

## Originalarbeit (Themenheft)

*Serge Sulz*

### **Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft oder: von der Wissenschaft zur Kunst**

**Zusammenfassung:** In Deutschland wird Psychotherapieausbildung in die Hände von Wissenschaftlern gegeben und die praktische Ausbildung hintangestellt. Dies führt zur Frage, inwiefern und in welchem Ausmaß Psychotherapie Wissenschaft ist. Beginnend mit einer Diskussion von Psychologie als Wissenschaft und ihren Fehlentwicklungen und Stagnationen wird zur Frage übergegangen, ob Psychotherapie Wissenschaft ist, die von den Wissenschaftlern bejaht wird. Die praktizierenden Psychotherapeuten dagegen sagen, dass sie eine Kunst ist, die auf Wissenschaft aufbaut, aber mehr ist als diese. Sie leiten daraus ab, dass diese Kunst nicht von Wissenschaftlern gelehrt werden kann. Aber auch unter den Wissenschaftlern herrscht keine Einigkeit. Die einen forschen unter experimentellen, laborähnlichen Bedingungen, während ihre Ergebnisse von den anderen als ungültig für die reale Welt außerhalb des Labors betrachtet werden. Schließlich wird der Frage nachgegangen, wo und wie die Kunst der Psychotherapie gelernt werden kann.

**Schlüsselwörter:** Psychotherapie, Wissenschaft, Wissenschaftstheorie, Evidenzbasierung, RCT-Studiendesign, quantitative Forschung, qualitative Forschung, Feldstudien, Hermeneutik, allgemeine Wirkfaktoren, therapeutische Beziehung, Psychotherapie-Ausbildung, Selbsterfahrung, Supervision, Therapeutenpersönlichkeit

#### **Psychotherapy is more than science or: From science to art**

**Summary:** In Germany psychotherapy training has been handed over to scientists and the practical training neglected. This leads to the question to what extent and in what magnitude psychotherapy is a science? Starting with a discussion of psychology as a science, its undesirable development and stagnation then becomes a question of whether psychotherapy is a science that would be accepted by scientists. Practicing psychotherapists counter this and say that it is an art, which is founded on science however, it is more than this. They deduce that this art cannot be taught by scientists. However, there is also no unanimity amongst scientists. The one group conduct research under experimental laboratory conditions, whereas the others see these findings as invalid for the real world outside the laboratory. Finally the question is pursued where and how the art of psychotherapy can be learnt.

**Key words:** Psychotherapy, Science, Theory of science, Evidence based, RCT Study design, quantitative research, qualitative research, field studies, hermeneutics, general effectiveness factors, therapeutic relationship, psychotherapy training, self experience, the therapist's personality.

#### **La psicoterapia è più di una scienza, ovvero: dalla scienza all'arte**

**Riassunto:** In Germania l'insegnamento della psicoterapia è affidato agli scienziati, e la formazione pratica è trascurata. Ciò conduce alla domanda fino a che punto e in che misura la psicoterapia sia una scienza. Iniziando con una discussione della psicologia come scienza, dei suoi errori e delle sue stagnazioni, si arriva alla domanda se la psicoterapia sia una scienza, a cui gli scienziati danno risposta affermativa. Gli psicoterapeuti che praticano la professione sostengono invece si tratti di un'arte, che si basa sulla scienza ma è più di essa. La conclusione che ne traggono è che questa scienza non può essere insegnata da scienziati. Ma anche tra gli scienziati non vi è una posizione unitaria: se alcuni fanno ricerche in condizioni sperimentali che riproducono quelle di laboratorio, gli altri non considerano tali risultati validi per il mondo reale al di fuori del laboratorio. Infine si approfondisce la questione di dove e come possa essere appresa l'arte della psicoterapia.

**Parole de chiave:** Psicoterapia, scienza, teoria scientifica, basato sull'evidenza, progettazione di studi controllati randomizzati, ricerca quantitativa, ricerca qualitativa, studio sul campo, ermeneutica, fattori comuni, rapporto terapeutico, insegnamento della psicoterapia, esperienza di sé, supervisione, personalità del terapeuta

#### **Einleitung**

„Auch wenn ich als Verhaltenstherapeut tätig bin und die Wissenschaft für eine mustergültige Untersuchungsmethode halte, verstören mich die Bemühungen um eine ‚Medikalisierung‘ der Psychotherapie, ihre Reduzierung auf ein nach der somatischen Medizin gestaltetes Heilverfahren. Nach Untersuchung der psychosozialen Funktionen der Psychotherapie, ihres Werte-affinen Charakters, ihrer Rolle in der westlichen Tradition der Selbstbetrachtung und ihres Zusammenhangs mit der praktischen Alltagsexistenz des Menschen bin ich der Ansicht, dass sich die Psychotherapie durch eine unausweichliche Dimension auszeichnet, eine, die sämtlichen Bemühungen, sie abzuschaffen, widersteht. Ich bin fest davon überzeugt, dass wissenschaftliche Denkweisen eine entscheidende und aussagekräftige Rolle im psychosozialen Gesundheitswesen spielen, betrachte die Wissenschaft jedoch nur als eine Dimension in der Konstellation sozialer Praktiken, die die Psychotherapie umfasst.“ (Woolfolk, 1998, S. xvii)

R. Woolfolk hat gemeinsam mit L. Allen das bisher bestevaluierte psychotherapeutische Inventarium zur Behandlung von somatoformen Störungen und Somatisierungen entwickelt – als affektiv-kognitiv-behaviorale Therapie (ACBT; Woolfolk& Allen, 2014).

Er ist nicht der einzige Vollblut-Therapieforscher, der sich eine ganze Berufslaufbahn lang der evidenzbasierten Therapieforschung verschrieben hatte und am Ende ein ungutes Gefühl entwickelte bezüglich des Wertes dieses Forschungsparadigmas. Seligman (1997, S. 271) schreibt, ihm sei klar geworden, „dass die Entscheidung, ob eine bestimmte Methode unter streng kontrollierten Bedingungen einer anderen Methode oder der Kontrollgruppe überlegen ist, etwas anderes ist als die Frage nach dem, was in der Praxis wirkt [...]. Ich halte ‚Efficacy‘-Studien seitdem nicht mehr für die einzige, ja nicht einmal für die beste Möglichkeit, um festzustellen, welche Methoden in der Praxis tatsächlich wirksam sind. Ich bin zu der Überzeugung gekommen, dass ‚Effectiveness‘-Studien, mit denen die Erfahrungen der Patienten unter den realen Bedingungen in der Praxis erhoben werden, eine brauchbare und glaubwürdige ‚empirische Validierung‘ von Psychotherapie und Medikation ermöglichen“.

Auch Strupp (1996) änderte nach vielen Jahren psychotherapeutischer Wirksamkeitsforschung seine Haltung und bezweifelte den Wert der gruppenstatistischen Designs. Er ist der Überzeugung, dass diese der Einzigartigkeit der Therapeut-Patient-Beziehung nicht gerecht werden.

Und Henry (1998), einer der Leiter der großen Vanderbilt-Studie, befürchtet, dass die derzeitigen Wissenschaftsparadigmen (randomized clinical trial [RCT] und empirically supported treatments [EST] oder (evidence-based treatments) der Psychotherapie schaden.

Seit 1999 gibt es in Deutschland per Gesetz die Psychologische Psychotherapie (Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz, Bundesgesetzblatt I 1998/36, S. 1311). Artikel 1, Absatz 3 enthält die sogenannte Legaldefinition der Psychotherapie: „Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung ist eine somatische Abklärung herbeizuführen. Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben.“

Demnach dürfen ausschließlich wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren in der Behandlung von PatientInnen mit psychischen und psychosomatischen Störungen eingesetzt werden. Die Entwicklung neuer Methoden und Verfahren wird dadurch stark behindert. Sulz (2014, S. 187, vergl. auch Sulz 2015) schlägt vor, Psychotherapie alternativ zu definieren als einen „Interaktionsprozess zwischen einer ausgebildeten PsychotherapeutIn und einem psychisch oder psychosomatisch erkrankten Menschen, der dazu dient, nach einer Analyse der Entstehungsbedingungen und der die Krankheit aufrecht erhaltenden Faktoren zu einer dauerhaften möglichst weitgehenden Reduktion der Symptomatik und des durch sie hervorgerufenen Leidens zu führen, soweit dies mit den zum Zeitpunkt der Psychotherapie verfügbaren Interventionen möglich ist. Dazu gehören Maßnahmen der Rückfallprophylaxe, der Rehabilitation und der Prävention. Der grundlegenden Bedeutung der Beziehung wird dabei Rechnung getragen.“

Wenn Psychotherapie mehr ist als Wissenschaft, dann kann die Legaldefinition auch nicht dem Wesen der Psychotherapie gerecht werden. Grawe (1998) lässt in seinem Buch Wissenschaftler, Psychologe und Psychotherapeut zu Wort kommen. Damit unterscheidet auch er sehr deutlich zwischen den drei Perspektiven.

## **Die Wissenschaften der Psychologie und der Psychotherapie**

Hier wird von Wissenschaft als zusammenhängendem „System von Aussagen, Theorien und Verfahrensweisen, das strengen Prüfungen der Geltung unterzogen wurde und mit dem Anspruch objektiver, überpersönlicher Gültigkeit verbunden ist“, ausgegangen (Carrier, 2009, S. 312). Dabei konzentrieren wir uns auf die Psychologie und die Psychotherapie-Wissenschaft, die häufig den Natur oder Sozialwissenschaften zugeordnet werden, wengleich der geisteswissenschaftliche Aspekt nicht fehlen darf.

