit. Die psychobiologische Regulation durch Hemmung*. Heidelberg: Spektrum.
- Trevarthen, C. (2009). The Intersubjective Psychobiology of Human Meaning: Learning of Culture Depends on Interest for Co-Operative Practical Work and Affection for the Joyful Art of Good Company. *Psychoanalytic Dialogues*, 19, 507–518.
- Tschuschke, V. (2017). Psyche und Körper. Zur Psychoneuroimmunologie körperlicher Erkrankungen. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 7(2), 51–62.
- Uexküll, T.v., Fuchs, M., Müller-Braunschweig, H. & Johnen, R. (Hrsg.). (1997). *Subjektive Anatomie. Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie*. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Wagner, P. (2007). Nervenkitzel. *Cavallo*, 11, 45–49.

Somatic symptom disorders in Humanistic and Body Psychotherapy

Abstract: Meeting patients with «somatic symptom disorders» our leading impression will be their complaint about only bodily symptoms with a strict refusal of psychosomatic explanations. Those patients are mostly seen as «difficult». They experience pain only on the physical level without access to an emotional and psychic context in relationships (alexithymia). Some etiologic considerations are helpful to develop a deeper comprehension about their specific ways of suffering from painful physical and relational distress. SSD-patients mostly didn't experienced a loving embodied emotional and psychic resonance with their primary caretakers. By the way they were handled in their own body they learned to consider their body as an object of dysfunction and hostility. Body Psychotherapy easily can pick-up their focus of symptoms. This work presents principles and possibilities to help patients to improve their body-awareness as fundamental basis for helpful

changes. As far as possible the developmental and neurobiological context and background is presented. The patients then do develop more agency and self-confidence in the way of handling their diseases by the newly acquired (bodily) self-awareness and educational information. In addition they evolve new possibilities to organize their life and relationships in more functional and confident ways. Some research studies support that the presented forms and principles of treatment can be helpful for SSD-patients.

Key words: Somatoform symptom disorder, pain, alexithymia, disorder of body schema, family cooperation, body psychotherapy, training of body-awareness

Disturbi Somatoformi nella Psicoterapia umanistica e corporea

Riassunto: I pazienti considerati difficili con disturbi Somatoformi (SSD) si rivolgono a noi con lamentele relative esclusivamente a disturbi fisici ed un rigoroso rifiuto di spiegazioni psicosomatiche. L'esperienza del dolore, ad esempio, è percepita solo fisicamente e non trovano un contesto di relazione psico-emotiva (alesitimia). Le considerazioni eziologiche ci aiutano a comprendere meglio la loro esperienza fisica dolorosa specifica e le loro forme di relazione. I pazienti con SSD di solito non hanno sperimentato alcuna risonanza affettiva, fisico-emotiva amorevole nelle prime figure di riferimento e hanno imparato a considerare i loro corpi come oggetti (disfunzionali). La psicoterapia corporea può comprendere bene questo focus sui sintomi. Vengono descritti i principi e le possibilità di una promozione differenziata della percezione corporea come base per utili cambiamenti nell'SSD e, se disponibili, vengono spiegate correlazioni di psicologia dello sviluppo e di neurobiologia. La nuova consapevolezza di sé e le informazioni esplicative aiutano i pazienti ad essere più autodeterminati/più efficaci nell'affrontare i loro disturbi e a trovare nuove possibilità di usare i sentimenti per modellare le relazioni e le loro vite. Gli studi esistenti suggeriscono che una procedura con i principi di base qui descritti può essere utile.

Parole chiave: disturbo Somatoforme, esperienza del dolore, alesitimia, disturbo dello schema corporeo, collaborazione familiare, psicoterapia corporea, formazione per la percezione corporea

Der Autor

Jörg Clauer, Dr. med., Dipl. Biochemiker, ist Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, Psychiatrie und Psychotherapie, Allgemeinmedizin und Rehabilitationswesen, seit 1999 in eigener Praxis in Osnabrück, zuvor als Leiter von psychosomatischen Fachkliniken tätig. Er ist Dozent, Lehrtherapeut und Lehrsupervisor für Psychotherapie, Bioenergetische Analyse, Psychoanalyse und Psychodrama sowie internationaler Trainer für Bioenergetische Analyse (IBA Faculty).

Kontakt

Dr. Jörg Clauer
Krahnstr. 17, D-49074 Osnabrück
Tel.: +49 541 2023100
E-Mail: joerg.clauer@osnanet.de

Troubles somatoformes en psychothérapie corporelle et humaniste

Jörg Clauer

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (2) 107–108 2019

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2-107>

Mots clés : troubles somatoformes, épreuve de la douleur, alexithymie, trouble du schéma corporel, coopération familiale, psychothérapie corporelle, formation à la perception du corps

Les milieux spécialisés sont encore loin de reconnaître que des facteurs bio-psycho-sociaux jouent un rôle dans la genèse de toute maladie et que les patientes et patients SSD ont besoin d'un traitement coopératif (p. ex. Egger, 2017). Les troubles somatoformes (SSD) sont accompagnés des comorbidités : *peur* (jusqu'à 60 %), *dépression* (jusqu'à 90 %), *troubles de la personnalité* (jusqu'à 45 %).

Le manuel de diagnostic DSM-V parle entretemps, dans le cas des troubles psychosomatiques, de « *Somatic Symptom and related Disorders (SSD)* » pour les patientes et patients qui se plaignent de « troubles de stress somatique consistant *uniquement* en troubles corporels » afin d'éviter ainsi la *stigmatisation* avec les anciens systèmes de diagnostic (Lahmann et al., 2016).

Au sens d'un modèle de déficit, nous partons au plan étiologique d'un *trouble précoce* du développement de soi (p. ex. Rudolf, 2008; Uexküll et al., 1997) dans lequel un (*noyau*) *corporel de soi* (Stern, 1992) déjà impacté n'a pas été relié à des émotions ni à une transposition en langage des émotions et en vécu relationnel. À travers les mimiques et les attitudes corporelles sont adoptés des modèles d'attitude provenant de la motricité des affects (micropratiques), de sentiments viscéraux et d'impressions visuelles tirées de l'environnement familial qui ne *doivent* jamais apparaître explicitement dans la conscience, mais donnent naissance à une connaissance implicite ou à une mémoire corporelle (Fuchs, 2009) servant de supports effectifs de l'histoire de notre vie et de notre identité personnelle.

Si le petit enfant et le bébé font des expériences émotionnelles utiles, ils éprouvent une neuroception de sécurité accompagnée de l'activation du système vagal ventral (VVC) pro-social (Porges, 2010) – et en cas de répétitions de l'établissement d'un lien sûr (Beebe & Lachmann, 2004) qui se relie ultérieurement à des symboles, la langue et des mentalisations. Dans ce cadre, le cortex préfrontal droit est mis entre autres en situation de produire une modulation du travail des émotions dans les amygdales. Cette fonction supérieure de commande est restreinte dans le cas des SSD (cf. Bauer, 2011; Schnabel, 2019).

