



Psychotherapie-Wissenschaft Science Psychothérapeutique

WWW.PSYCHOTHERAPIE-WISSENSCHAFT.INFO

Paradigmenwechsel in der Psychotherapieforschung

Changement de paradigme dans la recherche en psychothérapie

Herausgegeben von Mario Schlegel und Peter Schulthess

13. Jahrgang
Heft 2 / 2023
ISSN 1664-9583

Christa Futscher

**Prospektiver Erkenntnisgewinn durch die Verbindung
von altem Wissen und neuer Forschung in der Psychotherapie**
Enrichissement des connaissances par la mise en relation de savoirs anciens
et des nouvelles recherches actuellement en cours en psychothérapie

Jos Dirx & Jolien Zevalkink

Die Qualität von Objektrepräsentationen während einer psychoanalytischen Behandlung
Measuring Changes in the Quality of Object Representations during Psychoanalytic Treatment
Mesurer les changements survenus dans les représentations de la qualité d'objet
pendant le traitement psychanalytique

Stefan Paulus

Erschöpfungsdepressionen
La dépression d'épuisement

Hubert de Condé, Jochem Willemsen & Emmanuelle Zech

Wie sehen persönliche und berufliche Entwicklungswege erfahrener Therapeut*innen aus?
Quelles sont les trajectoires de développement personnel et professionnel de thérapeutes chevronnés ?

Daniel Hell

**Die Herausforderung von Psychiatrie und Psychotherapie
angesichts der Krise des modernen Selbstverständnisses**
Le défi de la psychiatrie et de la psychothérapie face à la crise de l'image de soi moderne

Jürgen Kriz

Humanistische Psychotherapie in Deutschland
Psychothérapie humaniste en Allemagne

Herausgegeben von der Assoziation Schweizer
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten



Psychotherapie-Wissenschaft Science Psychothérapeutique

 WWW.PSYCHOTHERAPIE-WISSENSCHAFT.INFO

Paradigmenwechsel in der Psychotherapieforschung

Changement de paradigme dans la recherche en psychothérapie

Herausgegeben von Mario Schlegel und Peter Schulthess

13. Jahrgang

Heft 2 / 2023

ISSN 1664-9583



Psychosozial-Verlag

Impressum

Psychotherapie-Wissenschaft
ISSN 1664-9583 (Print-Version)
ISSN 1664-9591 (digitale Version)
13. Jahrgang Heft 2/2023
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-2>
info@psychotherapie-wissenschaft.info
www.psychotherapie-wissenschaft.info

Herausgeber

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

Redaktion

Mara Foppoli, Lugano
Lea-Sophie Richter, Zürich
Mario Schlegel, Zürich
Peter Schulthess, Zürich

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

Verlag

Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG
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)
Sonderpreis für ASP-Mitglieder: 35,- € (zzgl. 6,- € Versand)
Einzelheft 24,90 € (zzgl. Versand)
Studierende erhalten gegen Nachweis 25 % Rabatt
auf das Abonnement.
Das Abonnement verlängert sich um jeweils ein Jahr,
sofern nicht eine Abbestellung bis acht Wochen vor Ende
des Bezugszeitraums erfolgt.

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 ASP-Geschäftsstelle: asp@psychotherapie.ch

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	Erschöpfungsdepressionen	39
Éditorial	7	Zur zeitlich-dynamischen Erfassung von Krankheitsverläufen	
<i>Mario Schlegel & Peter Schulthess</i>		La dépression d'épuisement	47
Titelthema:		Pour une saisie chrono-dynamique de l'évolution de la maladie	
Paradigmenwechsel in der Psychotherapieforschung		<i>Stefan Paulus</i>	
Thème principal :		Wie sehen persönliche und berufliche Entwicklungswege erfahrener Therapeut*innen aus?	49
Changement de paradigme dans la recherche en psychothérapie		Exploration ihrer Erfahrungen	
Prospektiver Erkenntnisgewinn durch die Verbindung von altem Wissen und neuer Forschung in der Psychotherapie	11	Quelles sont les trajectoires de développement personnel et professionnel de thérapeutes chevronnés ?	51
Enrichissement des connaissances par la mise en relation de savoirs anciens et des nouvelles recherches actuellement en cours en psychothérapie	19	Exploration de leurs expériences	
<i>Christa Futscher</i>		<i>Hubert de Condé, Jochem Willemsen & Emmanuelle Zech</i>	
Die Qualität von Objektrepräsentationen während einer psychoanalytischen Behandlung	21	Die Herausforderung von Psychiatrie und Psychotherapie angesichts der Krise des modernen Selbstverständnisses	63
Eine Pilotstudie in den Niederlanden		Le défi de la psychiatrie et de la psychothérapie face à la crise de l'image de soi moderne	71
Measuring Changes in the Quality of Object Representations during Psychoanalytic Treatment	29	<i>Daniel Hell</i>	
A Pilot Study in The Netherlands		Humanistische Psychotherapie in Deutschland	73
Mesurer les changements survenus dans les représentations de la qualité d'objet pendant le traitement psychanalytique	37	Report einer Blockade	
Une étude pilote aux Pays-Bas		Psychothérapie humaniste en Allemagne	83
<i>Jos Dirkx & Jolien Zevalkink</i>		Rapport sur un blocage	
		<i>Jürgen Kriz</i>	

Editorial

In dieser Ausgabe finden sich mehrere Beiträge, die für die Psychotherapie und die Forschung eine dringend nötige Perspektivenerweiterung vornehmen. Während die Perspektive der individuellen Psychotherapie vornehmlich introvertiert ist, gründen die beiden ersten Beiträge zugleich auch in der Extraversion, d. h. an jeweiligen äusseren Umständen der Patient*innen und Therapeut*innen. Damit rückt der ganze Kontext in den Blickwinkel der Psychotherapie. Das Heft enthält empirische und qualitative Forschungsarbeiten sowie zwei spannende Diskussionsbeiträge zur Forschungspolitik.

Im ersten Beitrag bringt die Psychotherapeutin *Christa Futscher* Zitate C. G. Jungs aus den 1930er-Jahren mit Zitaten des Psychotherapieforschers Bruce Wampold (2011 und 2017) in Beziehung und bezieht ihren jeweiligen persönlichen und kulturellen Kontext mit ein. Die Frage ist, wie und ob sich altes mit neuem Wissen verbinden lässt, und sie wird abgehandelt an der Variablen des Wirkfaktors «Persönlichkeit der Therapeut*innen». Damit rückt die therapeutische Beziehung in den Vordergrund basierend auf einem kontextuellen Modell der Psychotherapie, wie es von Wampold vertreten wird. Spannend ist, dass die Autorin nicht, wie man es erwarten würde, von der therapeutischen Sichtweise ausgeht, sondern qualitativ soziologisch vorgeht und sich dabei auf den wissenschaftstheoretischen Hintergrund der Verfremdung abstützt, wie er an der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien verwendet wird, und über den in dieser Zeitschrift (bzw. ihrer Vorgängerin) auch Arbeiten erschienen sind, wie z. B. Kurt Greiner (2007). Ein praktischer Wert dieser Arbeit besteht einerseits darin, dass ihre Erkenntnisse für die Aus- und Fortbildung der Psychotherapeut*innen anwendbar sind, und andererseits für den wissenschaftlichen Schulvergleich, für den dieses methodische Vorgehen auch produktiv wäre.

Der zweite Beitrag, «Erschöpfungsdepressionen. Zur zeitlich-dynamischen Erfassung von Krankheitsverläufen» stammt vom soziologischen Forscher *Stefan Paulus*. Während Futscher eine Brücke zur Soziologie schlägt, schlägt Paulus eine Brücke von der Soziologie zur Psychotherapie, indem er sich mit seiner empirischen Arbeit auf Günter Schiepek bezieht, dessen Ansatz auch in dieser Zeitschrift publiziert wurde (2020, 2022). Um gleich mit ihrem praktischen Wert zu beginnen, führt Paulus' Arbeit die Wichtigkeit der sozialen Situation unserer Patient*innen vor Augen. Dem Einbezug der sozialen Situation der Patient*innen sollte in der Psychotherapie dieselbe Aufmerksamkeit geschenkt werden wie der introvertierten Sicht auf deren Innenwelt. Wir leben in einem Netzwerk von Innen und Aussen. Zum praktischen Wert dieser Arbeit gehört auch die Darstellung der archetypischen, resp. generischen systemdynamischen Modelle, als auch ihre Nutzungspotenziale für die Psychotherapie. Ihre Begrifflichkeit lässt sich in die Behandlung einbringen, um sozialen Problemen einen griffigen Namen zu geben. Bekanntlich müssen Probleme benannt werden können, um mit ihnen produktiv umgehen zu können.

Jos Dirx und Jolien Zevalkink präsentieren eine Pilotstudie aus den Niederlanden, wo sie mit mehreren empirischen Messinstrumenten in Interviewform die Veränderungen der Qualität von Objektrepräsentationen im Verlauf von psychoanalytischen Therapien erforschten. Nebst dem Fokus auf Strukturveränderungen interessierte sie auch die Veränderung der psychopathologischen Belastung innerhalb derselben Periode. Sie zeigen auf, dass solche Veränderungen in der Tat erfolgen, und empfehlen zum Monitoring solcher Veränderungen den Einsatz dieser Skalen auch in der therapeutischen Praxis mittels halbstrukturierter Interviews. Der Beitrag wird auf Englisch und Deutsch publiziert.

Erstmals haben wir einen französischsprachigen Beitrag erhalten, den wir in der Originalsprache publizieren. Für die deutschsprachige Leserschaft gibt es eine längere Zusammenfassung. *Hubert de Condé, Jochem Willemsen und Emmanuelle Zech*, Forschende an der katholischen Universität Louvain in Belgien, gehen der Frage nach, wie persönliche und berufliche Entwicklungswege erfahrener Psychotherapeut*innen aussehen. Sie untersuchen die Bedeutung der Psychotherapieausbildung bei der Entwicklung beruflicher Kompetenzen. Die Autor*innen führten anhand einer gut begründeten Stichprobenbildung in zwei belgischen Berufsverbänden mit sieben erfahrenen Therapeut*innen aus verschiedenen Therapierichtungen halbstrukturierte Interviews durch. Die Ergebnisse zeigen, dass persönliche und berufliche Entwicklung nicht voneinander zu trennen sind und die Person des Therapeuten, der Therapeutin im Mittelpunkt des Integrationsprozesses steht. Dieses Ergebnis steht auch im engen Zusammenhang mit den Erkenntnissen Jungs und Wampolds.

Während diese ersten drei Beiträge einer kontextuellen Denkweise verpflichtet sind, wirft *Jürgen Kriz* mit seinem Beitrag «Humanistische Psychotherapie in Deutschland. Report einer Blockade» einen Blick in den dunklen Abgrund der Unwissenschaftlichkeitspolitik, wenn die Kontexte ausgeblendet werden, wie dies in Deutschland gegenüber der Zulassung der Humanistischen Psychotherapie zum Schaden der Psychotherapie-Bedürftigen geschehen ist. Basierend auf einer veralteten, hierarchischen Denkweise wurde hier ein Gremium von Vertretern einzelner psychotherapeutischen Schulen bestimmt, das darüber entscheiden durfte, welche Schulen als wissenschaftliche Psychotherapien anerkannt werden und welche nicht. So wurde gleichsam der Bock zum Gärtner gemacht. Kriz bezieht sich, wie Wampold, auf eine kontextuelle Denkweise in der Psychotherapie und zeigt, dass das deutsche Modell eine weltweit einmalige Spezialkonstruktion darstellt, die überholt ist.

Heute kann man das glücklicherweise so sehen, die letzten 30 Jahre Berufspolitik waren aber kein Zuckerschlecken und hatten Auswirkungen bis hin auf den Namen unserer Zeitschrift *Psychotherapie-Wissenschaft*. Trotz vieler Versuche deutscher Psychologieprofessoren an schweizerischen Universitäten, das deutsche Modell

einzuführen, ist dies nicht gelungen. Einerseits war es die Schweizer Charta für Psychotherapie, die diese Zeitschrift ins Leben gerufen hat, und andererseits die basisdemokratische Schweizer Mentalität und in deren Sinn und Geist die Juristen, die es verhindert haben. Kriz' Beitrag ist auch ein wichtiges Zeitdokument zur Etablierung der Psychotherapie in der staatlichen Grundversorgung der psychischen Gesundheit. Als wissenschaftlicher Exponent in diesen Auseinandersetzungen verfügt er über Kenntnisse von Zusammenhängen, die zukünftigen Generationen nur schwer erschliessbar sein werden.

Abschliessend votiert *Daniel Hell* für eine Neuorientierung innerhalb der Psychiatrie und Psychotherapie. Er blickt dabei auf 50 Jahre berufliche Erfahrung zurück, betont, wie Psychiatrie und Psychotherapie stark von der herrschenden Kultur abhängig sind, und beschreibt den kulturellen Wandel und den Wandel in der Psychiatrie im letzten halben Jahrhundert. Allein das macht den Beitrag zu einem wertvollen historischen Zeitdokument. Der Autor kritisiert die zunehmende Verdinglichung der Gefühle, die Biologisierung der Psychiatrie/Psychotherapie und die verstärkte Beschäftigung mit dem Selbstwert, wobei der Begriff des Selbst eine Wandlung erfahren hat und zumeist die Beziehung zu sich selbst meint und nicht mehr ein relationales Selbst, das auf Beziehungserfahrungen und Bedeutung beruht. Diese Tendenz könne

durch die Digitalisierung mit Big Data noch verstärkt werden. Umso wichtiger sei eine Auseinandersetzung mit der Zukunft von Psychiatrie und Psychotherapie auch in Kenntnis ihrer Geschichte.