Metzger (1968) verteidigte die Theorie der Gestaltpsychologie gegen behavioristische und positivistische Theorien. Er wirft diesen wissenschaftshemmenden Reduktionismus vor. Die Realität werde auf das reduziert, was in das eigene Theoriengebäude passt, und der Rest ignoriert; „dass man nicht nur fragwürdige Vermutungen, sondern auch handgreifliche Tatsachen aus allerlei Gründen einfach hinwegbeweist: weil man in seinem System der Psychologie, oder der Wissenschaften überhaupt, ohne sie auszukommen glaubt; weil darin kein Platz für sie

vorgesehen ist; weil sie gewisse, mehr oder weniger willkürliche Voraussetzungen nicht erfüllen.“ (Metzger, 1968, S. 9)

Dazu Goethes (2014, S 121) Reflexion: „Das schönste Glück des denkenden Menschen ist, das Erforschliche erforscht zu haben und das Unerforschliche ruhig zu verehren.“

Bischof (2008, S. 36) nimmt als Kriterium den Nutzen für die spätere Berufstätigkeit: „Nützt ihm oder ihr dazu die Beschäftigung mit der *wissenschaftlichen* Psychologie? ... Ist nicht vielmehr das meiste, was dem im Beruf tätigen Psychologen später an Kompetenz zuwächst, aus seiner praktischen Erfahrung im Umgang mit Menschen hervorgegangen?“

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

Westmeyer (1978, 1981) warnte davor, die Verhaltenstherapie als reine Anwendung der Forschungsergebnisse der Lernpsychologie und der Lerntheorien zu definieren. Sonst blieben als Gewinn nur „technologische Regeln“, die das Gesamt von Therapieprozess und Therapieablauf nicht abbilden können.

Kanfer setzte seinen Selbstmanagement-Ansatz gegen Skinners puren Umweltdeterminismus, indem er die Ziele vom Klienten kommen lässt, ähnlich wie in der „prescriptive psychotherapy“ von Beutler und Harwood (1995). Die Idee des „scientist-practitioner“ sieht Kanfer (2014, S. 90) so verwirklicht: „Wissenschaftliches Arbeiten und klinische Praxis sind zwei Seiten eines Flusses – zwei Ufer. Ich glaube, dass es wichtig ist, dass Forscher wie Praktiker dauernd über die Brücke gehen. Sie wohnen zwar auf einer Seite des Flusses, aber sie sollten ab und zu mal hinübergehen und sich angucken, was es auf der anderen Seite gibt, das ihnen helfen kann. Ich meine damit, sie können nicht gleichzeitig beides sein, d. h. im selben Moment. Sie müssen sich aber fragen, ob das, was sie als Therapeuten praktisch machen, auf irgendetwas beruht, das wissenschaftlich unterstützt wird oder mindestens konsistent ist mit unseren wissenschaftlichen Daten und Experimenten. Und nicht einfach, weil es ein guter Einfall ist oder weil es jemand irgendwo gelesen hat. Auf der anderen Seite, wenn ich klinische Arbeit mache, bin ich nicht Wissenschaftler, d. h., ich kann nicht experimentieren, um Daten zu sammeln.“

In der Diskussion zu quantitativer und qualitativer Sozialforschung nimmt Mertens (2007) Stellung zu Reichertz (2007): Quantitative Forscher lassen einfach die wissenschaftlich unverzichtbare, mühsame qualitativ forschende Vorarbeit weg. In ihrer Variablenauswahl, Variablendefinition und Skalierung sind deshalb unreflektierte, subjektive Voreingenommenheiten enthalten. Ihre Genauigkeit im Forschungsstadium der vergleichenden Wirksamkeitsprüfung ist deshalb durch die fehlende Gültigkeit ihrer Prämissen so sehr belastet, dass die Anwendung der statistischen Präzisions-Methoden nicht gerechtfertigt erscheint. Es kommt unvermeidlich zum „hermeneutische Nadelöhr“ im Sinne von Frommer und Hempfling (1995, S. 122). Qualitativ erhobene Daten werden ohnehin oft im zweiten Schritt quantifiziert, sodass das Begriffspaar „qualitativ versus quantitativ“ nicht gerechtfertigt ist. Stattdessen „wäre es eine Möglichkeit, von empirisch-positivistischen und empirisch-hermeneutischen Methoden zu sprechen, um damit deutlich zu machen, dass herkömmliche quantitative Methoden ganz im Sinne des Positivismus die theoretischen und interpretativen Voraussetzungen vernachlässigen, die zur Datengenerierung führen, während qualitative Methoden, der zumeist gemeinsam konstruierten Realität/Empirie näher kommen, weil die Selektivität der Wahrnehmung von Wirklichkeit expliziert wird, während bei den herkömmlichen quantitativen Methoden die Selektionskriterien des Forschers unbenannt bleiben“ (Mertens, 2007, S. 253).

Über dieses wissenschaftliche Dilemma hinaus braucht psychoanalytische Theorie und analytische Psychotherapie für die wissenschaftliche Forschung weitere Betrachtungsebenen: „Diese können erstens als Ebene des nichtbewussten und nicht reflexiven reziproken, komplementären und nicht-komplementären Tuns beschrieben werden; zweitens als Ebene einer größtenteils nichtbewussten Affektansteckung und des gemeinsamen Teilens intensiver Gefühlszustände; drittens als ein Beziehungserleben, das von früheren Beziehungserfahrungen geprägt ist und das nur teilweise im Rahmen des deklarativen Gedächtnisses als ‚Übertragung‘ bewusst wird; und viertens die bewusste, reflexive, symbolische Kommunikation mit dem Anderen, der als eigenständiges Subjekt anerkannt wird (vgl. Mitchell, 2003).“ (Mertens, 2007, S. 254)

In ihrer Übersichtsarbeit fragen Seehagen et al. (2012), weshalb so wenig PsychotherapeutInnen standardisierte Interventionen anwenden, deren Wirksamkeit durch RCT-Studien belegt ist. PsychotherapeutInnen

berücksichtigen in ihrer Therapieplanung zu wenig wissenschaftliche Publikationen (Stewart & Chambless, 2010). Ihr informelles Vorgehen im Vergleich mit dem mit einem Fragebogen lässt sie ihren Therapieerfolg signifikant schlechter vorhersagen: 0,04 % gegenüber 77 % (Hannan et al., 2005). Evidenzbasierung über RCT-Studien als Entscheidungskriterium steht nur auf dem siebten Platz (Nelson und Steele, 2008), während der Erfolg einer Behandlung in Patientenversorgung an zweiter Stelle stand (effectiveness research). Deshalb halten Chambless und Hollon (1998) es für notwendig, die praktische Relevanz der RCT-Forschung durch Feldstudien zu untersuchen. Seehagen et al. (2012, S. 305) konstatieren, „dass Praxis und Forschung keine Gegensätze darstellen, sondern füreinander da sind und sich gemeinsam stärken“ – wobei mehr Manualtreue das Problem lösen würde.

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

Bei RCT-Outcome-Studien geht es um Therapien, in denen jeder Patient einer Experimentalgruppe die gleiche Behandlung erhält. Dies impliziert, dass gleiche Behandlung Wirksamkeit gewährleistet. Cooper und McLeod (2007) wiesen dagegen darauf hin, dass das flexible Eingehen auf die einzelnen Patienten die therapeutische Beziehung verbesserte, die Drop-out-Rate senkte. Tryon und Winograd, (2002) berichten, dass dieses individualisierende Vorgehen zudem das Therapieergebnis verbesserte. Umgekehrt berichten King et al. (2000), dass Patienten, die zufällig einer Therapiemethode zugeordnet wurden, ebenso gute Therapieergebnisse aufwiesen wie diejenigen, die ihre Wunschtherapie erhielten.

Sulz (2014, S. 198) fasst zusammen: „Cooper und McLeod (2007) versuchen, die Einengung durch festgelegte inhaltliche Forschungsparadigmen und durch Therapieschulen sowie die Sackgasse von Integrationismus und Eklektizismus durch eine ‚pluralistische‘ Heuristik in der Psychotherapie zu überwinden, indem sie Ziele, Aufgaben und Methoden im Einzelfall ganz dem Ergebnis einer Metakognition, einem Verhandeln zwischen Patient und Therapeut überlassen (Lee, 2006). Sie verweisen auf Castonguay und Beutler (2006), die die Überwindung von Forschungsparadigmen fordern, die sich bezüglich der Wirksamkeit auf ein Entweder-Oder konzentrieren und nicht das ‚Und‘ prüfen.“

Kriz (2000, S. 43) kritisiert die deutsche klinisch-psychologische Universitätsforschung: „Nach gängigem Verständnis besteht nämlich eine der wichtigsten Aufgaben von Wissenschaft darin, Denk und Handlungsräume von Menschen zu erweitern. Dazu ist es dienlich, möglichst umfangreiche Erkenntnisse über die Welt zu sammeln – oder auch aktiv zu generieren – und in Verstehenszusammenhänge einzubetten. Wesentlich für ein wissenschaftliches Vorgehen ist dabei, Alternativen in Fragestellung und Herangehensweisen nicht zu vermeiden, sondern diese in offensiver Weise möglichst zu erweitern und (dann!) kritisch zu diskutieren. Dazu gehört auch, dass die eigenen stillschweigenden Vorannahmen und damit die methodologischen und methodischen Voraussetzungen reflektiert und diskutiert werden. Wissenschaft sollte sich als Anwalt für eine Pluralität vieler unterschiedlicher Perspektiven verstehen, zumindest ideologischen Verengungen trotzen und einen möglichst großen Teil der ‚Welt‘ durch eine Vielzahl an Fragestellungen sowie Methoden für deren Untersuchung für die Allgemeinheit erschließen.“ (Siehe auch Kriz, 1996, 2007.)