Les expériences de frayeur et de choc – surtout dans les deux premières années de vie – se répercutent dans des modèles de maintien et de mouvement corporels et sont

enregistrés dans la mémoire implicite et procédurière, essentiellement dans l'hémisphère droit. Ils conduisent à des modifications perdurantes de la régulation d'émotions et de fonctions végétatives par le système nerveux autonome (ANS) et le système limbique (Schore, 2005). Lorsqu'un enfant reste seul avec ses douleurs physiques et ses peurs et que ses sentiments de malaise physique doivent à ce moment se contenter de rester sans mise en relation avec des sentiments (alexithymie) et sans langage, ce qui peut également être compris comme une variante du trouble schéma corporel/image du corps, un SSD peut apparaître. *La stimulation de la perception du corps est de notre point de vue la base fondamentale d'un changement chez la patiente ou le patient SSD.*

Il est utile de stimuler la perception sensorielle et tactile et leur intégration, par exemple avec automassage structuré. Les mouvements en général améliorent la capacité d'apprendre des choses nouvelles (Clauer, 2016; Kempermann et al., 1998; Praag et al., 1999; Wagner, 2007) ; notamment le plateau d'équilibre stimule l'*intégration des fonctions de la moitié droite et de la moitié gauche du cerveau*, l'attention et la perception des sentiments (Clauer, 2011, 2016; Lausberg, 2017; Stern, 2011; Porges, 2010).

La correction de ruptures de concertation dans la régulation des affects est un processus clé pour le développement du nourrisson (patientes et patients) (Beebe & Lachmann, 2004). Elle présuppose la capacité de reconnaître ses propres erreurs et insuffisances chez les personnes de référence (parents ou thérapeutes) (Clauer, 2011, 2013). Ce qui est important à cette occasion, c'est que le nourrisson (patientes et patients) puisse mener avec ses affects et qu'il soit répondu avec empathie de façon adéquate. Son contrôle dans la relation et l'effleurement peuvent réduire les symptômes et l'épreuve de la douleur (Linden, 2015), alors que l'exclusion sociale et l'injustice sont extrêmement douloureuses ; elles activent dans le cerveau les mêmes zones que la douleur physique (Eisenberger et al., 2003, 2006). La psychothérapie humaniste et corporelle (PTH ; PTC) présente l'immense avantage de ne pas seulement utiliser des mots touchants, mais aussi de pouvoir travailler avec un contact attentif, ce qui stimule l'autodétermination, la confiance et le comportement

coopératif (LaPierre, 2003; Linden, 2015). Le contact nécessite ici une attention particulière, notamment dans le cas de traumatismes.

Les procédés de thérapie par l'art fournissent également une aide permettant de faire une nouvelle expérience de soi et de trouver de nouvelles formes d'expression, des symboles et finalement aussi des mots communs pour désigner les misères et les conflits (Stern, 2011; Kämmerer, 2016). Les douleurs ou les souffrances physiques peuvent ici être attribuées à des objets extérieurs ou à des personnes procurant une aide (*externalisées*) et de nouvelles possibilités et formes de contact plus raisonnables peuvent être exercées.

Une colère due à la déception *réprimée*, une capacité restreinte à protester et à dire « non », et donc à communiquer des contenus émotionnels négatifs (énervement, colère, frustration, dégoût etc.) sont décrites comme un problème central dans le cas des SSD (Röhrich, 2011a ; Rudolf, 2008). Mais l'acceptation de la protestation est décisive pour les niveaux construisant les uns sur les autres du développement de soi (cf. Clauer, 2014). L'expression vitalisante de certaines tonalités vocales dans une PTC peut elle aussi s'avérer très utile et procurer un accès aux émotions (Heinrich-Clauer, 2014). D'une manière générale, des formes de vitalité et de nouveaux modèles d'interaction sont internalisés et appris selon Stern (2011).

Une parentification accumulée au cours de leur vie par des patientes ou patients souffrant de SSD (Rudolf, 2008) est décrite d'un point de vue systémique, même dans le cas d'une *coopération familiale collusive* des parents (Fivaz-Depeursinge & Carboz-Warnery, 2001). Il n'est pas rare que les traitants se retrouvent plus tard dans une coopération collusive-conflictuelle similaire dans le cas de

SSD. Les médecins sont souvent dépassés par les attentes de traitement pressantes et se répétant, la psychothérapie paraît souvent aberrante aux yeux des personnes atteintes de SSD (Lahmann et al., 2016; Rudolf, 2008). Une issue de sortie possible et probante se trouve dans un traitement de groupe dans une clinique de jour ou spécialisée. Un enseignement psycho-éducatif peut répondre à l'évitement de sujets scolaires et au besoin de contrôle de patientes et patients souffrant de SSD. Les résultats montrent en outre qu'un traitement de PTC promet des succès dans le cas de SSD (Nickel et al., 2006; Röhrich et al., 2019).

La PTC et la PH sont en ce sens des accompagnements humains compatissants et générateurs de sens dans le cas de patientes et patients atteints de SSD, qui apaisent leur souffrance. Elles peuvent donc leur offrir un nouvel accès.

L'auteur

Jörg Clauer, Dr. méd. biochimiste diplômé, est médecin spécialiste en médecine psychosomatique et en psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie, médecine générale et rééducation dans son propre cabinet à Osnabrück depuis 1999 et était auparavant chef des cliniques spécialisées en psychosomatique. Il est conférencier, thérapeute enseignant et superviseur d'enseignement en psychothérapie, analyse bioénergétique, psychanalyse et psychodrame, ainsi que formateur international en analyse bioénergétique (faculté IIBA).

Contact

Dr. Jörg Clauer
Krahnstr. 17
D-49074 Osnabrück
E-Mail : joerg.clauer@osnanet.de

Kongressbericht

Society for Psychotherapy Research, 50st Annual International Meeting, Buenos Aires, 3.–6. Juli 2019

Peter Schulthess

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (2) 109–110 2019

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2-109>

Die Society for Psychotherapy Research (SPR) feierte dieses Jahr ihren 50. Geburtstag in Buenos Aires anlässlich ihrer Jahrestagung vom 3. bis zum 6. Juli 2019. Kongresssthema war «The Future of Psychotherapy Research: Building on our 50 Year Legacy».

Der Kongress war trotz des Jubiläums nicht so gut besucht wie jener vor einem Jahr in Amsterdam. Südamerika scheint für viele EuropäerInnen eben doch etwas weit weg zu sein. Dafür traf man viele südamerikanische Teilnehmende und konnte Einblick nehmen in das Forschen hierzulande.

Louis Gastongay (Pennsylvania) gab aus Anlass des Jubiläums einen historischen Rückblick über Personen und Themen, die die SPR in dieser Zeit geprägt hatten. Als relativer Newcomer in der SPR war es für mich sehr informativ, zu hören, welche herausragenden Forscher-Persönlichkeiten mit welchen inhaltlichen Interessen die Psychotherapieforschung prägten. Es gelang ihm, von jeder dieser Persönlichkeit ein Bild zu zeichnen und ihr wissenschaftliches Wirken zu würdigen.