Wir denken, unserer Leserschaft ein spannendes Heft vorgelegt zu haben, und wünschen eine bereichernde Lektüre.

Mario Schlegel & Peter Schulthess

Literatur

- Greiner, K. (2007). Psychoanalyse im 21. Jahrhundert: polymorphe Wissenschaft mit Vorbildqualität. *Psychotherapie Forum*, 15(2), 96–103. <https://psychotherapie-wissenschaft.info/article/view/128>.
- Schiepek, G. (2020). Depression – ein komplexes dynamisches System. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 10(2). <https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-49>
- Schiepek, G. (2022). Prozess- und Outcome-Evaluation mithilfe des Synergetischen Navigationssystems (SNS). *Psychotherapie-Wissenschaft*, 12(1). <https://doi.org/10.30820/1664-9583-2022-1-51>
- Wampold, B. E. (2011). Qualities and actions of effective therapists: Research suggests that certain psychotherapist characteristics are key to successful treatment. NANOPDF. APA. https://nanopdf.com/download/qualities-and-actions-of-effective-therapists_pdf.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E. & Flückiger, C. (2017). *Die Psychotherapie-Debatte: Was Psychotherapie wirksam macht*. Übers. v. M. Ackert, J. Held, C. Wolfer & J. Westenfelder. Hogrefe.

26.04. + 27.04.2024, Linz (A) oder online

Tagung zum Thema

PERSÖNLICHKEITS- STÖRUNG(EN)

mit Babette Renneberg,
Tobias Teismann, Emanuel Severus,
Bärbel Wardetzki u.v.m.

Weitere Info und Anmeldung:

vpa.at

ab Herbst 2023



Anzeige

Éditorial

Vous trouverez dans cette édition plusieurs contributions visant, comme cela semble absolument nécessaire, à élargir les perspectives de la psychothérapie et de la recherche. Alors que la perspective de la psychothérapie individuelle est principalement introvertie, les deux premières contributions se basent aussi dans le même temps sur l'extroversion, c.-à-d. sur les circonstances extérieures respectives des patient-e-s et des thérapeutes. L'ensemble du contexte passe ainsi dans l'angle de vue de la psychothérapie. Ce cahier contient des travaux de recherche empiriques et qualitatifs ainsi que deux passionnantes contributions visant à alimenter le débat sur la politique de la recherche.

Dans la première contribution, la psychothérapeute *Christa Futscher* met des citations de C. G. Jung datant des années 1930 en liaison avec des citations du chercheur en psychothérapie Bruce Wampold (2011 et 2017) en incluant leur contexte personnel et culturel respectif. La question consiste à examiner comment et si les anciennes connaissances peuvent être reliées aux nouvelles, et est traitée en considérant les variables du facteur efficient « personnalité des thérapeutes ». La relation thérapeutique passe ainsi à l'avant-plan en se basant sur un modèle contextuel de la psychothérapie tel que le défend Wampold. Ce qui est passionnant, c'est que l'autrice ne part pas, comme on aurait pu s'y attendre, du point de vue thérapeutique mais procède qualitativement et sociologiquement en s'appuyant à cette occasion sur le contexte théorique scientifique de l'aliénation tel qu'il est utilisé à la Sigmund Freud PrivatUniversität Wien (université privée Sigmund Freud de Vienne), contexte sur lequel des travaux sont également parus dans ce magazine (resp. son précurseur), comme par exemple ceux de Kurt Greiner (2007). Une valeur pratique de ce travail consiste d'une part dans le fait que les enseignements qu'on en retire sont applicables à la formation de base et continue des thérapeutes, et d'autre part dans la comparaison scientifique des écoles, pour laquelle cette procédure méthodique serait également productive.

La seconde contribution, « Dépressions d'épuisement. À propos de la compréhension dynamique dans le temps d'évolutions de maladies » est de la plume du chercheur en sociologie *Stefan Paulus*. Alors que Futscher jette un pont vers la sociologie, Paulus, quant à lui, jette un pont depuis la sociologie vers la psychothérapie, en se référant dans son travail empirique à Günter Schiepek, dont l'approche a également été publiée dans ce magazine (2020, 2022). Pour commencer tout de suite avec sa valeur pratique, le travail de Paulus met en évidence l'importance de la situation sociale de nos patient-e-s. La psychothérapie devrait accorder à la prise en compte de la situation sociale des patients-e-s la même attention que celle que la vue introvertie accorde au monde intérieur. Nous vivons dans un réseau intérieur et extérieur. La valeur pratique de ce travail comprend également la représentation des modèles dynamiques de systèmes archétypiques resp.

génériques, ainsi que leurs potentiels d'utilisation pour la psychothérapie. Sa terminologie peut être retenue dans le traitement afin de donner un nom qui fait sens aux problèmes sociaux. On sait que les problèmes doivent pouvoir être nommés pour qu'on puisse les traiter de façon productive.

Jos Dirkx et Jolien Zevalkink présentent une étude pilote réalisée aux Pays-Bas, dans laquelle ils exploraient avec plusieurs instruments de mesure empiriques les changements, survenant dans la qualité de représentations d'objet sous la forme d'interviews, menés au cours de thérapies psychanalytiques. Outre la focalisation sur les changements de structure, les auteurs s'intéressaient également à l'évolution du stress psychopathologique au cours de la même période. Ils montrent que de tels changements ont effectivement lieu, et recommandent d'utiliser aussi ces échelles dans la pratique thérapeutique au moyen d'interviews semi-structurés pour surveiller de tels changements. Cette contribution est publiée en anglais et en allemand.

Nous avons, pour la première fois, reçu une contribution en langue française, que nous publions dans la langue d'origine. Un récapitulatif plus long existe pour les lecteurs germanophones. *Hubert de Condé, Jochem Willemsen et Emmanuelle Zech*, chercheurs à l'université catholique de Louvain en Belgique, explorent la manière dont se présentent les cheminements personnels et professionnels de thérapeutes expérimentés. Ils ont examiné le sens que revêtait la formation en psychothérapie dans le développement de compétences professionnelles. Les auteurs et l'autrice ont mené des interviews semi-structurés avec sept thérapeutes expérimentés, provenant de différentes orientations thérapeutiques, choisis à partir d'un échantillon aléatoire soigneusement constitué au sein de deux associations professionnelles belges. Les résultats montrent que l'évolution personnelle et l'évolution professionnelle ne peuvent pas être séparées l'une de l'autre et que la personne du ou de la thérapeute se trouve au centre du processus d'intégration. Ce résultat entretient également une relation étroite avec les enseignements tirés de Jung et de Wampold.

Pendant que ces trois premières contributions doivent s'inscrire dans un mode de pensée contextuel, *Jürgen Kriz* jette, avec sa contribution « Psychothérapie humaniste en Allemagne. Rapport sur un blocage », un regard dans le sombre abîme de la politique de l'ignorance de la science lorsque les contextes sont masqués, comme cela s'est produit en Allemagne avec l'autorisation de la psychothérapie humaniste au préjudice de ceux et celles qui ont besoin de la psychothérapie. En adoptant un mode de pensée hiérarchique suranné, on a ici constitué un comité de représentants de différentes écoles psychothérapeutiques qui a pu décider des écoles qui seraient reconnues comme des psychothérapies scientifiques et de celles qui ne le seraient pas. C'est ainsi que, pour ainsi dire, on a fait entrer le loup dans la bergerie. Kriz, tout

comme Wampold, se réfère à un mode de pensée contextuel pratiqué en psychothérapie, et montre que le modèle allemand présente une construction spéciale unique au monde et qui est dépassée.

On peut aujourd'hui considérer que les 30 dernières années de politique n'étaient pas une sinécure et ont eu des effets jusque sur le nom de notre magazine *Psychotherapie-Wissenschaft – Science Psychothérapeutique*. Les nombreuses tentatives de professeurs de psychologie allemands, visant à introduire le modèle allemand dans des universités suisses, n'ont pas abouti. C'est d'une part la charte suisse de la psychothérapie, qui a porté ce magazine sur les fonts baptismaux, et de l'autre la mentalité suisse de démocratie de base et les juristes agissant dans leur sens et leur esprit qui l'ont empêché. La contribution de Kriz est également un document d'époque important pour établir la psychothérapie dans les soins de base administratifs de la santé psychique. En tant que témoin scientifique dans le cadre de ces disputes, il a connaissance d'interrelations que les générations futures auront des difficultés à identifier.

En conclusion, *Daniel Hell* émet un vœu en faveur d'une réorientation au sein de la psychiatrie et de la psychothérapie. Il s'appuie sur 50 ans d'expérience professionnelle, souligne à quel point la psychiatrie et la psychothérapie dépendent de la culture dominante, et décrit la mutation culturelle et la mutation survenue en psychiatrie au cours du dernier demi-siècle. Cette seule évocation fait de cette contribution un document historique d'époque important. L'auteur critique la réification croissante des sentiments, la biologisation de la psychiatrie/de la psychothérapie et l'attention croissante

accordée à l'estime de soi, sachant que la notion de soi a connu une mutation pour signifier généralement la relation à soi-même et non plus un moi relationnel sur lequel reposent les expériences relationnelles et le sens. Cette tendance pourrait être encore renforcée par la numérisation avec Big Data. Il est d'autant plus important qu'un débat sur l'avenir de la psychiatrie et de la psychothérapie s'appuie également sur la connaissance de son histoire.

Nous pensons avoir présenté à nos lecteurs un cahier passionnant, et vous souhaitons une lecture enrichissante.

Mario Schlegel & Peter Schulthess

Literatur

- Greiner, K. (2007). Psychoanalyse im 21. Jahrhundert: polymorphe Wissenschaft mit Vorbildqualität. *Psychotherapie Forum*, 15(2), 96–103. <https://psychotherapie-wissenschaft.info/article/view/128>.
- Schiepek, G. (2020). Depression – ein komplexes dynamisches System. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 10(2). <https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-49>
- Schiepek, G. (2022). Prozess- und Outcome-Evaluation mithilfe des Synergetischen Navigationssystems (SNS). *Psychotherapie-Wissenschaft*, 12(1). <https://doi.org/10.30820/1664-9583-2022-1-51>
- Wampold, B.E. (2011). Qualities and actions of effective therapists: Research suggests that certain psychotherapist characteristics are key to successful treatment. NANOPDF. APA. https://nanopdf.com/download/qualities-and-actions-of-effective-therapists_pdf.
- Wampold, B.E., Imel, Z.E. & Flückiger, C. (2017). *Die Psychotherapie-Debatte: Was Psychotherapie wirksam macht*. Übers. v. M. Ackert, J. Held, C. Wolfer & J. Westenfelder. Hogrefe.

**Titelthema:
Paradigmenwechsel in der
Psychotherapieforschung**

**Thème principal :
Changement de paradigme dans
la recherche en psychothérapie**

Prospektiver Erkenntnisgewinn durch die Verbindung von altem Wissen und neuer Forschung in der Psychotherapie

Christa Futscher

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (2) 2023 11–18

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-2-11>

Zusammenfassung: Um altes Wissen mit neuer Forschung zu verbinden, ist es hilfreich, mittels wissenschaftlicher Methodik eine Beziehung zwischen beiden herzustellen. Auf einen Hinweis von Verena Kast hin wurden Zitate von Bruce Wampold (*1948) und von C. G. Jung (1875–1961) im Rahmen empirisch qualitativer methodologischer Überlegungen verglichen. Die Resultate sind sowohl für die psychotherapeutische Praxis als auch in methodologischer Hinsicht relevant. Die Besonderheit an dieser Ausgangshypothese ist die Annahme, dass vorhandenes Wissen ein aus den jeweils verschiedenen Ursprungskontexten entstandenes Fachwissen darstellt, das in Zitaten verdichtet und konkret ausformuliert ist. Diese Aussagen, die zu unterschiedlichen Zeiten auf unterschiedlichen Kontinenten in unterschiedlichen soziokulturellen Forschungskontexten formuliert wurden, werden damit in Zusammenhang gesetzt. Untersucht wird das Thema *effektive Therapierende*, wobei dieses nur von Wampold in einem Artikel explizit benannt wird. Von Jung finden sich in mehreren Artikeln ähnliche Äusserungen, die jedoch zuerst ermittelt werden mussten, um sie den Aussagen Wampolds gegenüberstellen zu können. Aus der Untersuchung einer exemplarisch herausgegriffenen Gegenüberstellung von Zitaten über *effektive Therapierende* ergeben sich folgende Erkenntnisse: Zum einen steht das alte Wissen Jungs, trotz der Differenzen in der Entstehungsgeschichte, in enger Verbindung mit dem kontextuellen Metamodell Wampolds, zum anderen schliesst es an neue Forschungen von Tschuschke bzw. Sell und Benecke an.