Zum Universitätsstudium der Psychologie schreibt Kriz (2010, S. 138): „So gut die Ausbildung von Psychologiestudenten im klassisch-experimentellen Paradigma und dessen Ergebnissen ist: Die vermittelten Kenntnisse über Alternativen, die gerade das Verständnis von Psychotherapieprozessen vertiefen könnten, sind schlichtweg mangelhaft. Und sie bekommen nicht einmal in hinreichendem Maße die Kompetenz, das klassisch-experimentelle Paradigma immanent kritisieren und hinterfragen zu können.“ (Siehe auch Nestoriuc et al., 2012.)

Revenstorf (2005, S. 30) wendet sich in ähnlicher Weise gegen die evidenzbasierte Forschung in der Psychotherapie: „Das RCT-Design, das als Kuckucksei aus der Medikamentenforschung für die Therapieforschung übernommen wurde, kann hier nicht das leisten, was es verspricht. Denn eine medizinische Störung sieht im Labor so aus wie in der Praxis, die Anwendung der Medikation bleibt in beiden Situationen gleich, und ein Verum unterscheidet sich äußerlich nicht vom Placebo. Das alles ist in der Psychotherapie nicht gegeben: Daran scheitert die Übertragung des RCT-Designs in der beschriebenen Art. Aber die Kritik des medizinischen Modells in der Psychotherapieforschung geht weiter. Während sich die Pharmaforschung auf die rationale Analyse begrenzen kann, reicht das für Erfassung und Heilung psychischer Probleme nicht aus. Die besinnungslose Reduktion auf das Messbare ist eine unzulässige Verkürzung der Kartografie menschlicher

Probleme, und die Rückbesinnung auf das Subjektive als den Ursprung von Erkenntnissen erscheint mir unvermeidbar.“

Eva Jaeggi spricht zwei Themen an, einerseits und andererseits. Erstens Forschung und-oder Praxis (Jaeggi, 2001, 23 f): „Der Schritt zurück von der eigenen Tätigkeit, der diese Tätigkeit eher zum offenen Forschungsfeld als zum verteidigten Besitz macht, ermöglicht ein Offenhalten des Interesses und natürlich auch eigener Experimentiermöglichkeiten. [...] Diese Art des Herangehens verleiht dem Psychotherapeuten zugleich die Ernsthaftigkeit des reflektierenden Forschers und die Freude des experimentierfreudigen Praktikers, der seine intellektuelle Neugier befriedigen kann.“

Und zweitens das medizinische Modell mit dem Ziel der Heilung (Jaeggi, 2001, S. 37): „Die enge Verbindung des Psychotherapeuten mit den Krankenkassen hat das zweischneidige Image der Psychotherapeuten noch verschärft. Hier soll auf institutionell-politische Weise die changierende Qualität des Therapierens ins klare Licht eines medizinischen Modells gehoben werden: Heilung von Krankheit ist die Devise, die naturwissenschaftlich orientierte Medizin das Vorbild. Ungeachtet der Tatsache, daß auch die Körpermedizin in den meisten Fällen nicht von absoluter Heilung spricht, ist es doch die Illusion, der man anhängt.“

Jaeggi (2002) moniert, dass Inhalte und Methoden der Forschung eher von der aktuellen Akzeptanz der bestimmenden Forschergruppen abhängen als vom Forschungsgegenstand. Ihre Kritik des Wissenschaftsverständnisses der heutigen Klinischen Psychologie: Wesentliche Methoden und Forschungsinhalte werden aufgrund des dominierenden Forschungsparadigmas vernachlässigt, sodass die Möglichkeiten des Erkenntnisgewinns beschnitten werden. Resultat ist wissenschaftlicher Stagnation statt wissenschaftlicher Fortschritt.

Orlinsky (2013, S. 224) schreibt: „Das Modell der Psychotherapie als ein technisches Verfahren entspricht einer medizinischen oder pharmakologischen Perspektive. Es stimmt gut überein mit den Annahmen von Behörden und Ministerien, welche das Forschungs- und Gesundheitswesen unterstützen und entsprechende Dienstleistungen finanzieren. Im weiteren Sinne passt es auch zu den individualistischen, objektivistischen und mechanistischen Annahmen der ‚modernen Kultur‘, von der ich glaube, dass sie dafür verantwortlich ist, dass trotz wissenschaftlicher Evidenz immer noch am technokratischen Modell festgehalten wird. Die implizite Plausibilität des medizinischen Modells innerhalb dieses kulturellen Kontextes erklärt die Beharrlichkeit, mit welcher trotz widersprüchlicher wissenschaftlicher Befunde daran festgehalten wird.“

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

Reiter-Theil (1988) untersucht den Einfluss der Entwicklungsstufe, auf der sich ein Therapeut bezüglich seiner Persönlichkeit befindet, auf die Therapie. Wenn der Therapeut nicht mindestens auf der gleichen Stufe ist wie sein Patient, kann er dessen Weiterentwicklung nicht mehr nachvollziehen. Sind sowohl Patient als auch Therapeut auf der gleichen niedrigen Entwicklungsstufe, so kommt es mehr zu Übertragungsprozessen von Seiten des Patienten. Selbsterfahrung und Supervision müssen für diese Vorgänge wahrnehmbar machen, sodass sie reflektiert werden können.

Buchholz (2000, S. 3) schreibt: „Die zentrale These lautet, psychotherapeutische Praxis sei weder Wissenschaft noch ‚angewandte‘ Wissenschaft, sondern Profession. Psychotherapie wird demgegenüber bestimmt als zwar a) wissenschaftsbasiert; b) aber sie thematisiert existentielle Probleme immer in c) intimisierter Interaktion. Ihre besondere Leistung besteht daher im individuellen Zuschnitt. Psychotherapie kann deshalb allgemein nicht definiert, wohl aber individuell realisiert werden. Ihr steht Wissenschaft ‚zur Seite‘ (Stein, 1986) oder sie hat Wissenschaft ‚in ihrer Umwelt‘ (Reiter & Steiner, 1996). Das gegenwärtige Problem im Feld der Psychotherapie resultiert aus der veralteten hierarchischen Vorstellung, wonach Wissenschaft über den Professionen stehe. Dieser Anspruch wird zurückgewiesen. Wissenschaft kann Professionen basieren und irritieren, nicht aber determinieren. Diese Einsicht bricht sich allmählich auch in der Wissenschaft Bahn. Gefordert wird, die Autonomie der Psychotherapie gegenüber ihren (wissenschaftlichen, wirtschaftlichen, rechtlichen und anderen) Umwelten zu behaupten, ohne deshalb wissenschaftsfeindlich zu werden.“

Einerseits verweist Buchholz auf Argelanders (1966) Studie zum Erstinterview, in der Videoanalysen ergaben, dass die Psychoanalytiker meinten, sie würden theoriegeleitet vorgehen, während sie in Wirklichkeit einer klugen Intuition folgten. Andererseits zitiert er Beobachtungen von Krause et al. (1998), die ergaben, dass Therapeuten weder Zweck noch Wirkung ihres Verhaltens richtig attribuieren können.

Buchholz (2000, S. 9f) stellt fest: "Wenn ich mich nun weiter dem systematischen Argument zuwende, um die These zu begründen, dass Professionen ‚mehr‘ sehen als empirische Forschung, dann muss man darauf verweisen, dass empirische Forschung in aller Regel mit einer zeitlichen Verzögerung von etwa 20 Jahren sich der Themen annimmt, die aus der professionellen Praxis formuliert wurden. [...] Daraus dem Professionellen den Vorwurf zu machen, er arbeite unwissenschaftlich, zeugt von wenig Kenntnis.“ Und darüber hinaus: „Die Arbeiten von Donald Schön (1983, 1991; Schön & Rein, 1994) haben in aller Klarheit gezeigt, dass Professionelle – darunter sind Manager, Lehrer, Ärzte, Ingenieure, aber auch psychotherapeutische Supervisoren zu verstehen – offenbar völlig andere kognitive Ressourcen nutzen als Wissenschaftler.“

Psychotherapie beschreibt Buchholz (2000, S. 13) so: „Ich schlage ... vor, Professionen als wissenschaftsbasiert anzusehen. Psychotherapie ist ein soziales Ereignis, sie ist nicht Anwendung von wissenschaftlichem Wissen; sie ist eine in jedem Fall einzigartige Veranstaltung, die nicht auf (Behandlungs)Technik reduziert werden kann, und diese Einzigartigkeit beschreibt man am besten als Interaktion, die eine Interaktion der Bilder einschließt. Ich gewinne damit die folgenden Komponenten der Professionsbestimmung: Sie ist wissenschaftsbasiert, aber nicht wissenschaftsdeterminiert; sie ist immer individuell realisierbar, aber nicht allgemein definierbar; sie beschäftigt sich mit existenziellen Problem in einer intimisierten Interaktion. Sie braucht die Person.“