Spannend war auch, den Gründungsanlass der SPR zu erfahren: Die American Psychological Association (APA) veranstaltete vor 52 Jahren einen Kongress an der Universität von Chicago über Psychotherapie, wo David Orlinski als junger Forscher tätig war. Er wollte aus Interesse teilnehmen, doch wurde ihm damals die Teilnahme versagt, da er noch zu jung sei und zu wenige Publikationen vorzuweisen hätte. Die APA gebärdete sich damals als exklusiver Club arrivierter Forschender. So lancierte Orlinski die Idee, eine neue Gesellschaft für Psychotherapieforschung zu gründen, die inklusiv statt exklusiv sein wollte und insbesondere junge Forschende und gar Studierende willkommen heisst.

Seit 50 Jahren hat dies nun Bestand und die SPR kann geltend machen, dass sie die innovativste internationale Psychotherapievereinigung weltweit ist. Es gelang ihr wirklich, Forschende aus allen Kontinenten zusammenzubringen, junge Forschende und Studierende, die gerade an ihrer Dissertation arbeiten, zu fördern und mit den sogenannten Koryphäen der Forschung in Kontakt zu bringen. Es herrscht ein wissenschaftlicher Diskurs auch über unterschiedliche Forschungsdesigns hinaus, über deren Vorteile und deren Nachteile, und wie die Psychotherapieforschung der Zukunft sich zu entwickeln hätte, um mehr praxisrelevante Fragen zu beantworten und jene Fragen zu beforschen, die bisher vermieden wurden (oft aus methodischen Gründen).

Die Atmosphäre der SPR-Kongresse ist sehr kollegial. Es ist wohl die einzige Fachvereinigung, in der ein Neumitglied gleich mit allen in einer kollegialen Form und mit dem Vornamen verkehren kann. Man hilft sich gegenseitig. Das durfte ich als Vorsitzender der Wissenschaftskommission der EAP erfahren, als ein spanischer Kollege vor einem Jahr alarmiert nach Forschungsnachweisen für die Wirksamkeit der Psychotherapie nachfragte. Eine politische Kommission in Spanien (wo gerade ein Psychotherapiegesetz erlassen werden soll) würde behaupten, Psychotherapie sei Scharlatanerie und hätte keinerlei Wirksamkeitsforschung zu bieten. Innert weniger Tage hatten wir von allen renommierten Forschenden so viele Unterlagen und Literaturhinweise erhalten, dass es ein Leichtes war, die Behauptung dieser Kommission zu widerlegen. Das zeigt, wie wichtig es ist, über solche Kontakte aus Kongressen zu verfügen.

Das Präsidium der SPR wechselt jährlich. Zu den Pflichten des Incoming President gehört jeweils die Organisation des Kongresses. Bruce Wampold, der dieses Jahr zum Präsidenten gewählt wurde, machte das zusammen mit den lokalen argentinischen OrganisatorInnen sehr gut. Lag das Präsidium letztes Jahr in den Händen von Mariane Krause (Chile), so wird Bruce den Stab in einem Jahr an den Schweizer Martin Grosse Holtforth weitergeben. Er wird nun den nächsten Kongress vom 17. bis zum 20. Juni 2020 in Amherst (Massachusetts) organisieren.

Etwa 500 Präsentationen fanden inklusiv der Pre-Congress Workshops in diesen drei Tagen statt. Beeindruckend waren Qualität und Niveau der Beiträge. Da die meisten Präsentationen in Parallelveranstaltungen stattfanden, war man natürlich gezwungen, eigene Prioritäten zu setzen. Ich folgte einerseits den Präsentationen der SchweizerInnen, um zu sehen, woran man an unseren Universitäten forscht, und andererseits den Themen der Allianzforschung und dem Stellenwert der qualitativen gegenüber der quantitativen Forschung.

Quantitative und qualitative Forschungen müssen kombiniert werden, wenn man den Veränderungs-Mechanismen auf die Spur kommen will, und dies ist ein Hauptfokus der Psychotherapieforschung der Zukunft. Sinnvolle Interpretationen von Zahlenwerten, die durch quantitative Methoden generiert werden, können nur in Verbindung mit ergänzender qualitativer Forschung vorgenommen werden. Umgekehrt können qualitative Fallstudien nicht ohne Zahlen auskommen, wenn sie in Metaanalysen

berücksichtigt werden wollen. Bei Fallstudien wird zwischen klinischen und Forschungs-Fallstudien unterschieden. Sie unterscheiden sich in der Art der Dokumentation und der verwendeten Untersuchungsinstrumente. Als Konsequenz des Umstandes, dass nach 50 Jahren mit tausenden RCTs und Metanalysen, über die zwar viel Wissen über die allgemeine Wirksamkeit der Psychotherapie generiert wurde und Vergleiche von Verfahren angestellt wurden, aber noch immer wenig bekannt ist, was es denn ausmacht, ob eine Veränderung im Sinne eines Therapieerfolges geschieht oder nicht, war man sich in Panels oft einig, dass die qualitative Forschung stärker gewichtet werden müsse. Damit das aber möglich ist, müsste sie sich so entwickeln, dass eine strukturierte Dokumentierung von Einzelfallstudien Vergleiche mit anderen ermöglicht, sodass auch über den Einzelfall hinaus generalisierende Aussagen zum Veränderungsprozess gemacht werden können. Die in diesem Heft vorgestellte Methode der Single Case Experimental Designs stellt eine innovative Verbindung von qualitativer mit quantitativer Forschung (ursprünglich in der Bildungs- und Sozialforschung entwickelt) für klinische Studien dar, die in der Hierarchie der Evidence based Medicine einen vergleichbaren Stellenwert zu RCTs, aber eine höhere externe Validität erreicht.

Um hier am Puls zu bleiben, habe ich mich einer Fachgruppe angeschlossen (in der auch Ueli Kramer von der Universität Lausanne sitzt), die Kriterien für qualitative Forschungsdesigns entwickelt, sodass diese besser in relevanten Journals publiziert werden und in Metaanalysen einfließen können.

Christoph Flückiger (Universität Zürich) berichtete über eine Metanalyse zur Allianzforschung (Project Alliance Metanalysis 2020), aus der erste Werte zu berichten sind: Die therapeutische Allianz ist, unabhängig von Störungsbildern, der wichtigste und ein robuster Prediktor für eine erfolgreiche Therapie.

Ich nahm die Gelegenheit auch wahr, einen Beitrag aus der PAP-S zu präsentieren: Therapien, in denen es den TherapeutInnen im Verlaufe der Therapie gelang, die Beurteilung der Allianz so zu verändern, dass die Beurteilung aus Sicht der PatientInnen und deren TherapeutInnen sich angleicht, verlaufen deutlich erfolgreicher als solche, in denen eine Differenz in der Beurteilung aus der jeweiligen Sicht verbleibt. Das stellt natürlich Fragen, beispielsweise wie die therapeutischen Skills in der Weiterbildung zu trainieren sind, sodass TherapeutInnen in die Lage versetzt werden, sich in diesem Sinne zu PatientInnen einzutunen.