Schlüsselwörter: Qualität therapeutischer Beziehung, Persönlichkeitsentwicklung, Wampold, Jung, persönliche Fähigkeiten, therapeutische Fertigkeiten, methodische Perspektivenvielfalt, psychotherapeutisches Kernwissen, Elastische Bedeutungsräume, altes und neues Wissen, Verbundenheit mit der Methode, Allegiance

Einleitung

In der empirischen qualitativen Forschung werden unterschiedliche Methoden eingesetzt, um einerseits interaktive Prozesse zwischen Menschen zu untersuchen oder andererseits interaktive Prozesse als Analyseinstrument zu nutzen. Ebenso können theoretische Untersuchungen einzelner Wissenschaftler*innen durch das Zusammentragen von Textmaterial mit anschließender Analyse und vorgenommenen Vergleichen zum Erkenntnisgewinn beitragen. Es stellt sich die Frage, inwieweit die Beschäftigung mit qualitativen Methoden im Hinblick auf den Wirkfaktor Psychotherapeut*in für eine theoretische Untersuchung von Bedeutung sein kann. Für die Beantwortung dieser Frage werden zunächst Grundlagen sozialwissenschaftlicher und psychotherapiewissenschaftlicher Methoden beleuchtet und in Bezug auf die Perspektiven- und die Kontextvielfalt dargestellt. Ein im Anschluss vorgenommener exemplarischer Vergleich zeigt, wie auf Basis der Kombination dieser empirisch methodologischen Grundgedanken auf theoretischer Ebene ein Ergebnis erzielt werden kann. Im Beispiel werden Zitate mit augenscheinlich ähnlichen Aussagen unter Bezugnahme auf ihre Entstehungskontexte betrachtet.

Methodologische Abgrenzung als theoretische Basis

Forschungsprozess und Interaktion. Beim wissenschaftlichen Arbeiten finden zwischen Fragestellung und Ergebnis zwei Prozesse statt: Datenerhebung und Auswertung. Zwischen beiden erfolgt die Datendarstellung als fixiertes Abbild der Information aus der Erhebung in einer für die Auswertung geeigneten Textform. Stichwortartig lässt sich der Vorgang wie folgt beschreiben: Datenerhebung (Prozess) – Datendarstellung (fixiertes Abbild) – Auswertung (Prozess). In den Human- und Sozialwissenschaften greifen die Erhebungs- und Auswertungsprozesse sinnvoll ineinander (Baur & Blasius, 2022, S. 132). Auf der zwischenmenschlichen Ebene werden aus Interaktionsprozessen Informationen gewonnen, die sowohl bei der Datenerhebung als auch im Auswertungsverfahren eine Rolle spielen. Die Auswahl von Methode, Erhebungs- und Auswertungsverfahren muss nach der Auseinandersetzung mit Grundlagentheorien an die Ausgangssituation angepasst werden (ebd., S. 130). Neben der zwischenmenschlichen *Interaktion* ist die *Perspektivenvielfalt* ein wesentlicher Faktor, um der Kollektivität von Wissen und Verstehen gerecht zu werden, da durch Perspektivität das Verstehen mit dem Subjekt verbunden wird (ebd.,

S. 608). «In der *wissenschaftlichen Praxis* darf das Verstehen aber kein Reflex sein. Es muss eine Reflexion sein: ein bewusster, sich selbst beobachtender und steuernder, den Sinn gegebener Zeichen aus der Perspektive des Zeichen Setzenden rekonstruierender Interpretationsprozess» (ebd., S. 612). Das bedeutet, dass auch die Einwirkung der Forschenden auf *Datenerhebung, Datendarstellung und Datenverarbeitung* reflektierend eingebunden wird. Durch die Beteiligung unterschiedlicher Menschen an einzelnen Prozessen ist der Umgang mit *Kontexten* ein weiterer zentraler Bestandteil von Untersuchungen in diesem Bereich. Im Folgenden werden methodologische Grundannahmen aus den Sozial- und den Psychotherapiewissenschaften beleuchtet.

Sozialwissenschaft. In der sozialwissenschaftlichen Forschung werden neben statistischen Ansätzen Daten aus Interviews, Gruppendiskussionen oder Beobachtungen mit zwischenmenschlicher Interaktion gewonnen. Der dabei generierte, zunächst nicht eindeutige implizite Sinngehalt ist im transkribierten Text enthalten (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021, S. 367ff.), und je nach Methode wird bspw. zwischen gemeintem und gesagtem bzw. latentem oder manifestem Sinngehalt usw. unterschieden. Durch die Auseinandersetzung mit diesem mehrdeutigen Material wird «hinter» den Text geschaut, wobei mithilfe menschlicher Interaktion implizite Strukturen wissenschaftlich expliziert werden, indem zur Klärung entweder mehrere einzelne Begutachtende für ein Material herangezogen werden oder aber mehrere Menschen in Gruppen diskutieren, bis eine «Einigung» über das Material stattgefunden hat. Sozialwissenschaftliche Auswertungsverfahren sind Annäherungsverfahren, die mithilfe verschiedener Perspektiven eine *Sättigung* im Verständnis anstreben, bis keine relevanten Auffassungsunterschiede mehr anzunehmen sind und damit die Basis für einen Vergleich geschaffen wird (ebd., S. 254). Beispiele für Auswertungsmethoden sind die Objektive Hermeneutik, die Grounded Theory oder die dokumentarische Methode. Bei diesen Herangehensweisen steht die Kommunikation als Ausdruck menschlicher Interaktion im Fokus, um geeignete Zwischenergebnisse in Form verdichteter Einzelaussagen für *Vergleiche* herzustellen. Diese dienen dazu, als Basis für die Theoriebildung hinsichtlich sozialwissenschaftlicher Überlegungen *Gemeinsamkeiten* und *Unterschiede* festzustellen. Die Überschneidungen zwischen einzelnen Perspektiven führen zu nachvollziehbaren Ergebnissen, deren Vergleiche einen Erkenntnisgewinn beinhalten.

Triangulation als Bindeglied. Flick (2011, S. 19) weist auf die Schwierigkeit hin, dass «übereinstimmende Ergebnisse unwahrscheinlich» sind, und schlägt vor, nicht *Deckungsgleichheit*, sondern *Komplementarität* anzustreben. Dies entspricht mehr einem *Zusammenpassen* von Erkenntnissen statt einer *völligen Übereinstimmung*. Er verweist hierbei auf die *Triangulation* als Strategie zur Erlangung eines *tieferen Verständnisses* mit allgemeinem Erkenntnisgewinn (ebd., S. 20). Die Überlegung basiert auf der ursprünglichen Anwendung der *Triangulation* als Fachbegriff, der aus der Landvermessung adaptiert wurde. Dort beschreibt er eine Methode, eine Position aufgrund zweier Perspektiven bzw. Referenzpunkte zu bestimmen

(ebd., S. 11f.). Mit diesem Vergleich wird der Mehrwert von Schnittpunkten durch Perspektivenvielfalt erklärt. Die Parallele zur Sozialforschung lässt sich mit Flick (ebd., S. 20f.) so beschreiben: «Dabei geht es nicht um eine pragmatisch konzipierte Verknüpfung verschiedener Methoden, sondern um die Berücksichtigung ihrer jeweiligen theoretischen Hintergrundannahmen.» Die Hintergründe von Perspektiven spielen als soziokulturelle Kontexte in verschiedenen Formen eine grundlegende Rolle, bspw. der *Common Sense* als Basis für Gruppenverständnis (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021, S. 14ff.).

Psychotherapiewissenschaft. In ähnlicher Weise können im Bereich der spezifisch psychotherapiewissenschaftlichen Forschung anhand der Überlegungen von Greiner (2020), Wallner (1992) und Dreher (1998) Bezüge zu Differenzierungsprozessen hergestellt werden. Unter Beachtung der Ebene von geschriebener Sprache gelingt dies auf zwei Arten, auf eine experimentelle und eine beobachtende Art. Im experimentalhermeneutischen Psychotherapieschulendialog (PTSD) wird der Fokus auf den jeweiligen soziokulturellen Kontext als Ausgangsbasis für Texte einzelner Therapieschulen gelegt und die Unterschiedlichkeit genutzt, um mithilfe fremder Perspektiven Erkenntnis zu gewinnen (Greiner & Jandl, 2015). Klar abgegrenzte Textausschnitte aus einem Fachkontext werden aktiv in einen artfremden Kontext transferiert, weshalb diese Technik *Experimentelle Trans-Kontextualisation* genannt wird (Greiner, 2020, S. 16ff.) Die bei diesem Vorgehen auftretende Irritation dient als Ausgangsbasis für weiterführende Erkenntnisse und bezieht damit die Verfremdungs idee ein von Wallner (1990, S. 86).

Der Unterschied zwischen diesen Überlegungen und sozialwissenschaftlichen Methoden liegt in der Beschaffenheit des Ausgangsmaterials. Dieses wird nicht aus einer Handlungspraxis gewonnen, sondern liegt bereits in Textform vor. Die Auseinandersetzung mit dem Material wiederum findet durch Zusammenwirken einer grösseren Anzahl an Menschen statt.

Im Gegensatz zum Umgang mit einer künstlich erzeugten Veränderung durch einen unvermittelten Kontextwechsel stellt Dreher (1998) Überlegungen zum natürlichen und kontinuierlichen Veränderungsprozess an. Dabei wird der soziokulturelle Einfluss auf der Ebene von *Begriffen* im Rahmen von *Konzeptforschung* betrachtet, indem die Autorin bei der Entwicklungsgeschichte von schulenspezifischen Fachbegriffen auf geringfügige subjektive Auffassungsunterschiede hinweist, durch die über Verständnisdifferenzen Theorien auf längere Sicht nachhaltig verändert werden (ebd., S. 153). In diesem Punkt bestehen Übereinstimmungen mit Wallner (1990), der sich mit ähnlichen Bedeutungsräumen beschäftigt, den sogenannten Mikrowelten (Greiner & Jandl, 2015, S. 19). Liegen die Bedeutungen solcher Räume weit auseinander, wirkt eine Bedeutung aus dem einen Raum im anderen fremd. Wallner (1990, S. 86) leitet daraus seine Idee der *Verfremdung* ab. Wallner und Greiner beschäftigen sich also mit dem Endergebnis des von Dreher beschriebenen Veränderungsprozesses. Im Sinne des veränderlichen Spielraums spricht Dreher (1998, S. 151f.) von der «Elas-

tizität des Bedeutungsraums» sowie von «elastischen» Begriffen, wobei sie betont, dass *alltagssprachliche* Worte ohne präzise Definition verstanden werden. Diese Unterscheidung zwischen Wissenschafts- und Alltagsgebrauch wird insofern weitergeführt, als sie die wissenschaftliche Anwendung als Erweiterung zum alltäglichen Gebrauch darstellt (ebd., S. 16). Dies wird damit begründet, dass Wissenschaftler*innen ein «implizites, lebensweltliches Vorwissen» über allgemeine Begriffe haben (ebd.). «Deshalb kann die wissenschaftliche Beschäftigung zunächst – ausgehend von diesen alltagssprachlichen Verwendungen – auch auf einem nicht präzise explizierten, also definierten, Begriff [...] aufbauen» (ebd.). In der Alltagssprache ist der elastische Bedeutungsunterschied von Begriffen also vernachlässigbar gering, weshalb diese als Basis für allgemeines Verständnis dienen können. So kann ein sachbezogenes Thema, das in Alltagssprache ausgedrückt wird, unter Einbeziehung der Theorien von Dreher und Greiner untersucht (Futscher, 2023, S. 44ff.) und durch sich deutlich unterscheidende Entstehungskontexte im Sinne der Triangulationsidee (Flick, 2011, S. 95) aus verschiedenen Richtungen wissenschaftlich erfasst werden. «Die [...] Differenzierungen zwischen [...] Forschungsansätzen können für eine [...] Annäherung an den untersuchten Gegenstand genutzt werden. An dieser Stelle erhält [...] das Konzept der Triangulation seine spezielle Relevanz als «Versuch», verschiedene Datensorten aufeinander zu beziehen» (ebd., S. 23).

Theoretische Untersuchung. Bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen kann eine theoretische Neuzusammenstellung von fertigem Fachwissen erfolgen. Dies gelingt durch die Bearbeitung wissenschaftlicher Aussagen in Form von Zitaten, wobei die Durchführung durch einzelne Personen ausreichend ist, da der implizite Sinngehalt im sozialwissenschaftlichen Sinn bei wissenschaftlichen Texten auf ein Minimum reduziert ist. Wenn für konkrete Zitate im Sinne von Mikrowelten die Entstehungskontexte verfügbar sind, kann ein unmittelbarer Vergleich angestrebt werden, da die Perspektivenvielfalt nicht erst methodisch erzeugt werden muss, sondern wie bei Greiner schon durch den Kontext als Ausgangssituation vorliegt. Bei Zitaten in Alltagssprache und ohne Fachbegriffe kann im Sinne Drehers auf die Rekonstruktion von implizitem Wissen verzichtet werden. Nach dem Differenzierungsprozess kann in Anlehnung an Greiners Ergebnisse eine Verbindung zweier augenscheinlich ähnlicher Zitate erfolgen.