Sein Fazit für die Beziehung zwischen Universität zur Psychotherapie (Buchholz, 2000, S. 14): „Wo die Wissenschaft das höherwertige Wissen beansprucht, entsteht derzeit eine fatale Situation, wenn Universitätsinstitute klinische Ausbildungen anbieten, diese im Vergleich mit anderen evaluieren werden und man dann nach allen Erfahrungen jetzt schon voraussagen kann, wie die Ergebnisse ausfallen werden. Das ist, als würden auf dem Fußballplatz die Schiedsrichter mitspielen wollen und gleichzeitig darunter leiden, dass Schiedsrichter ja nicht gewinnen können. Was wollte man auch gewinnen? Ich plädiere gegen eine Unterordnung der Profession unter die Wissenschaft und für ein Nebeneinander von beiden; das vermeidet unnötige Konkurrenz, fördert aber Kontroversen und insgesamt die Kommunikation.“

Slunecko (1996) entfaltet einen „konstruktiv-realistischen“ Dialog zwischen Psychotherapie und Wissenschaftstheorie. Die wissenschaftliche Dauerkrise entsteht in seinem Verständnis im Spannungsfeld zwischen Natur und Geisteswissenschaft. Er fragt nicht, ob eine Theorie wahr ist, sondern ihn interessiert vielmehr, wie sie Wahrheit konstruiert. Da sieht er sehr enge Grenzen, wenn man bei den naturwissenschaftlichen Forschungsmethoden der Medizin und der Psychologie bleibt. Er empfiehlt den Schritt vom Nomothetischen zum Ideographischen und vom Nomologischen zum Autopoietischen. Statt allgemeine Gesetze in der Psychotherapieforschung zu erstellen, sollte die Untersuchung des Individuums fokussiert werden. Dem Bestreben Grawes (1998) hin zu Integration und zu einer allgemeinen Psychotherapie setzt er Differenzierung und den anhaltenden Dissens als wertvollen Impulsgeber entgegen. Er beruft sich dabei auf die in den USA stattfindenden case conferences, bei der ein Fall z. B. von Verhaltenstherapeuten, Systemikern und Psychoanalytikern diskutiert wird. Teilnehmer an diesen Konferenzen sind zum Perspektivwechsel gezwungen, was sie daran hindert, ihre eigene Position immer mehr zu verfestigen.

### **Ist Psychotherapie mehr als Wissenschaft?**

Psychologische Psychotherapie, wie sie im deutschen Psychotherapeutengesetz von 1999 festgeschrieben wurde, ist ein akademischer Beruf. Ein Beruf, der Akademikern vorbehalten ist. Es ist also eine Hochschulbildung Voraussetzung.

Die meisten akademischen Berufstätigkeiten wurden nicht an der Hochschule gelernt. Ein Studium eröffnet den Weg zu vielen verschiedenen Berufstätigkeiten (Journalisten haben oft Germanistik oder Geschichte oder Politik studiert). Bei anderen akademischen Berufen führt genau ein Studium zu genau einem Beruf hin: z. B. Architektur. Bei den Heilberufen ist das ebenso: Medizin, Tiermedizin, Zahnmedizin, Pharmakologie. Bei einigen findet die Berufsausbildung im Studium und an der Hochschule statt: Zahnmedizin und Pharmakologie. Beim Medizinstudium sollte das ursprünglich auch so sein. Beim heutigen Stand der Medizin kann die Universität dies aber nicht im Rahmen eines Studiums leisten. Deshalb folgen noch mindestens fünf Jahre Weiterbildung außerhalb der Hochschule.

Wie sinnvoll ist es heute, einen Beruf wie den der psychologischen PsychotherapeutIn zu einem Universitätsstudium zu machen? Denn dann würde Psychotherapie mit Wissenschaft gleichgesetzt. Wir können

einerseits Hochschulbildung und Berufsausbildung unterscheiden, und wir können und müssen Wissenschaft und Psychotherapie unterscheiden.

„Seit Jahrtausenden versuchen wir unser Wissen und unser Verständnis der Welt und des Menschen in wissenschaftliche Bahnen zu lenken, um uns vor Trugschlüssen zu schützen. Dieser Schutz ist uns mithilfe der Wissenschaften immer mehr gelungen, auch wenn die Wissenschaft von Irrtum zu Irrtum geschritten ist. Sie konnte sich doch jeweils von einem nachweisbaren bisherigen Irrtum nach dem anderen befreien und sich wissenschaftlicher Wahrheit nähern. Das kann zufrieden machen, wenn man betrachtet, wie umfassend und differenziert unser heutiges Wissen ist, das kann aber auch sehr unzufrieden machen, wenn man bedenkt, dass wir ein Vielfaches davon noch nicht wissen und erklären können. Das trifft besonders auf die menschliche Psyche zu. Wir bewegen uns immer noch an der Oberfläche und unsere Erkenntnisse sind nicht mehr als vorläufige Hypothesen, die hoffentlich bald genug modifiziert oder revidiert werden können.“ (Sulz 2014, S. 214)

### *Experimentelle Wissenschaft*

Zwei Irrtümern begegnen wir in der Wissenschaft immer wieder: „Was ich nicht erforscht habe und empirisch belegen und/oder beweisen kann, gibt es nicht.“ Und: „Meine Theorie gilt, solange nicht das Gegenteil bewiesen ist.“

Hat Wissenschaft genug unternommen, um wichtige Aussagen des jeweiligen Erkenntnisstands der Psychotherapien zu beforschen?

Es ist geradezu grotesk, wenn psychodynamische Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten Gefahr laufen, aus dem System der gesetzlichen Krankenversicherung herauszufallen. Offizielle Begründung wäre, dass sie zu wenig empirische Belege der Wirksamkeit ihres Vorgehens erbracht haben. Es ist aber nicht ihre Aufgabe, sondern die Aufgabe der Therapieforscher, die sich allerdings in keiner Weise für die psychodynamische Kinder und Jugendlichenpsychotherapie interessiert haben. Denn diese Forschung wäre sehr mühsam und zeitraubend gewesen und hätte auch keine Drittmittelfinanzierung eingebracht. Für die gravierenden Versäumnisse der Forschungseinrichtungen und Universitäten, des Wissenschaftsministeriums und des Familienministeriums müssten also die praktizierenden Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten büßen und mit ihnen die psychisch kranken Kinder, die diese Therapie dringend benötigen.

Wir müssen auch fürchten, dass durch die ausschließliche Definition der Psychotherapie als Wissenschaft Scheuklappen entstehen, die der erfahrene Psychotherapeut erst wieder lernen muss abzulegen.

Sulz (2014) hat Erkenntnisprozesse und gedankliche Grundlegungen unseres Handelns in sechs Schritte des Erkennens eingeteilt:

1. vor-wissenschaftlich – was wir im alltäglichen Leben zunächst als Einzelfall beobachten und quasi „alltagspsychologisch“ (Huber, 2009) zu verstehen suchen
2. wissenschaftlich – was wir einer systematischen wissenschaftlichen Analyse unterziehen
3. un-wissenschaftlich – was entgegen den geltenden Regeln der Wissenschaft behauptet wird
4. über-wissenschaftlich – was wir wissenschaftlich (noch) nicht erfassen können
5. nach-wissenschaftlich – wie wir versuchen, wissenschaftliche Erkenntnis wieder in unser alltägliches Leben zu integrieren

Anhand dieser Schritte der Erkenntnis und ihrer Utilisierung können wir den Ablauf des Erkenntnisprozesses reflektieren. Hinzu kommt, dass die Wissenschaft zusätzlich aus einzelnen notwendigen Schritten des wissenschaftlichen Fortgangs besteht. Sulz (2014, S. 209–211) zeigt dies an einem Beispiel auf:

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

Zunächst muss er seinen Forschungsgegenstand definieren. Dazu muss er den Begriff der Religiosität definieren. Und er sucht bisherige Veröffentlichungen und sammelt vorhandene Begriffsdefinitionen. Vielleicht reichen ihm die Fundstellen, dann diskutiert er diese und kommt zu dem Ergebnis, einen zu übernehmen oder einen modifiziert zu übernehmen. Oder sie genügen ihm nicht – was er auch begründen muss und begründet. Dann kann er rein theoretisch einen eigenen Begriff definieren, der die Präzision und Gültigkeit hat, die er beansprucht. Oder es folgt eine erste empirische Phase, in der er die Menschen beobachtet und befragt (Erkundungsuntersuchung, vergl. Huber, 2009). Er erhält so Informationen darüber, was für sie Religiosität

allgemein ist, worin ihre individuelle Religiosität besteht, wie sie sie leben und wie sie ihr Leben bestimmen. Dies ist ein Vorgang der qualitativen Forschung, zunächst ohne jegliche Zahlen und quantitativ-statistischen Auswertungen. Denn es gibt noch keine Begriffe, die zu quantifizierbaren Variablen gemacht werden können. Extrakt seiner Forschung kann nun sein, dass er zu einem Religiositäts-Begriff kommt, den er als Ausgangspunkt seiner künftigen Forschung nimmt.