Die bisherige Psychotherapieforschung hat viel auf PatientInnen, Störungsbilder und Verfahren mit ihren Interventionen fokussiert und dabei vernachlässigt, auch die Person der TherapeutInnen zu beachten (aus methodischen Gründen: In der aus der Pharmazie stammenden RCT-Forschungslogik und der frühen verhaltenstherapeutischen Logik wurde die Person der TherapeutInnen lediglich als Störvariable begriffen, wichtig waren Diagnose und Interventionen, die unabhängig der Person der TherapeutInnen gleich wirken sollten.) Das wird in der Forschung der Zukunft verändert werden müssen. Es geht darum, Beziehungsprozesse zwischen Menschen als gelingende

oder nicht gelingende Interaktions- und Kommunikationsprozesse zu beforschen, und das bedingt auch den Einbezug der Person der TherapeutInnen mit ihrer jeweils eigenen Persönlichkeitsdynamik und Sozialkompetenz.

Wenig Beachtung wurde bisher auch den nonverbalen Aspekten in der therapeutischen Begegnung geschenkt. Spannend waren da etwa die Präsentation von Wolfgang Tschacher (Universität Bern) über Synchronisierungsprozesse während der Therapiesituation (Mimik, Stimme, Sitzhaltung, Bewegungen) oder eine Studie von Clara Hill zu Schweigen als Intervention. Man war sich einig, dass diese Aspekte nicht länger vernachlässigt werden dürfen, wenn die Psychotherapieforschung von morgen Antworten darauf finden will, warum Therapie manchmal gut gelingt, manchmal nicht und manchmal gar schadet.

Von einem Panel zum Thema Forschung zur Psychotherapieintegration am Schluss des Kongresses möchte ich gern einige kurze Statements wiedergeben.

- James Boswell, Albany (USA): Forschung sollte mehr prozess-orientiert sein, weniger outcome-orientiert.
- Franz Caspar, Bern: Man soll sich nicht auf RCTs versteifen. Das Forschungsproblem dort sei, dass die APA eine Manualisierung der Therapie vorschreibe, was er als Misskonzeption erachte. Eine heuristische Analyse des therapeutischen Handelns sei wichtiger als von Beginn weg zu manualisieren. Der Prozess der Therapieintegration sei noch wenig untersucht.
- Louis Castongay, Pennsylvania (USA): «Stop reading RCTs!», kündigt ein Buch an, in dem ExpertInnen verschiedener Richtungen mit Befunden aus der Veränderungs-Forschung konfrontiert und befragt wurden, wie sie diese in ihren Therapieansatz integrieren würden.
- Shigeru Iwakabe, Japan: Die Rolle der Emotion in der Psychotherapie sei wichtig. Bei Therapieintegration sei nicht spannend, wie Methoden integriert werden könnten, sondern was und wie TherapeutInnen integrieren.
- Tenor aus dem Publikum: Dass RCTs der Königsweg für Forschung seien, sei eine imperialistische Attitüde. Die These, dass Kausalität nur durch RCTs gezeigt werden könne, sei schlicht nicht wahr.
- Caspar und Castongay: Keine Methode solle ausgegrenzt werden, vielmehr seien verschiedene Forschungsansätze zu integrieren statt gegeneinander auszuspielen.

Ich empfehle allen Praktizierenden die Teilnahme an solchen Konferenzen zur professionellen Weiterbildung. Seitens der ASP hat mich unsere Präsidentin Gabriela Rüttimann begleitet. Es wäre zu wünschen, wir wären noch mehr Leute aus unseren Kreisen, so könnten wir auch gemeinsam verarbeiten und diskutieren, was wir an neuen Einsichten mit nach Hause nehmen.

Und bei aller Wissenschaftlichkeit: Es ist unglaublich und freudig zu sehen, welchen Stellenwert das Tanzen am Schluss des Kongresses nach dem Galadinner hatte. Das ging ja ab mit diesen Forschenden bis in die frühen Morgenstunden, von jung bis alt.

Buchbesprechungen

B. E. Wampold, Z. E. Imel & C. Flückiger (2018).
Die Psychotherapie-Debatte.
Was Psychotherapie wirksam macht

Bern: Hogreve. ISBN: 978-3-456-85681-0.
400 S., 39,95 EUR

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (2) 111–113 2019

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2-111>

Die Autoren dieses Buches schildern die wissenschaftliche Auseinandersetzung um eine adäquate Form der Psychotherapieforschung. Dabei rezipieren sie die Psychotherapieforschung der letzten Jahrzehnte bis 2018 und diskutieren sie anhand zweier sich konkurrierender Modelle, dem Medizinischen Meta-Modell und dem Kontextuellen Meta-Modell.

Das medizinische Meta-Modell stammt aus der Pharmaforschung und sieht Psychotherapie als eine Art Verum (Wirkstoff), der Veränderungen herbeiführt, analog eines Pharmakons. Es behandelt die Person der/des Therapeutin/en als konstante Variable, die nicht weiter zu untersuchen ist.

Das von Wampold und Mitarbeitern entwickelte Kontextuelle Meta-Modell versteht Psychotherapie als sozial eingebettete Heilpraxis und bezieht soziale Faktoren, den Kontext innerhalb dessen Therapie geschieht, die Interaktionen zwischen PatientIn und TherapeutIn, wie auch die Allianz und die Kompetenz der/des Therapeutin/en mit ein.

Das Buch ist eine bearbeitete Übersetzung aus dem Amerikanischen des 2015 in zweiter Auflage erschienen Buches *The Great Psychotherapy Debate* von Wampold und Imel. Für die deutsche Ausgabe wirkte Christoph Flückiger (Zürich) mit. Er sorgte dafür, dass vermehrt auch Forschung aus dem deutschsprachigen Raum wie auch der Kontext in den deutschsprachigen Ländern, in dem Psychotherapie betrieben wird, berücksichtigt wird, und aktualisierte auch die rezipierte Forschung auf den Stand von 2018.

Die erste Version von *The Great Psychotherapy Debate* erschien 2001, war eine Provokation für die damalige Forschungslandschaft und wollte auch als solche wirken. Die Autoren stellten viele als gesichert wahrgenommene Befunde im Medizinischen Meta-Modell in Frage, wie etwa die Überlegenheit der Verhaltenstherapie gegenüber anderen Therapieverfahren, indem sie Metanalysen reanalysierten und viele methodische Fehler aufdeckten, die zu diesen Resultaten führten und die sich als nicht evidenzgesichert erwiesen. Die dadurch ausgelöste wissenschaftliche Debatte war intensiv und führte zu einer zweiten aktualisierten Auflage des Buches. Die Zahl der zu berücksichtigenden Studien hat sich in dieser Zeit

vervielfacht. Dankenswerterweise liegt diese zweite Auflage nun ergänzt auch auf Deutsch vor, womit sie dem deutschsprachigen Publikum besser zugänglich wird.