Zeitlicher Längsschnitt als zusätzlicher Gewinn

«Da es jenseits bzw. außerhalb spezieller soziokultureller Rahmenbedingungen jedenfalls keine Wissenschaften geben kann, gilt prinzipiell: Wissenschaft und Forschung sind kulturabhängig» (Greiner & Jandl, 2015, S. 18). Die beiden Autoren dieser Aussage betonen, dass sich eine Erkenntnis aus der Reflexion der Abhängigkeit vom soziokulturellen Kontext ergibt (ebd., S. 17). Kommt zu den räumlichen Unterschieden, hier Schweiz und

USA, eine zeitliche Komponente hinzu, erste Hälfte des 20. und 21. Jahrhunderts, kann mithilfe weit auseinander liegender Perspektiven durch das Herausarbeiten einer themengeleiteten Schnittmenge ein zeitübergreifendes Kernwissen herauskristallisiert werden (Futscher, 2023, S. 71). Parallel zu diesem konstanten Kern wird der Bereich der «Elastizität» innerhalb der Auffassungen aufgedeckt, wobei die untersuchende Person die Ergebnisse, ausser im Rahmen der Zusammenstellung der Kontexte, kaum beeinflussen kann. Durch die deutliche Trennung nach Raum und Zeit kann der jeweilige Entstehungskontext zu einzelnen Aussagen mithilfe einer einzigen Lesart zur Differenzierung beitragen. Auf diese Art haben sich Ergebnisse aus dem Vergleich der Aussagen Wampolds und Jungs ergeben.

Richtungsweisendes Beispiel: Wampold und Jung

Ausgangslage. Basierend auf einem Hinweis von Verena Kast in einer Vorlesung am C. G. Jung-Institut in Zürich wurden zum Thema *effektive Therapierende* zwei Aussagen untersucht, die Ähnlichkeiten aufweisen, obwohl die Autoren unabhängig voneinander forschten (Futscher, 2023). Es handelt sich zum einen um den US-amerikanischen Psychotherapiewissenschaftler Bruce Wampold (*1948) und zum anderen um den Gründer der Psychotherapierichtung Analytische Psychologie, Carl Gustav Jung (1875–1961). Beide eint das Interesse dafür, was psychotherapierende Menschen in ihrem Beruf wirksam macht. Der Artikel «Qualities and actions of effective therapists» Wampolds (2011) und der Band *Praxis der Psychotherapie* Jungs (1929–1951/1995) enthalten Zitate, die aufgrund ihrer augenscheinlichen Ähnlichkeit gegenübergestellt werden können. Es wurden folgende Aussagen zum Thema *effektive Therapierende* aus einer grossen Anzahl an Zitaten ausgewählt:

Zitat Wampold: «Effektive Therapierende verfügen über ein ausgeklügeltes Set an zwischenmenschlichen Fähigkeiten» (Wampold, 2011, S. 3).

Zitate Jung: «Der große Heilfaktor der Psychotherapie ist die Persönlichkeit des Arztes, die nicht a priori gegeben ist, sondern eine Höchstleistung darstellt» (Jung, 1945/1995, § 198).

«Die menschliche Qualität [...] stellt das gesamte Rüstzeug der seelenärztlichen Kunst, das sich in beständiger Übung [...] entwickelt, verfeinert und systematisiert hat, in den Dienst [...] der Selbstvervollkommnung» (Jung, 1929/1995, § 174).

Diese Zitate, die keine Fachbegriffe, sondern alltagssprachliche Ausdrücke beinhalten, bilden die Basis einer exemplarischen Untersuchung im Hinblick auf Ähnlichkeiten, Unterschiede und weiterführende Übereinstimmungen (Futscher, 2023, S. 82). Diese im Folgenden zusammengefasste Untersuchung basiert auf den theoretischen Über-

legungen Drehers (1998), Greiners (2020) und Wallners (1992) und kann wie dargestellt durch sozialwissenschaftliche methodologische Gedankengänge ergänzt werden.

Methodologische Überlegungen. Nach Wallner (1992, S. 86) ist für jedes Argument und jede Argumentationskette ein eigener Argumentationskontext erforderlich, damit die Aussage beibehalten wird. Auf Basis dieser Annahme kann die notwendige Rückverfolgung der Argumentationsketten durch die Beschäftigung mit den Kontexten Jungs und Wampolds erfolgen (Futscher, 2023, S. 12). Aus der durch Wampold gesetzten *allgemeinen Effektivität von Therapierenden* ergibt sich folgende Fragestellung: «Inwieweit können anhand augenscheinlich ähnlicher Zitate von Wampold und Jung deren Einstellungen in Bezug zur Wirksamkeit von Therapierenden verglichen werden und welche weiterführenden Übereinstimmungen resultieren aus einer entsprechenden Gegenüberstellung?» (ebd., S. 9). Die Beantwortung wird anhand eines Zitatpaars exemplarisch im Rahmen der Lesart der Autorin vorgeführt (ebd., S. 11).

Nachdem der implizite Sinngehalt aufgrund des sachlichen Themas als gering eingeschätzt wird (ebd., S. 44f.) und die Autorin das verstehende Bindeglied zwischen den expliziten Aussagen darstellt, wird kein Rekonstruktionsprozess im sozialwissenschaftlichen Sinn in Gang gesetzt (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021, S. 452ff.). Stattdessen wird ausgehend von den ausgewählten Textstellen ein einfacher Verstehens- und Vergleichsprozess beschrieben, der angelehnt an qualitative Erhebungs- und Interpretationsmethoden auf mehreren Ebenen vorgenommen wird (Futscher, 2023, S. 11). Die Basis für das Verständnis bildet eine Beschäftigung mit der entsprechenden Literatur. Die verschiedenen Vergleichsebenen beziehen sich auf die *verwendeten Begriffe*, den *Textkontext*, den *Lebens- und Forschungskontext* und in Ansätzen auf eine *gesellschaftspolitische Ebene* (Futscher, 2023). Damit der subjektive Einfluss der Untersucherin möglichst gering bleibt, wird die Beleuchtung der *Kontexte* zuerst nur *themaleitete* und ohne Berücksichtigung der Zitate sowie nach Autoren *getrennt* durchgeführt. Nach diesem ersten Verstehen werden die Zitate in der Lesart der Autorin vorgestellt. Im Anschluss an die nähere Beschäftigung mit den augenscheinlich ähnlichen Zitaten *ohne* Kontext erfolgt der Vergleich zur Erkundung von *Ähnlichkeiten*, *Unterschieden* und möglichen *Synthesen* auch unter Einbezug der Kontexte (ebd., S. 53ff.). Zusätzlich werden die beiden Aussagen der Zitate zu einer Aussage verbunden. Im Überblick lässt sich das Vorgehen wie folgt darstellen (Abb. 1):

1. themageleitete Zusammenstellung der unterschiedlichen Kontexte
2. zitatgeleitete Darlegung der augenscheinlichen Ähnlichkeit
3. Vergleich auf verschiedenen Ebenen zur Differenzierung von Ähnlichkeiten und Unterschieden
4. Synthese der Zitate: Auf Basis des vertieften Verständnisses wird aus den Sätzen eine einzige gemeinsame Aussage gebildet, ohne dass diese neue Einheit genauer untersucht wird.

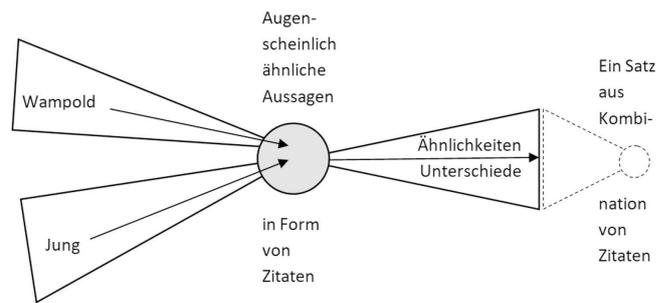


Abb. 1: Übersichtsdarstellung des Untersuchungsablaufs: Durchgehende Linien verweisen auf Inhalte, die bei der Untersuchung weiterverfolgt wurden. Durchbrochene Linien zeigen an, dass das Thema nur angeschnitten und nicht weiterführend behandelt wird.

Themageleitete Zusammenstellung der unterschiedlichen Kontexte.

Im Folgenden werden die von den Zitaten unabhängigen Kontexte grob nachskizziert: Der übergeordnete soziokulturelle Kontext von Therapierenden wird im Lichte der *Gesundheitsversorgung* und der *Geschichte als Wirkfaktor* aufbereitet. Dabei wird ersichtlich, dass die Wirkfaktoren in den drei deutschsprachigen Ländern Mitteleuropas eine zentrale Bedeutung in der Gesetzgebung haben und diese auf die Forschung einwirkt. Aus der Geschichte der Therapierenden als Wirkfaktoren wird deutlich, dass der Placeboeffekt vor Jungs Zeiten zur Eliminierung des Interesses an wirksamen Heilenden beigetragen hat (Ellenberger, 2005), dass Jung (1929–1951/1995) um die Anerkennung des neuen Heilfaktors in Form der Person der Therapierenden gekämpft hat und Wampold et al. (2017, S. 12) mit metaanalytischen Ergebnissen die Popularität und die Anerkennung der Therapierenden als allgemeiner Wirkfaktor unterstützt haben.

Der *Lebenskontext* Wampolds ist geprägt von einem Mathematikstudium und einem späteren Interesse für die Psyche der Studierenden, gefolgt von seiner Professorentätigkeit im Fach Psychotherapiewissenschaften (*Gold Medal Award for Life Achievement in the Application of Psychology*, 2011). Die psychotherapiewissenschaftliche Forschungstradition in den USA ist dadurch gekennzeichnet, dass neben den Fächern Psychologie und Medizin auch den Erziehungswissenschaften eine bedeutende Rolle zukommt (Wampold et al., 2017, S. 7). Dadurch ist der Forschungsstil metaanalytisch geprägt, was zu neuen Interpretationsmöglichkeiten geführt hat (ebd., 2017, S. 211). Ein Beispiel ist die zentrale Einsicht, dass durch die Anwendung eines bestimmten Designs in klinischen Studien Interpretationen des medizinischen Modells infrage gestellt werden. Exemplarisch kann auf den Einsatz von *geschachtelten Designs* verwiesen werden, bei denen eine bestimmte Zuordnung von Klient*innen zu Therapierenden vorgenommen wird. Es wurde aufgedeckt, dass durch diese in klinischen Settings angewandte Methode der Effekt einzelner Methoden gegenüber der Wirksamkeit von therapierenden Personen überschätzt wurde (ebd., S. 212ff.). In diesem Sinne und aufgrund weiterer Überlegungen gilt das *kontextuelle Metamodell* als Gegenentwurf zum *medizinischen Metamodell*

(ebd., S. 214). Es verweist nicht nur auf die Bedeutung der Person von Therapierenden und deren Kompetenzen, sondern auch auf deren prozesshafte Wechselwirkung mit den von ihnen angewandten Behandlungsmethoden (ebd., S. 325), was sich im Begriff *Allegiance* widerspiegelt.

Auch Jung (1929–1951/1995, S. 33ff.) befasste sich in dieser Zeit, in der seine Aufsätze entstanden sind, mit den Unterschieden zwischen medizinischer Praxis und Psychotherapie, wenngleich auf andere Weise. Im zweiten Quartal des 20. Jahrhunderts setzte er sich für die Anerkennung der Unterscheidung zwischen einer Heilung der Seele und einer Heilung des Körpers ein (ebd., S. 86ff.) und wandte sich mit diesem Anliegen wiederholt an ein medizinisches Fachpublikum. Es war ihm wichtig, dass der Mensch in seiner Gesamtheit Beachtung findet und die intersubjektive Dynamik in der therapeutischen Beziehung in den Fokus rückt (ebd., S. 64ff.). Dabei wurde speziell die Notwendigkeit der Selbstanalyse von Therapierenden zur Persönlichkeitsentwicklung hervorgehoben (ebd., S. 119ff.) und gezielt auf das notwendige Können bei der therapeutischen Tätigkeit verwiesen (ebd., S. 94ff.). Die Knappheit in der Darstellung der Kontextgegenüberstellung ist dem Artikelumfang geschuldet.

Zitatgeleitete Darlegung der augenscheinlichen Ähnlichkeit. Die beiden Zitate werden für die kontextlose Untersuchung in einzelne Teile zerlegt und durch die Lesart der Untersucherin ihrem Verständnis gemäss dargestellt (Futscher, 2023, S. 44ff.). Die subjektiv empfundenen Augenfälligkeiten dienen in Anlehnung an Wallner (1992) als Ausgangspunkt. Er bezeichnet «augenfällige Erfahrung» (ebd., S. 13) als Alternative zu «philosophischer Spekulation» (ebd., S. 13f.) und verweist damit auf eindeutige Nachvollziehbarkeit. Der Begriff *augenfällige Ähnlichkeit* wird zur *augenscheinlichen Ähnlichkeit* umbenannt, um eine Unterscheidung zwischen dem *Ins-Auge-Springen* als subjektivem Vorgang der Entdeckung und der vorliegenden Eigenschaft des *Ähnlichseins* des Zitats zu schaffen (Futscher, 2023, S. 12).