In der zweiten Phase kommt er zur Präzisierung seiner Fragen und zu möglichen Antworten, die er als Hypothesen formulieren kann. Es kann sein, dass er dabei vom einzelnen Menschen abhebt und ihn ortet als Element oder Teil eines sozialen Systems, das seine Religiosität aus derjenigen früherer Generationen schöpft, seiner eigenen blutsverwandten Ahnen oder einer größeren religiösen Gemeinschaft. Zusätzlich zur Interdependenz zwischen der Eltern und Kind-Generation nimmt er diejenige zwischen dem heutigen Individuum und seiner gegenwärtigen (religiösen oder nicht-religiösen) Gemeinschaft usw. (Walter, 2010).

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

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

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

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

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

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

### **Vorwissenschaftliche Beobachtung, Alltagspsychologie, Alltagsbewusstsein**

Vorwissenschaftliche unsystematische Beobachtungen erzeugen wissenschaftliche Neugier. Sie sind der Anfang von Wissenschaft. Denn sie geben ihr wichtige Impulse. Ohne sie würde in manchen Wissenschaftsbereichen wie der Psychotherapie-Wissenschaft weniger wirklich Neues erforscht werden.

Oben wurde die Feststellung von Buchholz (2000) zitiert, dass die Wissenschaft der erfahrungsbezogenen Erkenntnis der Psychotherapie zwanzig Jahre hinterherhinkt. Obwohl wir wissen, dass klinische Erfahrung subjektiv ist und deshalb trügerisch und einseitig sein kann, können wir nicht bedingungslos jenen folgen, die

der strengen Orientierung an einem im RCT geprüften Manual die größere Wirksamkeit in der praktischen Alltagsroutine psychotherapeutischer Tätigkeit zuschreiben. Auch diese Aussage müsste erst empirisch geprüft werden, da die externe Validität von RCT-Studien sehr gering ist. Zur Orientierung und als Richtlinie oder Leitlinie können Manuale dienen, aber nicht als strenge Vorgabe, da sie zu sehr auf störungsspezifische Techniken abzielen und zu wenig störungsunspezifische Wirkfaktoren (common factors) untersuchen.

### *Klinische Erfahrung*

An erster Stelle des Erkenntnisprozesses steht die noch unwissenschaftliche klinische Erfahrung. Ihr folgt die wissenschaftliche Fragestellung, Hypothesenbildung und systematische Beobachtung. Da aber Wissenschaftler aus gutem Grund gewöhnt sind, sich möglichst nur auf Wissenschaftliches zu beziehen und zu berufen, lassen sie diesen ersten Schritt weg. Sie lesen und erörtern und zitieren Wissenschaftler, die vor ihnen ihr Thema bearbeitet haben. Damit bleiben sie in einem für die Wissenschaft fruchtbaren Strom der Wissensbildung. Dieser ist zwar für die Wissenschaft gut, aber nicht für die Psychotherapie. Denn die Impulse kommen von da an nicht mehr aus der Psychotherapie, sondern nur noch aus RCT-Studien. Da diese aber hypothesenprüfendes Instrumentarium sind, kommt die Kreation von Hypothesen zu kurz.

Der weiterhin bescheidene Fundus an psychotherapeutischen Methoden, den die RCT-Forschung verfügbar macht, reicht in keiner Weise, um das komplexe Handeln der PsychotherapeutIn abzubilden, wohingegen die Untersuchung der „common factors“ eine große Bereicherung gebracht hat (therapeutische Beziehung, Therapeutenvariablen, Patientenvariablen, Umweltfaktoren etc.).

### *Rolle der Supervision und der Selbsterfahrung*

Ein Manual für jeden Patienten ist das Gegenteil von Personalisierung und Individualisierung. Das Therapieergebnis ist deshalb im Einzelfall nicht optimal. Hier hilft die Supervision weiter. Unter Einbeziehung der Person des Patienten, der Persönlichkeit der TherapeutIn, der sich daraus ergebenden Therapiebeziehung (Norcross, 2002) sowie vielfältiger fallspezifischer Kontextvariablen wird die Manual-Intervention so modifiziert, dass das bestmögliche Ergebnis resultiert. Das ist bereits der Schritt von der Psychotherapie-Wissenschaft zur Kunst der Psychotherapie. In obigem Sinn ist es nachwissenschaftlich, zumindest aus positivistischer Perspektive.

Um den Schritt vom genauen Replizieren der störungsspezifischen evidenzbasierten Manualtherapie zum fallspezifischen therapeutischen Vorgehen meistern zu können, reicht allerdings Supervision nicht aus. Zu vieles von dem, was für die Individualisierung und Personalisierung notwendig ist, setzt eigene Selbsterfahrung der TherapeutIn voraus. „Wenn ihr’s nicht fühlt, ihr werdet’s nicht erjagen.“ Dies sagt Faust zu seinem Famulus in „Faust I“. Rein kognitives Erfassen hilft nicht weiter, wenn es um komplexe emotionale und motivationale Verstrickungen des Patienten geht. Denn diese rufen beim Patienten unweigerlich Übertragungsprozesse hervor, die die TherapeutIn ohne Selbsterfahrung nicht identifizieren kann.

### *Trennung von Forscher und Beforschtem*

RCT-Therapieforscher neigen dazu, auf dem Weg der wissenschaftlichen Erkenntnis eine Abkürzung zu nehmen, deren schädliche Folgen für die Wissenschaft sie nicht berücksichtigen. Statt diejenigen zu beforschen, die außerhalb der Universität in der regulären Krankenversorgung mit den Patienten ihre alltägliche Arbeit verrichten,

- führen sie selbst oder ihre jungen Universitäts-AssistentInnen die Therapien durch
- mit Patienten, die eigens für eine spezifische Studie durch Anzeigen oder Rundschreiben rekrutiert werden.

Damit gehören die Psychotherapeuten nicht mehr zu einer repräsentativen Therapeuten-Stichprobe.

Und auch die Patientenstichprobe kann nicht mehr repräsentativ sein.

Also kann man sich die strenge Zufallszuweisung in eine Experimentalgruppe und eine Kontrollgruppe sparen. Dadurch ist diese fehlende Stichprobenrepräsentativität nicht zu korrigieren.

Es bleibt bei einer Laboruntersuchung ohne externe Validität.

Hinzu kommt, dass der Wechsel von der wissenschaftlichen zur psychotherapeutischen Grundhaltung nicht leicht ist. Meehl (1997) weist jedoch darauf hin, dass während der Therapiesitzung nicht wissenschaftlich gedacht werden darf.

### *Beitrag der Humanistischen Psychotherapien*

Aus Universitätskreisen ist zu hören, dass die Weiterentwicklung der Psychotherapie nur von der Universität ausgeht, dass diese nicht außerhalb erfolgen könne. Hier muss wiederum darauf hingewiesen werden, dass RCT-Wissenschaft hypothesenprüfend und nicht hypothesenkreierend ist. Und dass sich aus Forschungsfragen allein keine inhaltliche Weiterentwicklung der Psychotherapie ergeben kann. Es sind die psychotherapeutischen Fragen und Probleme, die den Impuls zur Weiterentwicklung geben. Und diese entstehen in der Praxis. Auch wenn erfahrene Psychotherapeuten keine guten Wissenschaftler sind, so kommt von ihnen doch der Hinweis, an welcher Stelle die Psychotherapie Weiterentwicklung benötigt und welche wissenschaftlichen Fragestellungen sich ergeben.

Der heutige Stand der Psychotherapie ergibt sich aus vier Quellen:

- Psychoanalyse und Tiefenpsychologie
- Humanistische Psychotherapien
- Systemische Therapie
- Verhaltenstherapie

Es wäre falsch, zu behaupten, dass die Verhaltenstherapie unser heutiges Verständnis des Menschen und seiner psychischen und psychosomatischen Erkrankungen am meisten prägt. Sie hat uns sicher die größte Zahl RCT-geprüfter störungsspezifischer Interventionen geliefert. Aber wir wären arm, wenn wir nicht laufend die tiefenpsychologischen, humanistischen und systemischen Impulse aufgegriffen und integriert hätten, die uns geholfen haben, die allgemeinen Wirkfaktoren gezielt zu nutzen. Grawe (1998) hat diese Impulse schon synoptisch dargelegt und auch Znoj und Berger (2013) verweisen auf die heutige Bedeutung der Emotionen (Greenberg, 2000) und der therapeutischen Beziehung in der dritten Welle der Verhaltenstherapie (Young, 1990; Linehan, 1996; Hayes et al., 2004; McCullough, 2007; Sulz & Hauke, 2010).

### *Beitrag der Psychoanalyse*

Wer sich heute noch am positivistischen Pol befindet, kann nicht anders als Freud und sein Werk weiterhin abzuwerten und zu belächeln. Wer ihn wissenschafts und psychotherapiehistorisch sieht und darüber hinaus auch noch den enormen Impact für die heutige Therapieforschung würdigt, muss seinem Werk große Wertschätzung zollen. Heute nehmen z. B. sowohl Young (1990), ursprünglich ein Beck-Schüler, als auch McCullough (2007) beim Fallverständnis eine psychodynamische Perspektive ein.

Zudem hat sich die Psychoanalyse selbst weiterentwickelt (Mertens, 2012, 2014): die Bindungstheorie (Bowlby, 1976; Fonagy & Bateman, 2008), die Säuglingsforschung (Stern, 1985), das Intersubjektivitätskonzept (Stolorow et al., 1996) und der Mentalisierungsansatz (Fonagy & Bateman, 2008) sind höchst bedeutsame Meilensteine.