Das Buch gliedert sich in neun Kapitel:

In *Kapitel 1* werden die Geschichte der Medizin und der Methoden der Psychotherapieforschung dargestellt. Schon hier wird deutlich gemacht, dass psychologische Interventionen sich sehr schwer in das Raster der Medikamentenforschung pressen lassen, da Kultur und Heilpraktiken stark ineinander verflochten sind. Anhand der Entwicklung der medizinischen Forschungsdesigns wird aufgezeigt, wie die Psychologie dieselben Standards aufnahm, um als Naturwissenschaft gelten zu können. Verloren gingen bzw. vernachlässigt wurden dabei die Geisteswissenschaften wie auch die Sozial- und Kulturwissenschaften als Quellen der Psychotherapie. Es werden die Grundzüge der Geschichte der evidenzbasierten Medizin und deren Adaption in der Psychotherapieforschung aufgezeigt und kritisiert. Sie führten zu einer Dominanz (ungerechtfertigterweise, wie später im Buch wiederholt bewiesen wird) und Bevorzugung der Verhaltenstherapie, da diese sich am leichtesten manualisieren liess und der Bedeutung der Person der/des Therapeutin/en lange Zeit keine Beachtung schenkte. RCTs, die die Überlegenheit gegenüber anderen Verfahren aufzeigen sollten, waren oft manipuliert in dem Sinne, dass für Vergleichsgruppen Interventionsmanuale entwickelt wurden, die eine Psychotherapie geradezu verunmöglichten und in der therapeutischen Praxis von niemandem je so angewandt wurden, oder es wurden in «Blitzkursen» Studierende angelernt, wie man empathisch reagieren könne und nichts weiter als das, was dann leider dazu führte, dass solche in der Praxis niemals angewendet, lediglich zu Kontrollgruppenzwecken entwickelten «Verfahren» gemeinerweise der humanistischen Therapie zugeordnet und zu deren Nachteil verwertet wurden (bis heute beispielsweise immer noch im deutschen Wissenschaftsbeirat Psychotherapie).

Über den Weg von Metaanalysen kann als wichtiges Resultat aller Forschungsbemühungen gezeigt werden, dass Psychotherapie relativ unabhängig vom spezifischen Verfahren tatsächlich wirksam ist. Das Kapitel endet in der These des Buches, «dass mehrere wichtige Aspekte der Psychotherapie im Verlauf der letzten Jahrzehnte vernachlässigt worden sind, zum Nachteil des Gesamtverständnisses, wie Psychotherapie funktioniert – in der Theorie und noch relevanter in der Praxis» (S. 65).

In *Kapitel 2* wird das Kontextuelle Meta-Modell erläutert und begründet. Es nimmt den Befund der bisherigen Forschung auf, dass es offenbar gemeinsame Faktoren über verschiedenen Verfahren hinweg gibt, die in der Psychotherapie zum Tragen kommen. Das Kontextuelle Meta-Modell fusst auf klaren Definitionen, was als Psychotherapie zu verstehen ist, und philosophischen Erläuterungen, die für die Interpretation von Psychothe-

rapieevidenz notwendig sind. Psychotherapie wird als interpersonelle Behandlung verstanden, deren Prozess von PatientInnen mitgestaltet wird. Das Verfahren beruht auf psychologischen Grundlagen, enthält zu Beginn eine Einigung zwischen PatientIn und TherapeutIn über Indikation und Zielsetzung wie auch eine Aufklärung über das angewendete Verfahren. Das Kontextuelle Meta-Modell schlägt drei Wirkmechanismen vor, die Veränderungen in einer Psychotherapie erklären: echte Beziehung, Erwartungen und Behandlungsdurchführung.

In *Kapitel 3* werden das Medizinische und das Kontextuelle Meta-Modell einander gegenübergestellt. Dazu werden auch wissenschaftsphilosophische Bezüge erläutert. Es schliesst mit der Feststellung, dass Metaanalysen geeignet sind, Hypothesen des Medizinischen und es Kontextuellen Meta-Modelles zu testen, was in den weiteren Kapiteln erfolgt.

In *Kapitel 4* wird der Forschungsstand zur absoluten Wirksamkeit der Psychotherapie dargestellt. Manche Behandlungen wurden gar als schädlich erachtet. Im Gegensatz zu einer Einschätzung von Eysenck in den 50er und 60er Jahren (vgl. S. 121), dass Psychotherapie keinen Nutzen hätte, konnte anhand einer Kritik von Eysencks Forschungsmethodik und anhand vieler weiterer seither erfolgter klinischer Studien unzweifelhaft gezeigt werden, dass Psychotherapie im Gegenteil ausserordentlich nutzbringend ist. Die Einschätzung Eysencks und anderer erwies sich als empirisch nicht haltbar.

Wichtig im Fazit ist: Es war schwierig, Studien zu finden, die die Unwirksamkeit belegen. Bei jenen Studien, die die Schädlichkeit belegen wollten, wurde gezeigt, dass dort Verfahren angewendet wurden, die in der klinischen Praxis gar nicht eingesetzt werden, da sie keine psychologische Grundlage haben. Trotz umfangreicher Forschung gelang es jedoch nicht, weder im Medizinischen noch im Kontextuellen Meta-Modell eine absolute Wirksamkeit eines Verfahrens nachzuweisen. Das führt zur Frage der relativen Wirksamkeit und zur Frage, ob es allgemeine oder methodenspezifische Faktoren sind, die darüber entscheiden, ob eine Psychotherapie erfolgreich ist oder nicht.

In *Kapitel 5* wird der Frage der relativen Wirksamkeit nachgegangen. Es wird die Forschungsmethodik untersucht, die die Fragen der unterschiedlichen Wirksamkeit klären kann, und auf den Allegiance-Effekt in Studien verwiesen. Die meisten Forschenden favorisieren ihr eigenes Therapieverfahren, das sie selbst vertreten und beeinflussen, sowohl das Studiendesign wie auch die Interpretation der Resultate. Bereinigt man die Daten um diesen Allegiance-Effekt, so sieht man eine vergleichbare Wirksamkeit der untersuchten Therapien. Ein Allegiance-Effekt spielt auch bei TherapeutInnen eine Rolle: Wer an die Wirksamkeit der eigenen Methode glaubt, der erzielt bessere Resultate, als wenn er ein Verfahren (für Kontrollgruppen) anwenden muss, an dessen Wirksamkeit er selbst nicht glaubt. Beispielhaft werden ausgewählte Studien entsprechend kritisch begutachtet. Verhaltenstherapie zeigt nach kritischer Sicht der Studien nicht mal für Panikattacken oder andere Angststörungen eine Überlegenheit, obwohl diese Behauptung fälschlicherweise in der Forschungsliteratur Bestand hat

und von vielen Praktizierenden mangels Kenntnis der Kritik dieser Studien geglaubt wird. Es werden Metaanalysen zu Depression, PTBS und anderen Angststörungen sowie Substanzmissbrauch dargestellt und diskutiert.