Vergleich auf verschiedenen Ebenen zur Differenzierung von Ähnlichkeiten und Unterschieden. Durch Beiziehen der verschiedenen Kontexte ergeben sich auf begrifflicher Ebene erste Differenzierungen, wie im Folgenden beispielhaft dargestellt (ebd., S. 50ff.): Ersichtlich wird zunächst, dass sich die beiden Forscher in den wissenschaftlichen Herangehensweisen durch unterschiedliche Zugänge zu Fallmaterial unterscheiden. Jung bezog seine Erkenntnisse aus einer umfangreichen eigenen praktischen Tätigkeit, während Wampold zahlreiche fremde Fälle als Ausgangsbasis für seine Metaanalysen nutzte. Zudem stellt Jung sein Wissen zur Wirkung der Therapierenden aus einem inneren Bezug zum therapeutischen Geschehen bereit; Wampold hingegen legt sein Wissen auf der Basis fremder Behandelnden und ihres Bezugs zu ihren Klient*innen dar (ebd., S. 21ff.). Jung hat mit empirisch qualitativer und quantitativer Forschung, dem Assoziationsexperiment, begonnen und sich später hermeneutisch geisteswissenschaftlich ausgedrückt (Roesler, 2010, S. 12). Auch Wampold war zuerst mehr der Mathematik verbunden und fand dann über Metaanalysen und sein

pädagogisch geprägtes Umfeld Zugang zu psychischen Feldern (*Gold Medal Award for Life Achievement in the Application of Psychology*, 2011). Obwohl beide während verschiedener Phasen in der Psychotherapiegeschichte sowie auf unterschiedlichen Kontinenten tätig waren, zeigt sich eine Gemeinsamkeit in den Kontexten der beiden Autoren darin, dass beide gegen rein medizinische Herangehensweisen argumentieren (Futscher, 2023, S. 65): Wampold (2017) entwickelte aufgrund solcher Überlegungen sein kontextuelles Metamodell gegenüber dem medizinischen Metamodell und Jung (1929–1951/1995) spricht davon, seine Psychologie als Gegenmodell zur medizinischen Praxis emanzipieren zu wollen, um die damals neue Herangehensweise in der Behandlung der Seele in Abgrenzung zur Behandlung des Körpers zu etablieren.

Synthese der Zitate. Die Analyse der Zitate mit und ohne Kontext dient der Erfassung der Perspektiven, während der anschliessende Vergleich zu dem Verständnis beiträgt, dass die Aussagen beider Autoren mit geringfügigen Ergänzungen zu einer sinnvollen Einheit zusammengeschlossen werden können (Futscher, 2023, S. 63f.). Diese durch runde Klammern gekennzeichneten Ergänzungen in der untenstehenden Darstellung wurden aufgrund des Kontextes hinzugefügt und verändern daher den Sinngehalt in der Lesart der Autorin nicht:

«Der große Heilfaktor der Psychotherapie ist, (im Sinne) effektiver Therapierender, die Persönlichkeit des Arztes, die nicht a priori gegeben ist, sondern eine Höchstleistung darstellt. Sie verfügt über ein ausgeklügeltes Set an zwischenmenschlichen Fähigkeiten, (denn) die menschliche Qualität stellt das gesamte Rüstzeug der seelenärztlichen Kunst, das sich in beständiger Übung entwickelt, verfeinert und systematisiert hat, in den Dienst der Selbstvervollkommnung» (ebd., S. 64).

Diese synthetisierte Fassung der Zitate zeigt, dass mithilfe des erlangten Hintergrundwissens eine einzige für die Autorin sinnvolle Aussage zu dem Thema generiert werden kann, wenngleich daraus bisher keine weiteren Schlüsse gezogen oder andere Analysemethoden angewendet wurden.

Ergebnisse. Es wurden 9 *weitgehende Ähnlichkeiten*, 19 *deutliche Unterschiede* und 5 *die Aussagekraft verstärkende (Teil-)Aspekte* ermittelt (ebd., S. 65ff.). Die mehrheitlich gefundenen Differenzen erweisen sich als ineinandergreifende Ergänzungen (ebd., S. 65f.). Die *weitgehenden Ähnlichkeiten* in den angeführten Aussagen Jungs und Wampolds bestehen bspw. darin (ebd., S. 65), dass Behandelnde mithilfe bestimmter Fähigkeiten ihren Beruf ausüben, dass Erfolgserwartung und Ziel wesentlich sind und dass die notwendigen Fähigkeiten der Therapierenden erlernbar sind sowie verbessert werden können und sollen. Bei den Wirksamkeitsüberlegungen spielt die therapierende Person sowohl bei Jung (1929–1951/1995) als auch bei Wampold (2011) eine aktive Rolle in Bezug auf den Ausbau professioneller Fähigkeiten und Möglichkeiten, zumal die absichtliche Persönlichkeitsentwicklung laut den beiden Autoren für die Berufsausübung qualitätsstiftend ist

(Futscher, 2023, S. 75). Die differenzierte Beachtung therapierender Personen als fähige Dienstleistende schliesst an das von beiden Autoren vertretene humanistisch geprägte Menschenbild an und bei beiden wird eine vergleichbare Abgrenzung gegenüber einer medizinischen Herangehensweise ersichtlich, ohne dass naturwissenschaftliche Aspekte abgelehnt werden (ebd., S. 65).

Bei den *die Aussagekraft verstärkenden (Teil-)Aspekten* kommen bei beiden Inhalte in Form von Differenzierung vom jeweils anderen Autor hinzu (ebd., S. 65f.). Die Aufbesserung der Persönlichkeitsentwicklung wird im Zitat Wampolds angedeutet, in Jungs Zitat wird sie hingegen mit Aufzählungen wie *entwickeln, verfeinern, systematisieren, Selbstvervollkommnung* genauer beschrieben. Beim gemeinsamen Thema *Abgrenzung zu medizinischen Modellen* tragen beide auf ergänzende Weise zur Erweiterung bei; Wampold durch die Darstellung falscher Ergebnisinterpretationen im medizinischen Modell, Jung durch die Abgrenzung zur aus seiner Sicht fehlerhaften Diagnose- und Methodenwahl. Der *Heilfaktor* Jungs und der *Wirkfaktor* Wampolds sind Beispiele für eine differenzierte Ähnlichkeit anstelle der Gleichheit. Jung (1929–1951/1995, § 198) bezeichnet den Heilfaktor explizit als *gross* und führt die impliziten persönlichen Qualitäten näher aus (ebd., § 174).; Wampold (2011, S. 3) hingegen verweist beim Wirkfaktor indirekt auf persönliche Qualitäten, die er explizit als Fertigkeiten beim Namen nennt.

Die Liste der *deutlichen Unterschiede* (Futscher, 2023, S. 66ff.) ist am längsten: Der Hauptpunkt betrifft die Forschungskultur, bspw. hinsichtlich der Forschungsmethode (Metaanalysen vs. Einzelfalluntersuchungen aus der eigenen Praxis), der Forscherperspektive (Aussen- vs. Innenperspektive und Selbstreflexion), der praktischen Form der Übung von Fertigkeiten (mit Video vs. Übung an Kranken) und des Forschungsgegenstands (Betrachtung vieler unterschiedlicher Therapierichtungen vs. viele Einzelfälle einer einzigen Therapierichtung). Diese Unterschiede verweisen auf die «Elastizität» der Ähnlichkeit der Zitate als periphere Erscheinung zur Kernaussage der augenscheinlich ähnlichen Zitate. Der zeitlose Kernbereich (vgl. Dreher, 1998, S. 170) der gemeinsamen Aussage bezieht sich nach der Untersuchung auf die Verantwortung der therapierenden Person als Qualitätsmerkmal für die im Zentrum stehende psychotherapeutische Beziehung, die durch die eigene Persönlichkeitsentwicklung professionalisiert wird.

Zusammenfassung

Kompatibilität. Aussagen über *effektive Therapierende* aus der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts und aktueller Forschung haben gezeigt, dass aus ähnlich wirkenden Aussagen zu einem Thema praxisrelevante Verbindungen hergestellt werden können. Die Aussagen Wampolds schliessen direkt an die Aussagen Jungs an. Die Qualität der therapeutischen Beziehung steht in diesem Fall in engem Zusammenhang mit der Persönlichkeitsentwicklung Therapierender und mit der Art der Aneignung von

Kompetenzen. Durch parallele und einander ergänzende Aussagen der Autoren lässt sich mit altem Wissen an anerkannte zeitgemässe Forschung anknüpfen.

Kernwissen. Die Untersuchung augenscheinlich ähnlicher Zitate Wampolds und Jungs und deren Vergleich in Bezug auf die Wirksamkeit Therapierender sowie die Suche nach weiterführenden Übereinstimmungen (Futscher, 2023, S. 9) zeigen, dass die Aussagen vergleichbar sind und beide trotz deutlicher sozio- und wissenschaftskultureller Unterschiede in dieselbe Richtung weisen. Die gemeinschaftliche Aussage ist gehaltreicher als beide Einzelaussagen, was auf ein zeitlich unabhängiges Kernwissen schliessen lässt.

Elastischer Bedeutungsraum. Dass Jung (1929–1951/1995) der Persönlichkeitsentwicklung insgesamt mehr Augenmerk schenkt und Wampold (2011) die Entwicklung von Fertigkeiten heraushebt, zeigt die Bedeutung der Anpassung durch einen «elastischen» Anwendungsbereich in der Praxis. In dieser Hinsicht wird die Wechselwirkung zwischen therapierender Person und Methode verdeutlicht (Futscher, 2023, S. 9). Entscheidend ist, dass für die Qualität der therapeutischen Beziehung die Persönlichkeitsentwicklung damals wie heute als wesentlich angesehen wird (ebd., S. 73). Die Forschung Wampolds (et al., 2017) hat über die Frage des Designs quantitativer Studien zu qualitativen Ergebnissen geführt, die den introspektiven Erfahrungen Jungs augenfällig ähnlich sind (Futscher, 2023, S. 67). Beide sprechen nicht von «Wissen über Methoden, sondern von Können mit Hilfe von Methoden» (ebd., S. 28). Wampold bezieht sich, was den Kontext angeht, in diesem Beispiel tendenziell mehr auf den Ausbau einzelner Fähigkeiten, die von der vorhandenen Persönlichkeit ausgehen; Jung hingegen betrachtet den Ausbau der Fähigkeiten als Teil der Persönlichkeitsentwicklung der Therapierenden (ebd., S. 73).

Ausblick

Allegiance. Die Herausarbeitung nützlicher Details in Bezug auf die Effektivität von Therapierenden hilft dabei, deren Verbundenheit mit ihrer Methode, der Allegiance, besser zu verstehen. Dabei wird nicht dargestellt, dass die Verbundenheit von Nutzen ist, sondern *wie* diese Verbundenheit zustande kommen kann. Diese Erkenntnis ist insofern relevant, als das Ziel, die eigene(n) Methode(n) implizit zur Verfügung zu haben, von zentraler Bedeutung ist und eine für die Professionalität notwendige Flexibilität der Therapierenden in der Beziehung mit den Behandelten ermöglicht. Daraus resultierende Fragestellungen können Teil von Ausbildungsforschung sein.

Gegenüberstellungen. Nachdem in Jungs Werk eine grosse Zahl an Aussagen gefunden wurde, die den Zitaten Wampolds unter dem Aspekt der *augenscheinlichen Ähnlichkeit* gegenübergestellt werden können (ca. 57 Entsprechungen), liegt es nahe, das Zusammenspiel aller gefundenen Zitate zu untersuchen, um ein vollständiges Bild zu erhalten. Damit kann das zeitunabhängige Kern-

wissen mithilfe neuer, anerkannter Forschungsmethoden wie Metaanalysen umfangreich abgesichert und ‚Elastizität‘ durch differenzierende Inhalte sorgfältig einbezogen werden.

Anschluss an aktuelle Forschung. Die Erkenntnisse aus der Untersuchung der Zitate und ihrer Kontexte schliessen an Forschung von Tschuschke an (ebd., S. 78), der im Rahmen der Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S-Studie) zeigt, dass soziodemografische Unterschiede bei psychotherapeutisch tätigen Personen keine Relevanz besitzen; vielmehr gewinnt die Qualität von Therapierenden im Zusammenhang mit der Vorbelastung von Hilfesuchenden an Bedeutung (von Wyl et al., 2016). Die Persönlichkeitsentwicklung und die professionalisierte Flexibilität sind bei der Anwendung von Fertigkeiten grundlegende Bestandteile des Berufs (ebd.).

Eine weitere Verbindung zu einer konkreten Untersuchung zeigt sich im Rahmen einer Analyse zur Psychotherapieintegration. Sell und Benecke (2020, S. 197f.) kommen zu dem Schluss, dass durch «Vielheit und Unübersichtlichkeit» der Therapierichtungen die Weiterentwicklung gestört wird, während sie in der persönlichen Integration durch Persönlichkeitsentwicklung von Therapierenden ein Potenzial für Fortschritt sehen. Die Identifikation der Verbundenheit mit einer Methode als Teil der professionalisierenden Persönlichkeitsentwicklung der Therapierenden stellt einen Anhaltspunkt für die Weiterentwicklung im differenzierenden Sinne in Bezug zur Allegiance dar (Futscher, 2023, S. 78), indem die Hintergründe dieser Wirkweise beleuchtet werden. Nachdem in der Untersuchung nur eine einzige Gegenüberstellung untersucht wurde, kann davon ausgegangen werden, dass sich bei Untersuchung weiterer derartiger Aussagenpaare Schwerpunktverschiebungen ergeben bzw. noch mehr Anhaltspunkte zutage treten.