### *Ist Psychotherapie auch Kunst?*

Weinberger und Hofmann (2007) kommen zu dem Ergebnis, Psychotherapie sei auch Kunst, nachdem sie in ihrem Buch sowohl die EST-Forscher (empirically supported treatment), die RCT-Studien als goldenen Standard sehen (Chambless & Hollon, 1998; Chambless, 2002), als auch die ESR-Forscher (empirically supported relation), die die therapeutische Beziehung und andere allgemeine Wirkfaktoren für wichtiger halten (Norcross, 2002; Beutler & Harwood, 1995; Beutler et al., 2003), zu Wort kommen ließen. In deren Sinne können wir heute eindeutig die Frage, ob Psychotherapie auch Kunst ist, mit ja beantworten – in gleich großem Ausmaß, in dem sie auch Wissenschaft ist.

EST-Forscher können die Kunst nicht sehen, weil sie so gut es geht, alles konstant halten und kontrollieren, was zur Kunst gehören könnte – als Fehlervarianz in der statistischen Auswertung. Intuition, Empathie und Kreativität samt Lebenserfahrung und Lebensklugheit, gereifte Therapeuten-Persönlichkeit sind in der EST-Forschung eine statistische Innerhalb-Varianz, die möglichst klein gehalten werden muss, damit die Zwischen-Varianz relativ groß bleibt (d. h., damit der Unterschied zwischen Experimental und Kontrollgruppe signifikant wird). Dadurch simplifizieren sie den höchst komplexen Prozess, der in einer 50-minütigen Therapiesitzung abläuft so weit, dass sie weniger als die Hälfte dessen erfassen, was Psychotherapie ausmacht. Beutler et al. (2003) zeigten, dass die von der EST-Forschung als Hauptwirkfaktor untersuchten störungsspezifischen Interventionen in ihrem relativen Beitrag zum Therapieergebnis erst an dritter Stelle standen. Bedeutsamer war das individuelle Matching von Intervention und Patient und an zweiter Stelle kam die therapeutische Beziehung. Die individuelle Auswahl der Interventionen ist demnach der wichtigste Wirkfaktor. Und dies ist die Kunst der

Psychotherapie. Hierzu wird noch in weite Zukunft Intuition und Empathie gehören, auch wenn dieser Prozess noch weiter beforscht werden wird. Im übertragenen Sinn könnte man auch von Kunsthandwerk sprechen, wenn damit das kunstgerechte Vorgehen in der Anwendung wissenschaftlich erprobter Interventionen gemeint ist.

„Deshalb steckt in dem Satz, dass Psychotherapie mehr als Wissenschaft ist, eine Bescheidenheit der ForscherIn, dass sie zwar dabei ist, Psychotherapie wissenschaftlich zu erfassen, aber noch nicht sehr weit vorgedrungen ist. Solange dem so ist, darf vielleicht probatorisch gelten, dass Psychotherapie auch Kunst ist und es Aufgabe der TherapieforscherIn ist, diese Kunst zu beforschen. Es sei hier angemerkt, dass Kunst nicht per se unwissenschaftlich ist.“ (Sulz, 2014, S. 218).

### *Psychotherapie lernen*

Ist Psychotherapie in der Hochschule erlernbar?

Soweit Psychotherapie Wissenschaft ist, kann das sie betreffende Wissen an der Hochschule vermittelt werden. Geht es aber um praktisches Können (Handwerk) oder gar großes Können (Kunsthandwerk) oder um Kunst, so ist die Universität sicher nicht der richtige Ort des Lernens.

Lässt sich Psychotherapie in der Klinik, auf der Krankenstation, am Krankenbett lernen?

Die klinische Versorgung von Patienten, die so schwer krank sind, dass sie im Krankenhaus behandelt werden müssen, lässt keinen Raum für die notwendigen Lernprozesse, die helfen, von der Wissenschaft zu Handwerk, Kunsthandwerk oder gar Kunst zu gelangen. Wollte man diesen Lernprozess im Krankenhaus etablieren, dann würde die stationäre psychotherapeutische Versorgung extrem teuer werden. Denn dieser bedarf des einzeltherapeutischen Modus ebenso wie eines oftmaligen Innehaltens, Betrachtens, Reflektierens und Supervidierens.

Wo und wie kann die Kunst der Psychotherapie gelernt werden?

Was eine PsychotherapeutIn lernen muss, findet zunächst unter vier Augen im Therapiezimmer statt, und dieses sollte sich nicht in einer Klinik befinden, zumal dort kaum eine ausreichende Serie von Einzelgesprächen stattfinden kann, damit ein vollständiger therapeutischer Prozess entstehen kann. Das Therapiegespräch dauert traditionell 50 Minuten und findet ein bis zweimal wöchentlich statt. Während der Ausbildung läuft die Videokamera mit für die alle vier Stunden erfolgende Supervision (unter vier Augen). Die Therapiestunde wird zudem ausführlich schriftlich protokolliert. Es findet ein laufender Rückbezug auf die wissenschaftliche Wissens- und Kompetenzbasis statt, der außer in der Supervision in Fallseminaren und Theorie und Praxisseminaren im Institut erfolgt. Dadurch entsteht eine hohe Dichte des Lernprozesses mit laufender theoretischer und praktischer Ausbeute. Dieser Lernprozess hat kaum Ähnlichkeit mit dem der ÄrztIn in der Klinik-Weiterbildung, die diese sich aus mehreren Quellen ergebende Dichte außerhalb des Erlernens von Psychotherapie auch nicht braucht. Neben dem Einzelmodus für die Therapie und für die Supervision gibt es natürlich auch den Gruppenmodus für beides.

All dies erfordert einen geschützten Ort, der Wissenschaft, Handwerk und Kunst zur angewandten Psychotherapie verschmelzen lässt – als außeruniversitäre und nicht-stationäre Lern-Werkstatt, als Ausbildungsinstitut, als Weiterbildungsinstitut, als Akademie der Psychotherapie-Kunst, die besucht wird, nachdem das Universitätsstudium der Psychotherapie-Wissenschaft abgeschlossen wurde. Da in dieser postgraduierten Phase des Lernprozesses Psychotherapien in der gesetzlichen Krankenversicherung unter Supervision durchgeführt werden, findet hier schon eine bezahlte Berufstätigkeit statt, sodass dieser Bildungsschritt finanzierbar ist.

### *Wer kann Psychotherapie lehren?*

Da Therapieforscher sich sehr intensiv mit Psychotherapie befassen und großes Wissen darüber haben, erscheint es auf den ersten Blick naheliegend, dass sie auch gute und erfahrene Psychotherapeuten sind. Oder da es inzwischen so viele RCT-geprüfte Therapiemanuale gibt, ist die individuelle Therapeutenkompetenz und Erfahrung unwichtig oder gar subjektiv-unwissenschaftlich. Das wäre jedoch der sicherste Weg, dass die Kunst dabei verloren geht und Psychotherapie verarmt. Da die Forschung aber nicht nur EST, sondern auch EBT-fokussiert ist (EBT = Evidenzbased Treatment), können wir heute die Therapeutenpersönlichkeit und ihre Erfahrung und die mit dieser wachsende Fähigkeit zur Intuition nicht mehr vernachlässigen. Universitätsprofessoren sind hauptamtlich Wissenschaftler und Lehrer und können nur nebenbei Psychotherapeuten sein. Supervisoren und Lehrer der Psychotherapie-Kunst sollten deshalb aus den Reihen der hauptberuflichen Psychotherapeuten kommen. Sie beherrschen die Psychotherapie-Kunst und sie müssen diese

lehren. Die Forscher können dann diese Kunst wiederum beforschen und ihre Forschungsergebnisse werden dafür sorgen, dass auch zukünftig die Kunst der Psychotherapie auf wissenschaftlichem Fundament steht.

### **Zum Schluss**

Während noch die Kämpfe zwischen purer Wissenschaft und purer Kunst weitergehen, hat sich eine Task Force der APA gebildet, deren Ziel die Integration ist (Castonguay & Beutler, 2006). Ziel ist auch eine echte Kooperation, ohne Führungsanspruch der Wissenschaft (Stricker, 2007; Kanfer, 1990, 2014). Es ist aber noch lange nicht gelungen, Wissenschaftler und praktizierende Psychotherapeuten an einen Tisch zu bringen, wo sie einander wirklich zuhören, ihre großen Vorurteile abbauen, gegenseitiges Verständnis und Wertschätzung aufbauen und es schließlich wichtig und lohnenswert finden, ständig Austausch und Kooperation zu pflegen.