Im Fazit wird festgehalten, dass es kaum Evidenz dafür gibt, dass bestimmte Verfahren anderen überlegen wären, auch nicht hinsichtlich bestimmter Störungsbilder. «Das Fehlen systematischer Unterschiede zwischen der Vielzahl von Psychotherapien lässt Zweifel an der Hypothese laut werden, dass vorzugsweise ganz bestimmte Komponenten für gesonderte Störungen für die robuste Wirksamkeit der Psychotherapie verantwortlich sind» (S. 208).

In *Kapitel 6* werden TherapeutInneneffekte beschrieben, die die Psychotherapie beeinflussen. Sie werden als entscheidender und bisher in der Forschung vernachlässigter Faktor erkannt. In vielen rein medizinischen Wirksamkeitsstudien sind mögliche TherapeutInneneffekte kaum ein Untersuchungsgegenstand, ein Mangel übrigens auch in der somatischen Medizin.

Im Fazit zeigt sich, dass die Allegiance der TherapeutInnen zur Behandlung ein robuster Faktor ist, der die Behandlungseffekte moderiert. Es liegt nahe, «dass die Bedeutung der Unterschiede zwischen den Behandlungen in den Modellen etwas überschätzt wird. Insgesamt ist die Mitberücksichtigung der einzelnen Therapeuten für die Schätzung der Behandlungsunterschiede somit hoch relevant» (S. 229).

Kapitel 7 behandelt allgemeinen Effekte und fokussiert vor allem auf die Allianz als bedeutenden allgemeinen Effekt und auf Befunde der Placebo-Forschung, wie auch auf die Bedeutung der Erwartungen an die Psychotherapie, seitens der PatientInnen wie auch der TherapeutInnen. Zusammenfassend werden gemeinsame Faktoren als kausale Faktoren bezeichnet. Es wird gezeigt, dass das Kontextuelle Meta-Modell viel komplexere Vorhersagen machen kann als das Medizinische Meta-Modell.

In *Kapitel 8* wird den spezifischen Effekten nachgegangen: Wie robust können spezifische Effekte vorausgesagt werden? Evidenz wird gewonnen aus sogenannten Komponentenstudien. Man bildet Vergleichsstudien, in denen Kontrollgruppen behandelt werden, bei denen einige spezifische Komponenten, die charakteristisch sind für ein Verfahren, weggelassen oder zugefügt werden, und vergleicht das Resultat. Das Weglassen oder Hinzufügen einzelner Komponenten erhöht den Nutzen der Behandlung nicht, was im Widerspruch zu dem steht, was gemäss Medizinischem Meta-Modell erwartet werden müsste. «Die Resultate unterstützen die Skepsis gegenüber einer direkten Interpretation von Wirksamkeitsunterschieden von spezifischen Interventionsbestandteilen ohne die Berücksichtigung kontextueller Faktoren» (S. 290). Diskutiert werden auch PatientInnenvariablen und deren Wechselwirkung zur Behandlung. Zusammenfassend wird gesagt, dass weder Komponentenstudien noch Studien zu Pseudoplacebos noch Wechselwirkungen von PatientInnencharakteristika mit der Behandlung noch Studien zur Adhärenz und Kompetenz noch Studien zu Veränderungsmechanismen eine aktuelle robuste Evidenz zeigen konnten für den Einfluss spezifischer Effekte.

In *Kapitel 9* schliesslich werden die Konsequenzen der wissenschaftlichen Debatten dargestellt und Schlussfolgerungen für Theorie, Politik und Praxis gezogen. Die Bedeutung für die Theorie lautet: Das Medizinische Meta-Modell ist unzureichend für die Psychotherapieforschung, das Kontextuelle Meta-Modell ist als ein progressives Forschungsprogramm vorzuziehen. Die Bedeutung für die Politik lautet: Man sollte wegkommen von der einseitigen Forschungsförderung von RCTs. Es ist nicht zu erwarten, dass weitere RCTs tiefere Klärungen geben können für den Vergleich der Wirksamkeit unterschiedlicher Verfahren, da dieses Design zu begrenzt ist für solche Fragen.

Forschung sollte mehr weggehen von der Suche nach evidenzbasierten Verfahren bzw. Behandlungen, um andere auszuschliessen, und vielmehr sich einer praxisbasierten Evidenz zuwenden, das heisst, sich der Person der/des TherapeutIn/en und der Frage, wie effektiv TherapeutInnen arbeiten, zuwenden – unabhängig von den eingesetzten Verfahren. Das kann durch ein Monitoring und eine entsprechende Dokumentation von Therapiefortschritten im Verlauf der Behandlungen und durch deren Auswertung erfolgen. Aus Sicht der PatientInnen ist es wichtig, zu guten TherapeutInnen zu finden, die es verstehen, Psychotherapie auf eine Person zugeschnitten zu praktizieren.

«Warum sollte der Bereich der Therapien [...] eingeschränkt werden, solange die Therapeuten oder Gesundheitssysteme die Benchmarks erfüllen? [...] Das politische Ziel aus dieser Perspektive ist, eine breite Palette der verfügbaren effektiven Behandlungen bereitzustellen und sicherzustellen, dass Patienten einen Zugang zur Gesundheitsversorgung erhalten, anstatt eine kleine Gruppe von Behandlern zu fördern bzw. zu übervorteilen» (S. 342f.).

Die Bedeutung für die Praxis lautet: «Therapeuten sollen eine Behandlung durchführen, die kohärent, erklärend und für das Engagement des Patienten bei der Herstellung wünschenswerter Veränderungen in seinem Leben wegbereitend sind» (S. 344). Dazu ist es wichtig, dass sie sich nicht durch Behandlungs- und Interventionsmanuale einschränken lassen müssen, sondern flexibel intervenieren können.

TherapeutInnen sind für den Erfolg einer Behandlung mitverantwortlich. Sie sollten über ihre Wirksamkeit in jedem Einzelfall Bescheid wissen und ein entsprechendes Monitoring betreiben. In der Wahl ihrer Intervention sollen sie eine Abgrenzung zu nicht psychologisch fundierten Verfahren einhalten. Sie haben eine Pflicht, sich laufend fortzubilden, um ihre personale und professionelle Kompetenz zu erweitern.

Die Ausbildungspraxis sollte wissenschaftlich begleitet werden. Trainingsprogramme sollten verschiedene Ansätze vermitteln. Ausbildungsprogramme sollten ihre Aufmerksamkeit auf die Wirksamkeit der Auszubildenden ausrichten, was ein Monitoring der Therapien, die Auszubildende durchführen, verlangt. Supervision reicht dafür nicht aus, soll aber miteinbezogen werden.

In diesem Buch findet sich eine Fülle von Material zur Psychotherapieforschung und zu den historischen wie aktuellen Diskussionen. Ich habe es mit grossem Gewinn gelesen und empfehle es allen PsychotherapeutInnen zur Lektüre, um sich mit Forschungsfragen und dem Forschungsstand besser vertraut zu machen.