Literatur

- Baur, N. & Blasius, J. (Hg.). (2022). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. Springer VS.
- Dreher, A.U. (1998). *Empirie ohne Konzept? Einführung in die psychoanalytische Konzeptforschung*. Verl. Internat. Psychoanal.
- Ellenberger, H.F. (2005). *Die Entdeckung des Unbewußten: Geschichte und Entwicklung der dynamischen Psychiatrie von den Anfängen bis zu Janet, Freud, Adler und Jung*. Ausg. folgt unveränd. d. 2. Aufl. Diogenes.
- Flick, U. (2011). *Triangulation: Eine Einführung*. 3. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften (GWV).
- Futscher, C. (2023). *Was macht Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wirksam? Bruce Wampold und Carl Gustav Jung im Vergleich: Psychotherapeutische Theoriebildung in unterschiedlichen Phasen des Faches*. Masterarb. Bertha von Suttner Univ.
- Gold medal award for life achievement in the application of psychology. Walter C. Borman (2011). *American Psychologist*, 66(5), 348–350. <https://doi.org/10.1037/a0024095>
- Greiner, K. (2020). *Experimentelle Psychotherapiewissenschaft: Das Methodenprogramm der Wiener Therapieschulenforschung*. Parodos.
- Greiner, K. & Jandl, M.J. (Hg.). (2015). *Bizarrosophie: Radikalkreative Forschen im Dienste der akademischen Psychotherapie*. Neue Ausg. Traugott Bautz.
- Jung, C.G. (1945/1995). Medizin und Psychotherapie. In *Praxis der Psychotherapie: Bd. 16. Gesammelte Werke: Beiträge zum Problem der Psychotherapie und zur Psychologie der Übertragung* (S. 94–102). Walter.
- Jung, C.G. (1929–1951/1995). *Praxis der Psychotherapie: Beiträge zum Problem der Psychotherapie und zur Psychologie der Übertragung. Gesammelte Werke: Bd. 16*. Walter.
- Jung, C.G. (1929/1995). Die Probleme der modernen Psychotherapie. In *Praxis der Psychotherapie: Bd. 16. Gesammelte Werke: Beiträge zum Problem der Psychotherapie und zur Psychologie der Übertragung*. (S. 64–85). Walter.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2021). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*. 5., überarb. u. erw. Aufl. de Gruyter.
- Roesler, C. (2010). *Analytische Psychologie heute: Der aktuelle Stand der Forschung zur Psychologie C. G. Jungs*. Karger.
- Sell, C. & Benecke, C. (2020). Methodenintegration in der psychodynamischen Psychotherapie. *PDP – Psychodynamische Psychotherapie*, 19(2), 185–200. <https://doi.org/10.21706/pdp-19-2-185>
- von Wyl, A., Tschuschke, V., Cramer, A., Koemeda, M. & Schulthess, P. (Hg.). (2016). *Was wirkt in der Psychotherapie? Ergebnisse der Praxisstudie ambulante Psychotherapie zu 10 unterschiedlichen Verfahren*. Psychosozial-Verlag.
- Wallner, F.G. (1990). *Acht Vorlesungen über den konstruktiven Realismus, Bd. 1*. WUV.
- Wallner, F.G. (1992). *Konstruktion der Realität: Von Wittgenstein zum konstruktiven Realismus. Cognitive science, Bd. 3*. WUV.
- Wampold, B.E. (2011). Qualities and actions of effective therapists: Research suggests that certain psychotherapist characteristics are key to successful treatment. NANOPDF. *American Psychological Association*. https://nanopdf.com/download/qualities-and-actions-of-effective-therapists_pdf.
- Wampold, B.E., Imel, Z.E. & Flückiger, C. (2017). *Die Psychotherapie-Debatte: Was Psychotherapie wirksam macht*. Übers. v. M. Ackert, J. Held, C. Wolfer & J. Westenfelder. Hogrefe.

Prospective knowledge gain by combining old knowledge and new research in psychotherapy

Abstract: To connect old knowledge with new, it is helpful to establish a relationship between the two using scientific methodology. Following a reference by Verena Kast, quotations by Bruce Wampold (*1948) and by C. G. Jung (1875–1961) were compared within the framework of empirical qualitative methodological considerations. The results are relevant both for psychotherapeutic practice and in methodological terms. The distinctive feature of this initial hypothesis is the assumption that existing knowledge represents specialised knowledge that has emerged from the various contexts of origin in each case, which is condensed and concretely formulated in quotations. These statements, formulated at different times on different continents in different socio-cultural research contexts, are thus put into context. The topic of *effective therapists* is examined, although this is only explicitly named by Wampold in one article. Similar statements by Jung can be found in several articles, but these first had to be identified in order to contrast them with Wampold's statements. The following findings emerge from the examination of a pair of quotations about *effective therapists* taken as examples: On the one hand, Jung's old knowledge is closely related to Wampold's contextual meta-model, despite the differences in the history of its development, and on the other hand, it ties in with new research by Tschuschke or Sell and Benecke.

Keywords: quality of the therapeutic relationship, personality development, Wampold, Jung, personal abilities, therapeutic skills, methodological diversity of perspective, core psychotherapeutic knowledge, elastic spaces of meaning, old and new knowledge, connectedness to method, allegiance

Acquisizione prospettica di conoscenze combinando il vecchio sapere con nuove ricerche nella psicoterapia

Riassunto: Per collegare le vecchie conoscenze con le nuove ricerche, è utile stabilire una relazione tra le due ricorrendo alla metodologia scientifica. Su indicazione di Verena Kast, citazioni di Bruce Wampold (*1948) e di C.G. Jung (1875–1961) sono state confrontate nell'ambito di riflessioni metodologiche di tipo empirico-qualitativo. I risultati sono rilevanti sia per la prassi psicoterapeutica sia sul piano metodologico. La particolarità di quest'ipotesi iniziale è l'assunto secondo cui le conoscenze esistenti rappresentino un sapere specialistico emerso dai rispettivi diversi contesti di origine, che viene compattato e formulato concretamente in citazioni. Queste affermazioni, formulate in tempi diversi, in continenti diversi e in contesti di ricerca socio-culturali diversi, vengono così messe in relazione. Viene esaminato il tema dei *terapeuti efficaci*, laddove esso viene espressamente menzionato solo da Wampold in un articolo. In diversi articoli di Jung si trovano espressioni simili, che, tuttavia, è stato necessario dapprima identificare per poterle contrapporre alle affermazioni di Wampold. Dall'esame di un confronto di

citazioni su *terapeuti efficaci*, selezionate a titolo di esempio, emergono i seguenti risultati: da un lato, il vecchio sapere di Jung, nonostante le differenze nella genesi, è strettamente legato al meta-modello contestuale di Wampold; dall'altro, si collega alle nuove ricerche di Tschuschke o di Sell e Benecke.

Parole chiave: qualità della relazione terapeutica, sviluppo della personalità, Wampold, Jung, competenze personali, competenze terapeutiche, varietà metodologica di prospettive, sapere di base psicoterapeutico, ambiti elastici di significato, vecchio e nuovo sapere, collegamento al metodo, allegiance

Die Autorin

Mag. pharm. *Christa Futscher* ist eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin in der Schweiz, Lehranalytikerin und Supervisorin am C.G. Jung Institut in Zürich, Psychotherapeutin ASP, Apothekerin und Psychotherapeutin MA in Österreich und Mitglied der Österreichischen Gesellschaft für Analytische Psychologie.

Kontakt

Mag. pharm. Christa Futscher, MA
Zielstr. 28
AT-6840 Götzis
christa@futscher.at

Enrichissement des connaissances par la mise en relation de savoirs anciens et des nouvelles recherches actuellement en cours en psychothérapie

Christa Futscher

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (2) 2023 19–20

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-2-19>

Mots clés : qualité de la relation thérapeutique, développement de la personnalité, Wampold, Jung, capacités personnelles, aptitudes thérapeutiques, diversité des perspectives méthodiques, connaissances de base psychothérapeutiques, espaces de sens élastiques, connaissances anciennes et nouvelles, attachement à la méthode, allégeance

Les connaissances acquises sur la qualité professionnelle en psychothérapie sont soumises à une différenciation. Et il apparaît que le rapprochement de connaissances pratiques appliquées, acquises par le passé et de connaissances actuelles tirées de la recherche, permettent d'entrevoir de nouveaux points d'approche susceptibles de mener à des connaissances plus poussées. Il se pose la question de savoir dans quelle mesure les enseignements scientifiques acquis en psychothérapie peuvent être subdivisés en une connaissance de base fondamentale et une connaissance plus approfondie sur la base de réflexions méthodologiques qualitatives. Des réflexions méthodologiques qualitatives empiriques ont été menées à ce sujet, et un exemple est cité pour une enquête.

Différentes réflexions sont pertinentes pour le processus de compréhension selon des réflexions des sciences sociales et de la science psychothérapeutique : l'interaction interpersonnelle joue un rôle dans la procédure de collecte et d'évaluation et pour l'adaptation de la méthode et de la situation de départ (Baur & Blasius, 2022, p. 130). La diversité des perspectives et la triangulation sont décisives pour une compréhension fondamentale (Flick, 2011, p. 20 sq.; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021, p. 14 sqq.), le contexte socioculturel de naissance de la science est pertinent pour l'attribution de contenus (Greiner & Jandl, 2015 ; Wallner, 1990, p. 86) et l'influence des chercheurs et chercheuses sur la *collecte des données, la présentation des données et le traitement des données* est prise en compte dans la réflexion (Baur & Blasius, 2022, p. 612).

L'examen de citations apparemment similaires est suivi d'une comparaison permettant d'explorer des *similitudes*, des *différences* et d'éventuelles *synthèses*, tant au niveau des *termes* qu'à celui d'autres *relations contextuelles* (Futscher, 2023, p. 53 sqq.). Ce qu'expriment les citations concrètes dans la lecture de l'examinatrice, peut, en outre, être résumé dans une seule phrase. En somme, la procédure suivie peut être représentée comme suit :

1. Récapitulation des différents contextes selon les thèmes abordés
2. Présentation selon les citations des similitudes apparentes
3. Comparaison sur différents niveaux afin d'identifier les similitudes et les différences
4. Synthèse des citations : une affirmation commune unique est formée à partir des phrases sur la base d'une compréhension approfondie de ces dernières sans que cette nouvelle unité soit examinée plus précisément.

Une confrontation scientifique selon le modèle présent sur la base de différents contextes scientifiques psychothérapeutiques a été menée d'après une suggestion de Verena Kast. L'autrice de cette enquête s'est orientée d'après les concepts de Dreher (1998), Greiner (2020) et Wallner (1990) (Futscher, 2023). L'approche se fonde sur des affirmations apparemment similaires sous la forme de citations concrètes du psychothérapeute scientifique américain Bruce Wampold (1948*) et du fondateur de l'école de psychothérapie Carl Gustav Jung (1875–1961). La réponse à la question, de savoir dans quelle mesure les citations apparemment similaires concordent et dans quelle mesure elles permettent de tirer d'autres enseignements, a débouché sur des résultats pertinents pour la pratique : il s'est ainsi avéré que le développement de la personnalité de thérapeutes revêt un sens fondamental pour la qualité de la relation thérapeutique associé à la professionnalisation d'aptitudes.

Les citations examinées proviennent de l'article « Qualities and actions of effective therapists » de Wampold (2011) et du volume *Pratique de la psychothérapie* de Jung (1929–1951/1995). La sélection suivante a été retenue à partir de 57 confrontations et examinée à titre exemplaire :

Citation Wampold : « Les thérapeutes efficaces disposent d'un ensemble ingénieux de compétences relationnelles » (Wampold, 2011, p. 3).

Citations Jung : « Le grand facteur de guérison de la psychothérapie est la personnalité du médecin, qui n'est pas *donnée a priori*, mais représente une performance de premier ordre » (Jung, 1945/1995, § 198).

« La qualité humaine [...] fournit la totalité de l'outil dont l'art de la médecine de l'âme a besoin, qui se développe, s'affine et se systématisé dans le cadre d'un exercice constant [...], au service [...] de l'accomplissement de soi » (Jung, 1929/1995, § 174).

La théorie de Greiner (2020) relative au dialogue entre écoles de psychothérapie expérimentale (PTS) contient l'idée d'aliénation de Wallner (1990) et se recoupe avec des aspects tels que la diversité des perspectives avec d'autres approches. L'autrice fait une simple comparaison sur plusieurs niveaux (Futscher, 2023, p. 14). Le relevé du contexte en amont de l'examen des citations attire l'attention sur des tournants dans l'histoire de personnes en voie de guérison : à la fin du 18^e siècle, cette méthode a été mise en avant par rapport à l'effet de guérison, à la suite de quoi l'effet placebo a gagné en importance. Jung, au cours de la première moitié du 19^e siècle, remet en question la procédure médicale adoptée pour traiter les maladies psychiques et place les médecins et les patient-e-s en tant que personnes capables d'évoluer au centre de la relation thérapeutique. Les résultats des recherches menées par Wampold ont été d'une façon générale reconnus au début du 21^e siècle. Son métamodèle contextuel orienté processus représente un contre-projet au métamodèle médical (ibid., p. 24).