### **Autor**

Honoraryprofessor für Grundlagen der Verhaltensmedizin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Kathol. Universität-Eichstätt-Ingolstadt

Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie - Psychoanalyse

### **Korrespondenz**

Prof. Dr. Dr. Serge K. D. Sulz  
Nymphenburger Str. 155, 80634 München  
sergesulz@ku-eichstaett.de

### **Literatur**

- Argelander, H. (1966). Der Patient in der psychotherapeutischen Situation mit seinem behandelnden Arzt. *Psyche Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 20, 926–941.
- Beutler, L. E., & Harwood, T. M. (1995). Prescriptive psychotherapies. *Applied and Preventive Psychology*, 4, 89–100.
- Beutler, L. E., Moleiro, C., Malik, M., Harwood, T. M., Romanelli, R., Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L. (2003). A comparison of the Dodo, EST, and ATI indicators among comorbid stimulant-dependent, depressed patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 69–85.
- Bischof, N. (2008). *Psychologie: ein Grundkurs für Anspruchsvolle*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bowlby, J. (1976). *Trennung: psychische Schäden als Folgen der Trennung von Mutter und Kind*. München: Kindler.
- Buchholz, Michael B. (2000). Psychotherapie – Profession oder Wissenschaft. *Journal für Psychologie*, 8(4), 3–16.
- Carrier, M. (2009). Wissenschaft. In: Jordan, S., & Nitz, C. (Hrsg.), *Lexikon Philosophie* (S. 312–314). Stuttgart: Reclam
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). Common and unique principles of therapeutic change: What do we know and what do we need to know? In: Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (Hrsg.), *Principles of therapeutic change that work* (S. 353–370). New York: Oxford University Press.
- Chambless, D. L. (2002). Beware the Dodo bird: the dangers of overgeneralization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 13–16.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7–18.
- Cooper, M., & McLeod, J. (2007). A pluralistic framework for counselling and psychotherapy: implications for research. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7, 135–143.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). Attachment, mentalization and borderline personality disorder. *European Psychotherapy*, 8, 35–47.
- Frommer, J., & Hempfling, F. (1995). Die subjektive Perspektive von Psychotherapiepatienten: ein Bericht aus zwei Forschungsprojekten. In: Tress, W., & Sies, C. (Hrsg.), *Subjektivität in der Psychoanalyse* (S. 120–141). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Goethe, J. W. v. (2014). *Maximen und Reflexionen*. Hrsg. von Holzinger M., 3. Aufl. North Charleston: Create Space.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. (2000). Von der Kognition zur Emotion in der Psychotherapie. In: Sulz, S. K.-D., & Lenz, G. (Hrsg.), *Von der Kognition zur Emotion: Psychotherapie mit Gefühlen* (S. 77–110). München: CIP-Medien.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. C. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 155–163.
- Hayes, S. C.; Strosahl K.D., Wilson K. G. (2004): *Akzeptanz- und Commitment Therapie ACT*. München: CIP-Medien.
- Henry, W. P. (1998). Science, politics and the politics of science: the use and misuse of empirically validated treatment research. *Psychotherapy Research*, 8, 126–140.
- Hill, C., & Castonguay, L. G. (2013). Korrektive Erfahrungen in der Psychotherapie. In: Znoj, H., & Berger, T. (Hrsg.), *Die Kunst und Wissenschaft der Psychotherapie* (S. 141–152). Bern: Huber.
- Huber, O. (2009): *Das psychologische Experiment: eine Einführung*. Bern: Huber.
- Jaeggi, E. (2002). Kritische Psychologie und Kritik der Psychologie: eine Übersicht. *Journal für Psychologie*, 10, 305–314.

- Jaeggi E. (2001). Und wer therapiert die Therapeuten? Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kanfer, F. H. (1990). The scientist-practitioner connection: a bridge in need of constant attention. In: Professional Psychology: Research and Practice, 21, 264-270.
- Kanfer, F. H. (2014). Past, presence and future of self management therapy. Interview with Serge Sulz 2002. European Psychotherapy, 12, 86-94.
- King, M., Sibbald, B., Ward, E., Bower, Lloyd, M., Gabbay, M., & Byford, S. (2000). Randomized controlled trial of nondirective counselling, cognitive-behaviour therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. Health Technology Assessment, 4(19)
- Krause, R., Steimer-Krause, E., Merten, J., & Ullrich, B. (1998). Dyadic interaction regulation, emotion and psychopathology. In: Flack, W. F., & Laird, J. (Hrsg.), Emotions and psychopathology: theory and research (S. 70-80). New York: Oxford University Press.
- Kriz, J. (2010). Was leistet das Psychologiestudium und was fehlt ihm im Hinblick auf eine psychotherapeutische Ausbildung und Tätigkeit? Psychotherapeutenjournal, 2010, 130-140.
- Kriz, J. (2007). Wie evident ist Evidenzbasierung? Vortrag auf der Klausurtagung der Westfälischen Akademie für Suchtforschung, Münster, 13.02.2007.
- Kriz, J. (2000). Perspektiven zur „Wissenschaftlichkeit“ von Psychotherapie. In: Hermer, M. (Hrsg.), Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts (S. 43-66). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Kriz, J. (1996). Grundfragen der Forschungs- und Wissenschaftsmethodik. In: Hutterer-Krisch, R., Kriz, J., Parfy, E., Margreiter, U., Schmetterer, W., & Schwentner, G., Psychotherapie als Wissenschaft: Fragen der Ethik (S. 15-160). Wien: Facultas.
- Lee, A. (2006). Process contracts. In: C. Sills, C. (Hrsg.), Contracts in counselling and psychotherapy (S. 74-86). London: Sage.
- Linehan, M. (1996). Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien.
- McCullough, J. P., Jr. (2007). Behandlung von Depressionen mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). München: CIP-Medien.
- Meehl, P. E. (1997). Credentialed persons, credentialed knowledge. Clinical Psychology: Science and Practice, 4, 91-98.
- Mertens W. (2014). Psychoanalytische Erkenntnishaltungen und Interventionen, 2., aktual. und erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens W. (2012): Psychoanalytische Schulen im Gespräch, Bd. 3: psychoanalytische Bindungstheorie und moderne Kleinkindforschung. Bern: Huber
- Mertens W. (2007). Qualitative Forschung ohne Theorie unbewusster Handlungsgründe? Lasst uns endlich die Schrotflinte auf den Tisch legen. Erwägen Wissen Ethik, 18, 253-255.
- Metzger, W. (1968). Psychologie, 4. Aufl. Darmstadt: Steinkopff.
- Mitchell, S. A. (2003). Bindung und Beziehung: auf dem Weg zu einer relationalen Psychoanalyse. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Nelson, T. D., & Steele, R. G. (2008). Influences on practitioner treatment selection: best research evidence and other considerations. The Journal of Behavioral Health Services and Research, 35, 170-178.
- Nestoriuc, Y., Berking, M., & Rief, W. (2012). Psychotherapieforschung. In: Berking, M., & Rief, W. (Hrsg.), Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor, Bd. 2: Therapieverfahren (S. 165-179). Berlin: Springer.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York: New York: Oxford University Press.
- Orlinsky, D. E. (2013). Die psychotherapeutische Beziehung, das persönliche Leben und die moderne Kultur. In: Znoj, H., & Berger, T. (Hrsg.), Die Kunst und Wissenschaft der Psychotherapie (S. 219-234). Bern: Huber.
- Reichertz, J. (2007). Qualitative Sozialforschung: Ansprüche, Prämissen, Probleme. Erwägen Wissen Ethik, 18, 195-207.
- Reiter, L., & Steiner, E. (1996). Psychotherapie und Wissenschaft. In: Pritz, A. (Hrsg.), Psychotherapie: eine neue Wissenschaft vom Menschen (S. 159-204). Wien: Springer.
- Reiter-Theil, S. (1988). Autonomie und Gerechtigkeit: das Beispiel der Familientherapie für eine therapeutische Ethik. Berlin: Springer.
- Revenstorf, D. (2005): Das Kuckucksei: über das pharmakologische Modell in der Psychotherapieforschung. Psychotherapie, 10, 22-31.
- Schön, D. A. (1983). The Reflective Practitioner. How Professionals think in Action. New York: Basic Books.
- Schön, D. A. (Hrsg.) (1991). The reflective turn: case studies in and on educational practice. New York: Teachers College Press.
- Schön, D. A., & Rein, M. (1994). Frame reflection: toward the resolution of intractable policy controversies. New York: Basic Books.
- Seehagen, S., Pflug, V., & Schneider, S. (2012). Psychotherapie und Wissenschaft: Harmonie oder Dissonanz? Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 40, 301-306.
- Seligman, M. E. P. (1997): Die Effektivität von Psychotherapie: die Consumer Reports-Studie. Integrative Therapie 22, 264-287.
- Sluneco, T. (1996). Wissenschaftstheorie und Psychotherapie: ein konstruktiv-realistischer Dialog. Wien: WUV-Universitätsverlag.
- Stein, H. (1986). Die Regeln der Psychoanalyse und das regelnde Selbst. Psyche Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen, 40, 310-319.

- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Book.
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2010). Interesting practitioners in training in empirically supported treatments: Research reviews versus case studies. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 73–95.
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B., Atwood, G. E. (1996). *Psychoanalytische Behandlung: ein intersubjektiver Ansatz*. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Stricker, G. (2007). The local clinical scientist. In: Hofmann, S. G., & Weinberger, J. (Hrsg.), *The art and science of psychotherapy* (S. 85–102). New York: Routledge.
- Strupp, H. H. (1996). Nachhaltige Lektionen aus der psychotherapeutischen Praxis und Forschung. *Psychotherapeut*, 41, 84–87.
- Sulz, S. (2015). *Von der Psychotherapiewissenschaft zur Kunst der Psychotherapie. Die Kunst des Heilens lehren der Patient und der erfahrene Psychotherapeut*. München: CIP-Medien
- Sulz, S. (2014). Wissenschaftsdiskussion vor Reformdiskussion: Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. In: Sulz, S. (Hrsg.), *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft: Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* (S. 186–227). Norderstedt: Books on Demand.
- Sulz, S. K. D., & Hauke G. (2010): Was ist SBT? Und was war SKT? „3rd wave“-Therapie bzw. Kognitiv-Behaviorale Therapie (CBT) der dritten Generation. *Psychotherapie* 15, 10–19.
- Tryon, G. S., & Winograd, G. (2002): Goal consensus and collaboration. In: Norcross, J. C. (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work*. (S. 109–125). New York: Oxford University Press.
- Walter, A. (2010). Entwicklungslinien psychoanalytischer Entwicklungspsychologie und Entwicklungstheorie: von der Entwicklungsstörung zur Entwicklungstherapie. In: Sulz, S. K. D., & Höfling, S. (Hrsg.), ... und er entwickelt sich doch: *Entwicklung durch Psychotherapie* (S. 71–116). München: CIP-Medien.
- Weinberger, J., & Hofmann, S. G. (2007). Conclusions: Let a Hundred Flowers Bloom; Let One Hundred Schools of Thought Contend. In: Hofmann, S. G., & Weinberger, J. (Hrsg.), *The art and science of psychotherapy* (S. 301-306). New York: Routledge.
- Westmeyer, H. (1978). Wissenschaftstheoretische Grundlagen der klinischen Psychologie. In: Baumann, U., Berbalk, H., & Seidenstücker, G. (Hrsg.), *Klinische Psychologie: Trends in Forschung und Praxis* (S. 108–132). Bern: Huber.
- Westmeyer, H. (1981). Zur Paradigmadiskussion in der Psychologie. In: Michaelis, W. (Hrsg.), *Bericht über den 32. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Zürich, Bd. 1* (S. 115–126). Göttingen: Hogrefe.
- Woolfolk, R. L. (1998). *The cure of souls: science, values, and psychotherapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Woolfolk, R. L., & Allen, L. A. (2014). *Wirksame Behandlung von somatoformen Störungen und von Somatisierungsstörungen*. München: CIP-Medien.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Sarasota, Fla.: Professional Resource Exchange.
- Znoj, H., & Berger, T. (2013). Heaven's Gate nach der kognitiven Wende: Sind wir mit emotionszentrierten Ansätzen endlich im Psychotherapiehimmel angekommen? In: Znoj, H., & Berger, T. (Hrsg.), *Die Kunst und Wissenschaft der Psychotherapie* (S. 13–40). Bern: Huber.

Article inédit (thème principal)

*Serge Sulz*

## **Psychothérapie est plus qu'une science ou: De la science vers l'art**

Avant de choisir la profession de psychothérapeute, il convient d'être conscient à quoi correspond ce désir plus exactement. Au désir de devenir scientifique et de toujours appliquer la thérapie la plus efficace ? A celui d'apprendre l'art de la psychothérapie sur une base scientifique ? A celui de comprendre, dans la mesure du possible, les êtres humains avec leurs problèmes et maladies psychiques afin de les satisfaire en tant que personnalité unique ou à celui d'être une aide compétente sur le terrain, capable d'obtenir de bons résultats thérapeutiques pour certaines maladies psychiques, grâce à des manuels de traitements basés sur des faits ? Est-ce que je traite les maladies ou les personnes malades ? La psychothérapie est-elle plus qu'une science ? Est-ce une attitude, une relation, un art de guérir ? Le développement personnel et la supervision sont-ils indispensables ? Mes professeurs doivent-ils être des scientifiques ou des psychothérapeutes ?

La littérature spécialisée susceptible de fournir des réponses à toutes ces questions ne propose presque que des textes rédigés par des scientifiques. Ils pensent, ils recherchent, ils publient. Un déséquilibre de plus entre science et pratique. Les scientifiques représentent avec tant d'aisance et de brio ce qu'est la psychothérapie alors que les praticiennes et praticiens ont du mal à écrire des articles, du moins au niveau scientifique nécessaire pour qu'une rédaction accepte de les publier. Si nous nous demandons donc si la psychothérapie est plus qu'une science et dans quelle mesure, nous ne devons pas espérer recevoir des réponses satisfaisantes de la part des scientifiques. Ceux-ci ne souhaitent pas que la psychothérapie quitte le domaine des sciences. Peut-être pourrait-on considérer la psychothérapie comme art, mais aussi seulement dans le sens qu'une fibre artistique serait requise pour appliquer les thérapies de manuels basées sur des faits au cas particulier de manière à ce que la thérapie soit vraiment efficace dans la prise en charge clinique et que la personne concernée puisse être aidée. Par contre, les auteurs n'envisagent pas que l'essence de la psychothérapie puisse se situer en-dehors du domaine de la science actuelle.

Notre réponse reste donc limitée puisque pour l'heure, le processus psychothérapeutique est dans une large mesure encore une terre inexplorée en ce qui concerne les interactions vraiment fondamentales entre le patient et son thérapeute. Et nous tenons à relever que le fait que la psychothérapie fait l'objet de recherches n'en fait pas forcément une science. De même, ceux qui effectuent des recherches concernant les psychothérapeutes ne deviennent pas d'office psychothérapeutes et, de ce fait, habilités à enseigner comment faire une psychothérapie.

Il est vrai que les scientifiques ne sont pas d'accord entre eux. Les chercheurs appartenant au mainstream continuent à vérifier l'efficacité des interventions spécifiques aux différents troubles à l'aide de recherches RCT et exigent qu'à l'avenir, seuls leurs manuels ainsi évalués puissent servir de base à une psychothérapie. Leurs contreparties au sein de l'APA (American Psychological Association) avancent que l'efficacité n'est pas déterminée par ces techniques et interventions spécifiques aux troubles, mais par des facteurs généraux tels que la relation thérapeutique, la personnalité du thérapeute, les caractéristiques des patients, les conditions contextuelles entourant l'établissement et le maintien de la relation avec le patient et surtout l'adéquation entre le patient et le thérapeute ainsi que le suivi constant de l'interaction entre patient et thérapeute. Elles effectuent des recherches concernant ces « common factors » et peuvent prouver qu'ils sont nettement plus importants que les éléments de la thérapie basés sur des faits. Elles hésitent pourtant à appeler cela l'art de la psychothérapie, puisque leurs recherches les ont amenés sur un terrain vierge. Il n'est pas question ici d'art qu'un seul génie maîtrise, mais de processus pouvant être retracés, appris et décrits de manière scientifique. Ou est-ce que cela reste de l'art malgré tout ? Autant que l'intuition qui reste de l'intuition même lorsque les neurobiologistes et les psychologues expérimentaux ont saisi tous les processus impliqués.

Quelle réponse pouvons-nous donc attendre à la question de savoir si et dans quelle mesure la psychothérapie est plus que de la science ? Nous pouvons répondre oui à la première partie de la question qui commence par si:

La pensée psychothérapeutique n'est pas scientifique. Telle quelle, elle serait déplacée lors d'une séance thérapeutique.

L'interaction thérapeutique et une relation ne relèvent pas de la science, sinon elle ne serait plus l'indispensable solide alliance entre patient et thérapeute.

L'empathie et l'identification ne sont pas de la science, pas plus que les sentiments découlant du transfert et du contre-transfert entre patient et thérapeute.

Les interventions classiques comme l'exposition ou le travail de gestaltthérapie avec des chaises non plus ne sont pas de la science malgré des instructions précises concernant ce que le thérapeute doit faire pour provoquer des sentiments intenses chez le patient.

Les directives concernant ce que le thérapeute doit faire pendant la séance peuvent refléter l'état d'avancement de la recherche en matière d'efficacité, mais même s'il respecte le manuel à la lettre, sa façon d'agir ne sera pas de la science.

Etant donné que le manuel des troubles spécifiques ne peut la plupart du temps pas être appliqué au cas particulier, la supervision permet de passer du produit scientifique à l'utilisation individuelle au cas par cas. Le développement personnel, lors duquel le psychothérapeute se trouve en quelque sorte à la place du patient et vit des expériences émotionnelles profondes, permet de comprendre pourquoi le manuel ne peut pas être appliqué tel quel.

Au final, nous constatons que la psychothérapie est plus qu'une science, d'une part parce qu'elle est de l'art et d'autre part parce qu'elle est quelque chose de plus grand, quelque chose que nous ne pouvons pas encore saisir et nommer. Il s'agit d'attitude, d'aide, de guérison du côté du thérapeute et d'espoir et de crainte, de foi et de doute, de confiance et de méfiance, de vouloir et de rejeter, mais aussi de garder et de laisser aller, d'oser l'inconnu et de rester dans le connu, de réussir et d'échouer, d'évoluer et de stagner, d'autonomie et de dépendance, de relation et de soi-même, etc. du côté du patient ou encore de don du thérapeute et du patient entre deux pôles, entre vision et réalité, entre ce qui est faisable et ce qui ne l'est pas.

Appelons ce qui dépasse la science et ce en quoi la psychothérapie est plus que la science simplement la psychothérapie.

**Mots clés:** Psychothérapie, science, théorie scientifique, éléments factuels, essais cliniques RCT, recherche quantitative, recherche qualitative, recherche sur le terrain, herméneutique, facteurs généraux d'efficacité, relation thérapeutique, formation en psychothérapie, expérience personnelle, supervision, personnalité du/de la psychothérapeute