Die Autoren des Buches möchten inspirieren und die Neugierde in der Psychotherapieforschung fördern. Hieran schliesst sich der Autor dieser Rezension an!

Peter Schulthess

Literatur

Wampold, B.E. & Imel, Z.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. New York, East Sussex: Routledge.

Wampold, B.E. & Imel, Z.E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate. The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. 2. Aufl. New York, East Sussex: Routledge.

Daniel Goleman & Richard J. Davidson (2017). *Altered Traits. Science Reveals How Meditation Changes Your Mind, Brain, and Body*

New York: Avery. ISBN: 978-0-7352-2031-7.
336 S., 9,99 EUR

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (2) 113–114 2019
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2-113>

In diesem faszinierenden und sehr fundierten Buch untersuchen Daniel Goleman und Richard J. Davidson, inwieweit die vielen behaupteten positiven Effekte von Meditation wirklich stichhaltig sind und wissenschaftlich bestätigt werden können. In den letzten Jahren wurde der Begriff «Achtsamkeit» zunehmend verwendet, um nicht nur ein Kernelement psychotherapeutischer Behandlung zu beschreiben, sondern ebenso, um Menschen anzusprechen, die auf der Suche nach einem Mittel gegen Alltagsstress und -ängste sind. Sogar Firmen wie Google, Nike und Apple haben Achtsamkeit schätzen gelernt. Sie bieten ihren Angestellten neuerdings Meditations-Apps an und ermöglichen es ihnen, diese Methoden am Arbeitsplatz anzuwenden. Es wird dabei angenommen, dass das Praktizieren von Achtsamkeit nicht nur einen persönlichen Gewinn wie erhöhte Energie, Gewahrsein und bessere Gesundheit bewirkt, sondern sich auch positiv auf die Arbeitsleistung und ein vermindertes Stressempfinden auswirkt.

Können diese Behauptungen strengen wissenschaftlichen Überprüfungen standhalten? Wer könnte diese Fragen besser beantworten als die beiden Autoren. Goleman, der bekannte Wissenschaftsjournalist und Autor des Welterfolgs *EQ. Emotionale Intelligenz* (1995) hat seit seinem zweijährigen Studienaufenthalt als Harvard-Student in Indien ein jahrzehntelanges

Interesse am Thema Meditation entwickelt. Davidson, ein enger Freund seit ihrer gemeinsamen Studienzeit in Harvard, ist ein anerkannter Neuropsychologe und Leiter eines führenden Hirnforschungslabors an der Universität von Wisconsin. Die beiden Autoren, die selbst seit Jahrzehnten meditieren, blicken mit Freude auf den Aufschwung der Achtsamkeitsbewegung in den letzten 20 Jahren, aber bemängeln die Art und Weise, wie Studienergebnisse in den sozialen Medien und anderswo allzu oft übertrieben oder verfälscht dargestellt werden. In ihrem Buch geht es ihnen darum, vorsichtig zu bleiben und ihre eigenen Schlussfolgerungen auf das zu beschränken, was durch Forschungsergebnisse der besten und striktesten Studien wirklich bestätigt werden kann.

Die beiden Autoren behandeln ein breites Themengebiet und zeigen ihren persönlichen und professionellen Weg auf. In den ersten drei Kapiteln legen sie ihre ersten Vorstösse ins Gebiet der Meditation dar und was sie zu dieser Suche veranlasst hat. Am meisten angefeuert habe sie der Dalai Lama anlässlich eines Meetings im Jahr 2000, als er darauf hinwies, dass die tibetische Tradition ein breites Angebot an erprobten Praktiken zur Eindämmung von destruktiven Emotionen bereithalte. Er habe sie gedrängt, diese Methoden von den religiösen Anteilen zu entschlacken und sie streng wissenschaftlich auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen. Falls die Praktiken helfen, sollten sie weit verbreitet und einem grossen Publikum zugänglich gemacht werden. In den Kapiteln vier bis zwölf behandeln die Autoren verschiedene Aspekte wie Aufmerksamkeit, Mitgefühl oder Veränderungen in den Hirnstrukturen von Yogis. In den letzten zwei Kapiteln stellen sie den Nutzen der Meditation für Anfänger, für Langzeit-Meditierende und für Yogis dar.

Ich empfehle dieses Buch nicht nur PsychologInnen und interessierten Laien, sondern speziell auch PsychotherapeutInnen, die mehr über neue evidenzbasierte Behandlungen von psychischen Störungen erfahren möchten, bei denen Meditationsformen integriert sind. Im Kapitel über Meditation und Psychotherapie zeigen die Autoren, dass die achtsamkeitsbasierte Meditation Depressionen, Ängste und Schmerzen in ähnlichem Ausmass zu verringern vermag wie Medikamente, aber ohne deren Nebenwirkungen. Die Mitgefühl-Meditation scheint speziell hilfreich bei der Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen zu sein. Die Verbindung von Achtsamkeit mit Psychotherapiemethoden wird in Zukunft nach Meinung der Autoren einen zunehmenden Einfluss auf die Behandlung von vielen weiteren psychischen Störungen haben. Das anschaulich geschriebene Buch, das bislang nur auf Englisch erhältlich ist, liest sich recht flüssig und vermittelt ein vertieftes Verständnis der verschiedenen Aspekte von Meditation. Es regt zudem an, die eigene Meditationspraxis zu intensivieren oder KlientInnen beispielsweise den Besuch eines Kurses in achtsamkeitsbasierter Stressreduktion zu empfehlen.

Felix Hürlimann

Theodor Itten (2018). *Schweigen. Von der Kunst der Stille bis zur befohlenen Ruhe*

Berlin: Springer. ISBN 978-3-662-56767-8.
208 S., 24,99 EUR

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (2) 114–115 2019
www.psychotherapie-wissenschaft.info
CC BY-NC-ND
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2-114>

Der Schweizer Psychotherapeut und Autor Theodor Itten hat nach den für PsychotherapeutInnen sehr interessanten Werken *Jähzorn* (2007) und *Grössenwahn* (2016) in den letzten Jahren nunmehr ein Buch zum Thema «Schweigen» geschrieben. Schweigen muss als ein unspezifisches Merkmal des Nicht-reden-Wollens betrachtet werden, unter dessen weitem Dach sich ein sehr breites Bedeutungsspektrum zwischen dem Pol eines bewussten, kontrollierten, gewollten und kalkulierten Schweigens bis hin zum Pol eines unbewussten, ungewollten, ohnmächtigen und machtlosen Schweigens auffächert. Schweigen ist im Watzlawick'schen Sinne ein Mittel der menschlichen Kommunikation, selbst wenn man nichts sagt, kommuniziert man, nämlich, dass man nichts sagen will, nichts sagen kann oder nichts zu sagen hat. Schweigen wird in der menschlichen Interaktion wirksam, es löst unweigerlich Reaktionen im Gegenüber oder der sozialen Umgebung aus: Man kann nicht nicht darauf reagieren. Itten nennt es «ein Sich-ohne-Worte-Mitteilen».