Comme aucune interaction n'est possible entre les auteurs Wampold et Jung, mais que des passages de texte concrets peuvent être comparés, les perspectives des auteurs prennent une signification particulière dans le contexte de leur genèse. Le processus de comparaison se fait dans le mode de lecture de l'enquêtrice sur la base de citations. En amont de la comparaison des citations, les deux contextes de leur genèse sont explicités séparément d'après les auteurs afin de réduire l'influence de l'enquêtrice au minimum. L'analyse des citations sert à saisir des perspectives pour la comparaison qui suit. Ceci permet de résumer les citations en une phrase, presque sans modification dans le mode de lecture de l'autrice (ibid., p. 63 sq.). Dans la présentation qui suit, les compléments sont identifiés par des parenthèses rondes, tandis que les autres parties des citations restent inchangées :

« Le grand facteur de guérison de la psychothérapie est, (au sens d'un) thérapeute efficace, la personnalité du médecin, qui n'est pas *donnée a priori*, mais représente une performance de premier ordre. Elle dispose d'un en-

semble ingénieux de compétences relationnelles (car) la qualité humaine fournit la totalité de l'outil dont a besoin l'art de la médecine de l'âme, qui se développe, s'affine et se systématisé dans le cadre d'un exercice constant, au service de l'accomplissement de soi » (ibid., p. 64).

La procédure suivie est réfléchié à partir de réflexions théoriques, et la lecture comparative pratiquée dans le cadre de ce travail théorique permet de faire ressortir *9 larges similitudes, 19 nettes différences et 5 aspects (partiels) renforçant la pertinence* (ibid., p. 65 sq.). Le résultat comprend la représentation d'une connaissance de base indépendante du temps ainsi que la mise à disposition pour la recherche de points de référence menant plus loin pertinents pour la pratique. Le maillage des thèmes du *développement de la personnalité de thérapeutes et de la possibilité d'acquérir des capacités professionnelles* peut notamment être rattaché à deux recherches : il s'agit d'une part de la recherche de Tschuschke dans le cadre de l'étude PAP-S (de Wyl et al., 2016), qui montre que la professionnalisation de la personnalité de thérapeutes produit un effet particulièrement net sur des personnes ayant déjà des antécédents. Par ailleurs, le concept de l'allégeance est complété, du fait qu'il a été constaté que des compétences pratiques peuvent être acquises à travers *l'intégration personnelle de méthodes et le développement de la personnalité de thérapeutes* (Sell & Benecke, 2020), par les aspects suivants : il ne s'agit pas du fait *que* l'attachement à la méthode a des influences sur les résultats, mais *comment* ces derniers apparaissent. Comme une seule confrontation a été examinée ici, on peut partir du principe que l'examen d'autres paires d'affirmations de ce type a entraîné des décalages des priorités et que davantage encore de points de référence apparaissent (Futscher, 2023).

L'auteur

Mag. pharm. *Christa Futscher* est psychothérapeute reconnue sur le plan fédéral en Suisse, analyste didacticienne et superviseuse à l'Institut C. G. Jung de Zurich, psychothérapeute ASP, pharmacienne et psychothérapeute MA en Autriche, et membre de l'Österreichische Gesellschaft für Analytische Psychologie (société autrichienne de psychologie analytique).

Contact

Mag. pharm. Christa Futscher, MA
Zielstr. 28
AT-6840 Götzis
christa@futscher.at

Die Qualität von Objektrepräsentationen während einer psychoanalytischen Behandlung

Eine Pilotstudie in den Niederlanden

Jos Dirkx & Jolien Zevalkink

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (2) 2023 21–28

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-2-21>

Zusammenfassung: In dieser Pilotstudie haben wir 22 Patientinnen während ihrer psychoanalytischen Psychotherapie begleitet, um Veränderungen in der Qualität ihrer Objektrepräsentationen (Vater, Mutter, Partner/bester Freund, Selbst) und im Grad der Psychopathologie (OQ-45) zu beobachten. Die Differentiation-Relatedness Scale (DR-S) wurde in zwei semistrukturierten Interviews eingesetzt: Object Relation Inventory (ORI) und zwei Fragen des Adult Attachment Interview (AAI). Die Ergebnisse zeigten, dass die DR-S-Bewertungen in beiden Interviews für Vater und Mutter vergleichbar sind, mit signifikanten Veränderungen während der Therapie für den Vater bei Verwendung des ORI und für die Mutter bei Verwendung des AAI. Auch der Grad der Psychopathologie änderte sich während der Behandlung signifikant. Trotz einiger Unzulänglichkeiten scheint der DR-S in Kombination mit den ORI- und AAI-Fragen ein nützliches Instrument für Kliniker zu sein, um strukturelle Veränderungen der Persönlichkeitsfunktionen während einer psychoanalytischen Psychotherapie zu überwachen.

Schlüsselwörter: Objektrepräsentationen, psychoanalytische Psychotherapie, strukturelle Veränderung

Die Qualität der Objektrepräsentationen ist ein Indikator dafür, wie gut man zu anderen und zu sich selbst in Beziehung steht, und sie zum Besseren zu verändern ist ein wichtiges Ziel der psychoanalytischen Behandlung. Von klein auf verinnerlichen Kinder Aspekte von Interaktionen mit wichtigen Bezugspersonen, meist ihren Eltern. Diese verinnerlichten zwischenmenschlichen Erfahrungen sind die Grundlage für komplexe Repräsentationsstrukturen, auch Objektrepräsentationen genannt (z. B. Beebe & Lachmann, 2014; Blatt & Auerbach, 2001; Caligor et al., 2018). Grundsätzlich besteht unter Mediziner*innen Einigkeit darüber, dass eine erfolgreiche Psychotherapie die Qualität der Objektrepräsentationen der Patienten durch die Verinnerlichung der Interaktionen im Rahmen der Therapiesitzungen und des kommunikativen Austauschs mit dem realen Therapeuten verbessert (Blatt & Auerbach, 2001; Blatt et al., 2008, 2010; Gruen & Blatt, 1990; Lindfors et al., 2014; Lowyck, 2019; Mullin et al., 2017; Vermote et al., 2010; Werbart, 2011; Werbart et al., 2016). Patienten, die bessere, verfeinerte und integrierte Objektrepräsentationen entwickeln, verbessern ihre psychosozialen Funktionen und zeigen eine positive Veränderung ihrer Persönlichkeitsorganisation (Aafjes-van Doorn et al., 2019; Blatt et al., 2010). Mediziner*innen versuchen, diese Art von struktureller Verbesserung bei ihren Patienten zu fördern. Strukturelle Veränderung kann definiert werden als «fortlaufende psychologische Transformationen der Objekt- und Selbstrepräsentationen, der Innenwelt der Patienten, die eng mit der Fähigkeit zur Mentalisierung verbunden sind» (Leuzinger-Bohleber et al., 2020, S. 149).

Daher kann die Qualität der Objektrepräsentationen ein Parameter für strukturelle Veränderungen in der psychoanalytischen Psychotherapie sein (Blatt & Auerbach, 2003). In dieser Pilotstudie untersuchten wir, ob sich die Qualität der Objektrepräsentationen – gemessen mit zwei Instrumenten – bei erwachsenen Patienten in psychoanalytischer Psychotherapie in den Niederlanden im Einklang mit Ergebnissen aus anderen Ländern verbesserte.

Mit ihrem psychoanalytischen Hintergrund haben Blatt und Kollegen das Konzept der Objektrepräsentationen operationalisiert, um Veränderungen in der Persönlichkeitsfunktion während der Behandlung zu messen (Blatt et al., 1979, 1992, 1996; Blatt & Auerbach, 2001, 2003; Gruen & Blatt, 1990). Die Antworten auf das Object Relations Inventory (ORI) – ein halbstrukturiertes Interview, in dem man aufgefordert wurde, sich selbst und wichtige andere Personen zu beschreiben – wurden mit der Differentiation-Relatedness Scale (DR-S) bewertet. Die DR-S misst den Grad der Differenzierung und die Qualität der Objektrepräsentationen auf einer zehnstufigen Skala (Diamond et al., 2012; Gruen & Blatt, 1990). Die DR-S wurde – in Verbindung mit dem ORI – häufig verwendet, um die Ergebnisse psychoanalytischer Behandlungen in stationären Einrichtungen zu untersuchen (Blatt et al., 1996; Harpaz-Rotem & Blatt, 2005, 2009; Lowyck, 2019; Vermote et al., 2010, 2011). Auch Ergebnisse aus ambulanten Gruppen sind für die vorliegende Studie relevant. Werbart et al. (2011, 2016) fanden signifikante Verbesserungen in der Qualität der elterlichen Beschreibung nach einer psychodynamischen Langzeitbehandlung

bei jungen Erwachsenen. In einer Studie von Lindgren et al. (2010) änderte sich die DR-S-Bewertung der Mutter signifikant von der Aufnahme bis zur Nachuntersuchung, aber nicht von der Aufnahme bis zum Ende der Behandlung, während sich die DR-S-Bewertungen des Selbst und des Vaters nicht signifikant veränderten. Die DR-S-Skala kann auch verwendet werden, um anderes Fallmaterial in Bezug auf die Qualität der Objektrepräsentationen zu bewerten, z. B. die Antworten auf das von Main et al. (2003) entwickelte Adult Attachment Interview (AAI). Das AAI enthält zwei Fragen, in denen die Befragten aufgefordert werden, fünf Adjektive zu nennen und diese zu erläutern, um ihre Beziehung zu Vater und Mutter zu beschreiben. In dieser Studie haben wir die Antworten auf die AAI-Fragen mit dem DR-S bewertet, um sie mit den Bewertungen im ORI zu vergleichen.

Überblick über diese Studie. In dieser Pilotstudie untersuchten wir Veränderungen in der Qualität der Objektrepräsentationen während der Behandlung auf der Grundlage von DR-S-Bewertungen für zwei verschiedene Interviews mit erwachsenen Patienten in ambulanter psychoanalytischer Psychotherapie in den Niederlanden. Neben dem Fokus auf strukturelle Veränderungen überprüften wir zusätzlich, ob sich das Ausmaß der Psychopathologie während des Behandlungszeitraums verringerte. Erstens untersuchten wir, ob die DR-S beim ORI bzw. AAI austauschbar ist und erwarteten signifikante Korrelationen. Zweitens untersuchten wir die Beziehungen zwischen Objektrepräsentationen und dem Grad der Psychopathologie bei Behandlungsbeginn und zu anderen Messzeitpunkten während der Behandlung. Wir erwarteten, dass ein höheres Niveau der Psychopathologie mit einem niedrigeren Niveau der Qualität der Objektbeziehungen zusammenhängt (z. B. Aafjes-van Doorn et al., 2019). Drittens untersuchten wir Veränderungen in den Objektrepräsentationen und dem Grad der Psychopathologie von der Aufnahme bis zu späteren Messzeitpunkten. Im Einklang mit früheren Studien erwarteten wir strukturelle Verbesserungen in der Qualität der Beziehungen zu anderen Menschen und eine symptomatische Genesung bei geringerer Psychopathologie, wie dies in mehreren Studien sowohl in stationären als auch in ambulanten Einrichtungen festgestellt wurde (z. B. Blatt et al. 1996; Calamare, 2016; Harpaz-Rotem & Blatt, 2005, 2009; Lindgren et al., 2010; Lowyck, 2019; Vermote et al., 2010, 2011; Werbart, 2011; Werbart et al., 2016). Es könnte klinisch relevant sein, die DR-S in den Niederlanden in die routinemässige Ergebnisüberwachung für Behandlungen mit offenem Ende aufzunehmen, wenn dieses Messinstrument empfindlich genug ist, um strukturelle Veränderungen in der Persönlichkeitsorganisation von Patienten aufzudecken (z. B. Leuzinger-Bohleber et al., 2020).

Methode

Teilnehmer und Verfahren. Insgesamt wurden 25 Patienten (6 Männer, 19 Frauen) in die Studie aufgenommen, nachdem sie ihre Einwilligungserklärung gegeben und sich

in Behandlung bei psychoanalytischen Psychotherapeuten in der Ambulanz für psychische Gesundheit begeben hatten. Bei drei Personen lag zu mehr als einem Zeitpunkt kein ORI vor, weil sie die Studie abgebrochen hatten (2) bzw. aus technischen Gründen (1). Wir schlossen sie von der weiteren Analyse aus. Das Durchschnittsalter der verbleibenden 22 Patienten betrug zu Beginn der Studie 34,6 Jahre ($SD = 10,95$; Spanne 24–65). Es wurden keine signifikanten Altersunterschiede zwischen den Männern und Frauen festgestellt ($F(1,20) = 0,01$, $p = 0,94$; $t = 0,737$, $p = 0,47$). Zu den diagnostischen DSM-Kategorien gehörten affektive Störungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen der Cluster B und C, was mit früheren Ergebnissen aus demselben Umfeld übereinstimmt (Berghout et al., 2011). Bei Patienten, die sich in psychoanalytische Behandlung begeben, wurde festgestellt, dass sie im Vergleich zu psychiatrischen Normgruppen ein geringeres Mass an Symptombelastung, aber ein ähnliches Mass an Persönlichkeitspathologie aufweisen (Berghout & Zevalkink, 2008).