Grundsätzlich kann Schweigen nicht als vom kulturellen Hintergrund getrennt betrachtet werden. Rede- und Schweigeverhalten sind sozial vermittelte Normen, durch die man lernt, wann man und wie man sich einem sozialen Gegenüber sprachlich zu verhalten hat, was man öffentlich preisgeben darf und was besser nicht, was tabuisiert ist und nicht angesprochen werden darf oder nicht angesprochen werden sollte, oder was wem wann und unter welchen Umständen zusteht zur Sprache zu bringen. Schweigen ist wie Sprache ein alltägliches mächtiges Mittel zur Regulierung des zwischenmenschlichen Umgangs miteinander.

Im Schweigen können positive wie negative Eigenschaften und Motive des Schweigers gesehen werden. Ein wesentliches Anliegen dieses Buches sieht der Autor darin, «eine neue und vielleicht überraschende Verbindung zwischen Stille, Schweigen und Ruhegeben zu ermöglichen» (S. VII). Um diesem Ziel gerecht zu werden, durchzieht das gesamte Werk eine ungeheure Fülle an Beispielen und philosophischen Betrachtungen. Schweigen wird auf diese Weise von allen erdenklichen Seiten beleuchtet. Je nach Intention des Schweigers werden weise, nachdenkliche, aber auch aggressive, despektierliche Intentionen erkennbar. Der Philosoph Wittgenstein wird mit «Wovon man nicht sprechen kann, darüber muss man schweigen» zitiert. Anhand dieses einen Beispiels wird bereits deutlich, dass eine Doppeldeutigkeit im Wittgenstein'schen Satz enthalten ist: Damit könnte gemeint sein, dass man besser schweigen solle, wenn man über nicht ausreichende Kenntnisse über das zu Besprechende verfüge, oder aber,

dass es sozial nicht angemessen sein könnte, gewisse Dinge überhaupt zur Sprache zu bringen.

Die stets mögliche Doppeldeutigkeit des Phänomens Schweigen wird an vielen Redewendungen deutlich, die im Volksmund ihren Niederschlag gefunden haben. Negative und kritische Perspektiven wie «es fehlen einem die Worte», «Macht des Schweigens», «Mundhalten», «Sprachlosigkeit», «schamhaftes Schweigen», «Mantel der Verschwiegenheit», «Mauer des Schweigens», «Tot-schweigen», «trotziges Schweigen», «beredtes Schweigen» oder «vor Schreck verstummen», «der Rest ist Schweigen» halten sich in etwa die Waage mit eher positiven Konnotationen zum Schweigen wie «Reden ist Silber, Schweigen ist Gold», «etwas auf sich beruhen lassen», «kein Sterbenswörtchen», «zur letzten Ruhe betten», «Schweigeminute», «Schweigegelübde», «Verschwiegenheitsgebot», «Schweigepflicht» oder «hättest du geschwiegen, wärest du Philosoph geblieben» (si tacuisses, philosophus mansisses).

Das letzte Beispiel wird durch die Haltung namhafter Philosophen zum Schweigen belegt. Es wird eine Tendenz zur eher positiven Bewertung von Schweigen erkennbar. Nietzsche sah in der zunehmenden gesellschaftlichen Hektik und Beschleunigung bereits seiner Zeit (!) ein Unheil: «Aus Mangel an Ruhe läuft unsere Zivilisation in eine neue Barbarei aus» (*Menschliches, Allzumenschliches*, 1878). Er würdigte die sprachliche Zurückhaltung auch an anderer Stelle: «Wenn man ein Jahr lang schweigt, so verlernt man das Schwätzen und lernt das Reden» (*Morgenröte. Gedanken über die moralischen Vorurteile*, 1881).

Auch der Misanthrop Schopenhauer sah im Schweigen eher eine weise, intelligente und kultivierte Haltung als im Reden.

«Auch wird man einsehen, daß Dummköpfen und Narren gegenüber es nur einen Weg gibt, seinen Verstand an den Tag zu legen, und der ist, daß man nicht mit ihnen redet.»

«Überhaupt ist es geratener, seinen Verstand durch das, was man verschweigt, an den Tag zu legen, als durch das, was man sagt» (*Aphorismen zur Lebensweisheit in Parerga und Paralipomena*, 1851).

In der Psychotherapie wird Schweigen als gezielte therapeutische Technik eingesetzt. Von der/m «totschweigenden PsychoanalytikerIn» als Zerrbild einer/s wenig hilfreichen Therapeutin/en ist immer wieder mal die Rede (sic!). Psychotherapie wirkt hauptsächlich über die Sprache, weshalb Freud von der «Redekur» und nicht von der «Schweigekur» sprach. Sprache ist der Weg zum Unbewussten, mithilfe von Sprache kommt Verschüttetes ins Erleben und kann so der Verarbeitung zugeführt werden, Sprache transportiert Emotionen. Gleichwohl ist auch das Schweigen ein elementarer Bestandteil psychotherapeutischer Prozesse. Sei es, dass ein/e AnalytikerIn bzw. PsychotherapeutIn durch Schweigen einer/m Patientin/en Raum gibt, zu regredieren, eigene Anteile auf den Behandelnden zu projizieren und sich zu entfalten, sei es, dass die/der PatientIn sich nicht öffnen mag und Widerstand durch Schweigen kundtut, oder dass sie/er ohne Druck von aussen Zeit findet, in sich hineinzufühlen, hineinzuhorchen, zu sich selbst, zu den Ängsten, den Sehnsüchten, dem Kern des eigenen Selbst zu finden.

Der Autor befasst sich mit den durchaus widersprüchlichen Auffassungen von Reden und Schweigen – je nach Perspektive und situativen Erfordernissen – auf eine lebendige, stets interessante und lesenswerte Art und Weise und liefert beredsam Auskunft über das Wesen des Schweigens (und seines Gegenteils). Das Buch sei all denjenigen empfohlenen, die sich entweder philosophisch und anthropologisch und/oder aus der Perspektive der PsychotherapeutInnen mit dem Wesen des Schweigens tiefer befassen wollen.

Volker Tschuschke



GRUPPENDYNAMIK KANN MAN SICH NICHT ENTZIEHEN

Die DGGO bietet eine Vielzahl an gruppenspezifischen Angeboten

Weiterbildung Trainer/in für Gruppendynamik

Weiterbildung Gruppendynamische/r Leiter/in und Berater/in

Weiterbildung Gruppendynamische/r Organisationsberater/in

Fachtagungen (öffentlich und intern)

Plattform für fachlichen Austausch und Vernetzung

Qualifikations- und Qualitätsstandards

Unterstützung von Forschungsprojekten & Veröffentlichungen

Die DGGO ist ein Fachverband von Expertinnen und Experten, die sich empirisch mit den Wirkkräften und Prozessen in Gruppen und Organisationen beschäftigen. Die Gesellschaft hat es sich zum Ziel gesetzt, die Erforschung von Gruppen- und Organisationsdynamik in Theorie und Praxis weiter zu fördern sowie durch geeignete Standards eine hohe Qualität der Aus- und Weiterbildungen zu sichern.