Das Verfahren zur Rekrutierung der Teilnehmer bestand darin, dass alle Patienten, die an die Klinik für psychische Gesundheit überwiesen wurden, gebeten wurden, am Forschungsprojekt teilzunehmen. Patienten, die die Einwilligungserklärung unterschrieben hatten, wurden unmittelbar nach dem ersten klinischen Gespräch für einen Termin bei einem der beiden Autoren angemeldet. Nachdem feststand, dass sie für eine Behandlung infrage kamen und die Einwilligungserklärung unterschrieben hatten, vereinbarte einer der beiden Autoren einen Termin für die Durchführung der ersten Messungen. Die Rekrutierung wurde gestoppt, nachdem sich 25 Patienten bereit erklärt hatten, an der Studie teilzunehmen und sich auch in Behandlung begeben hatten. Die Datenerhebung erfolgte zu drei Messzeitpunkten nach Behandlungsbeginn: T1 zu Beginn der Behandlung, T2 nach etwa sechs Monaten und T3 nach etwa einem Jahr Behandlung. Zur Messung der Ergebnisse zu den drei Messzeitpunkten wurden verschiedene Instrumente eingesetzt, die unter «Instrumente» näher erläutert werden. Zu T1 und T3 wurden ähnliche halbstrukturierte Interviews verwendet: das AAI und das ORI. Das ORI wurde auch bei T2 verwendet. Bei T1 wurden drei Fragebögen verwendet: OQ-45, SCL-90 und IIP-64. Bei T2 und T3 wurde ein vierter Fragebogen zur Qualität der therapeutischen Beziehung (quality of the therapeutic relationship, HAQ) ergänzt. In dieser Studie werden die Ergebnisse des SCL-90, des IIP-64 und des HAQ nicht berichtet. Bei T1 waren aus organisatorischen Gründen nur begrenzte Ergebnisse des SCL-90 und des IIP-64 verfügbar. Für diese Studie wurde jedes Interview von der zweiten Autorin (JZ) nach einem ähnlichen Verfahren wie in Studie 1 anonymisiert und die Interviews wurden vom ersten Autor (JD) auf der DR-S bewertet. Es wurde besonders darauf geachtet, dass der Codierer für kontext- und zeitsensitive Informationen verblindet ist.

Behandlung und Therapeuten. Die Patienten wurden einer offenen psychoanalytischen Psychotherapie mit wöchentlichen Sitzungen zugewiesen. Die psychoanalytische Behandlung wurde «wie üblich» von fünf zugelassenen

Psychoanalytikern und psychoanalytischen Psychotherapeuten durchgeführt, mit durchschnittlich vier Patienten pro Therapeut (Spanne 1–6).

Messungen

Qualität der Objektdarstellungen. Das Object Relation Inventory (ORI) ist ein kurzes halbstrukturiertes Interview, mit dem die inneren subjektiven Eindrücke einer Objektbeziehung zu einem bestimmten Zeitpunkt erfasst werden sollen (Blatt & Auerbach, 2003; Diamond et al., 2012). Während dieses Interviews wird der Patient gebeten, eine Beschreibung wichtiger anderer Personen (Vater, Mutter, Intimpartner oder bester Freund) und seiner selbst zu geben. Jedes verwendete Adjektiv kann weiterverfolgt werden, indem eine weitere Erklärung durch Wiederholung des Adjektivs mit einem Fragezeichen verlangt wird. Dadurch bleibt die Frage für den Befragten so offen wie möglich. Ein Beispiel: Wenn ein Patient seinen Vater als «ungeduldig» beschreibt, wiederholt der Interviewer zunächst das Wort als Frage: «Ungeduldig?» Wenn der Patient auf diese Frage nicht näher eingeht, kann der Interviewer fragen: «Könnten Sie etwas mehr darüber erzählen, dass Ihr Vater ungeduldig ist?»

Die Differentiation-Relatedness-Scale (DR-S) ist eine zehnstufige Skala, die die Stärke der Differenzierung von und die Verbundenheit mit sich selbst und wichtigen anderen (Vater, Mutter, Intimpartner oder bester Freund) bewertet, auch Qualität der Objektrepräsentationen genannt (Diamond et al., 2012). In einer nicht-klinischen gesunden Kontrollgruppe liegt die durchschnittliche Bewertung auf der DR-S, die mit dem ORI gemessen wird, zwischen 6 und 7 für sich selbst, den Vater und die Mutter, während in einer vergleichbaren klinischen Gruppe nicht-psychotischer psychiatrischer Patienten die durchschnittliche Bewertung etwa 1 Punkt niedriger ist (Bers et al., 2013; Lowyck, 2019). Es hat sich gezeigt, dass bei den DR-S-Bewertungen zwischen normalen Kontrollen und psychiatrischen Patienten unterschieden wird (Bers et al., 2013; Twomey et al., 2000). In einer belgischen Studie erschien die Interrater-Reliabilität ausreichend (Lowyck et al., 2013; Vermote et al., 2010). In einer Übersichtsarbeit von Huprich et al. (2016) wurden keine Ergebnisse über die Test-Retest-Reliabilität des DR-S berichtet. In der vorliegenden Studie erwies sich der Erstautor nach einer Schulung in London als zuverlässiger Bewerter: Es wurde eine Interrater-Reliabilitätsanalyse unter Verwendung der Intraklassen-Korrelation (ICC) mit einem Wert von 0,91 durchgeführt. ICC-Werte zwischen 0,75 und 1,0 können als ausgezeichnet angesehen werden. In einer früheren Studie (Dirx & Zevalkink, 2016) untersuchten wir die Test-Retest-Reliabilität und stellten fest, dass diese zwischen zwei Messzeitpunkten im Abstand von vier Wochen bei einer unbehandelten Patientenstichprobe ($N = 20$) ausreichend war (79,2 %).

Mit dem Adult Attachment Interview (AAI) lassen sich Bindungsrepräsentationen bei Erwachsenen messen (Main

et al., 2003). Im AAI-Protokoll werden die Befragten in zwei Fragen gebeten, fünf Adjektive zur Beschreibung ihrer Beziehung zur Mutter (Frage 3) und zum Vater (Frage 4) zu nennen und jedes dieser Adjektive zu erläutern, indem sie über Erinnerungen oder Erfahrungen sprechen, die zu diesen Adjektiven geführt haben. Für die vorliegende Studie haben wir die Antworten auf diese beiden Fragen des AAI auf der DR-S eingestuft, um Bewertungen für Vater und Mutter zu erhalten. Der AAI wurde zu zwei Zeitpunkten durchgeführt: T1 und T3.

Psychopathologie. Das Ausmass der psychopathologischen Symptome wurde mit dem Outcome Questionnaire (OQ-45; Lambert et al., 1996) und der Symptom Check List 90 (SCL-90-R; Derogatis, 1983) erfasst. Die interne Konsistenz unter Verwendung des cronbachschen Alpha lag für jedes Instrument zwischen 0,88 und 0,96. Die Korrelationen zwischen der OQ-45-Gesamtwertung und dem SCL-90 Global Severity Index (GSI) betragen zu jedem Messzeitpunkt: $r_{T1} = 0,99$, $p = 0,03$, $r_{T2} = 0,86$, $p = 0,00$, und $r_{T3} = 0,90$, $p = 0,00$. Für weitere Analysen wurden nur die Ergebnisse des OQ-45 verwendet.

Statistische Analyse. Zunächst untersuchten wir die Korrelationen zwischen den vier verschiedenen Objektrepräsentationen (Vater, Mutter, Partner/bester Freund, Selbst) zu jedem Messzeitpunkt. Dann untersuchten wir die Beziehung zwischen den DR-S-Bewertungen von Vater und Mutter, wie sie mit dem ORI und dem AAI zu T1 bzw. T3 gemessen wurden, anhand von Pearson-Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten. Anschliessend wurden die Ergebnisse der DR-S-Bewertungen zu drei Zeitpunkten mithilfe von Pearson-Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten mit dem Grad der Psychopathologie (OQ-45) in Beziehung gesetzt. Schliesslich analysierten wir anhand von t -Tests mit gepaarten Stichproben die Gesamtveränderung in der Qualität der Objektrepräsentation im Verlauf der Behandlung, indem wir die DR-S-T1-Bewertungen vor der Behandlung mit den DR-S-T3-Bewertungen des ORI und AAI für Vater und Mutter getrennt verglichen. Darüber hinaus untersuchten wir Veränderungen zwischen den drei Messzeitpunkten in Bezug auf den Grad der Psychopathologie, gemessen mit dem OQ-45, und ergänzten T2 für Objektrepräsentationen. Kurz gesagt, wir untersuchten Veränderungen in den OQ-45-Werten und den ORI-DR-S-Bewertungen zwischen T1 und T2, T2 und T3 sowie T1 und T3.

Ergebnisse

Korrelationen zwischen den ORI-DR-S-Bewertungen von vier Objektrepräsentationen. Um die Beziehung zwischen den vier Objektrepräsentationen zum gleichen Messzeitpunkt zu untersuchen, wurden Pearson-Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten für die ORI-DR-S-Bewertungen für Vater, Mutter, (besten) Freund und sich selbst berechnet. Tabelle 1 zeigt die Ergebnisse für T1 unterhalb der Diagonale, für T3 oberhalb der Diagonale und für ähnliche Objektrepräsentationen zwischen T1 und T3 unterstrichen an der Diagonale. Bei T1 wurden die

Tab. 1: Korrelationen zwischen den ORI-DR-S-Werten von vier Objektrepräsentationen bei T1 und T3

Objektrepräsentationen									
	Vater		Mutter		Partner/bester Freund		Selbst		
Vater	<u>,59</u>	**	,53	*	,65	**	,59	**	
Mutter	,70	**	<u>,68</u>	**	,62	**	,37		
Partner/bester Freund	,41		,51	*	<u>,45</u>	*	,38		
Selbst	,44	*	,62	**	,42	*	<u>,59</u>	**	

Hinweis: Die unterstrichenen Werte auf der Diagonale sind die Korrelationen zwischen ähnlichen Objektrepräsentationen bei T1 und T3. Unterhalb der Diagonale sind Korrelationen zwischen verschiedenen Objektrepräsentationen bei T1; oberhalb der Diagonale sind Korrelationen zwischen verschiedenen Objektrepräsentationen bei T3. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, zweiseitig getestet.

Tab. 2: Durchschnittliche DR-S-Bewertungen zwischen T1 und T3 im ORI und AAI von Vater und Mutter

		DR-S-T1 M (SD)	DR-S-T3 M (SD)	t-Wert (df = 20-21)	d [KI]
ORI	Vater	5,32 (1,52)	6,32 (1,25)	3,69**	0,79 [-1,26, -0,30]
	Mutter	6,00 (1,16)	6,32 (1,21)	1,58	0,34 [-0,76, 0,09]
AAI	Vater	5,95 (0,97)	6,19 (0,81)	1,31	0,29 [-0,72, 0,15]
	Mutter	5,86 (1,20)	6,43 (0,87)	2,68*	0,58 [-1,04, -0,11]

Hinweis: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; d = Cohens Effektgrößenparameter; KI = 95 % Konfidenzintervall; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (zweiseitig getestet)

Tab. 3: Unterschiede in den durchschnittlichen ORI-DR-S-Bewertungen und OQ-45-Werten zwischen T1, T2 und T3

		Unterschied ΔM (SD)	t-Wert (df = 16-21)	d [KI]
OQ-45	T1-T2	-8,18 (15,15)	2,23*	0,54 [0,22, 1,04]
	T2-T3	0,03 (13,14)	-0,10	-0,023 [-0,46, 0,46]
	T1-T3	-8,79 (13,45)	2,85*	0,65 [0,15, 1,14]
ORI-DR-S Vater	T1-T2	0,78 (0,81)	4,08**	0,96 [0,39, 1,52]
	T2-T3	0,44 (1,20)	1,57	0,37 [-0,11, 0,84]
	T1-T3	1,00 (1,27)	3,69**	0,79 [0,30, 1,26]
ORI-DR-S Mutter	T1-T2	0,17 (0,92)	0,77	0,18 [-0,28, 0,64]
	T2-T3	0,32 (0,95)	1,43	0,34 [-0,14, 0,81]
	T1-T3	0,28 (0,83)	1,58	0,34 [-0,10, 0,75]
ORI-DR-S Partner/ bester Freund	T1-T2	0,59 (1,23)	1,98*	0,48 [-0,31, 0,98]
	T2-T3	0,19 (0,75)	1,00	0,25 [-0,25, 0,75]
	T1-T3	0,55 (1,19)	2,07*	0,45 [-0,01, 0,90]
ORI-DR-S selbst	T1-T2	0,33 (0,77)	1,84*	0,44 [-0,06, 0,91]
	T2-T3	-0,06 (1,06)	0,22	-0,05 [-0,51, 0,41]
	T1-T3	0,18 (0,96)	0,89	0,19 [-0,23, 0,61]

Hinweis: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; d = Cohens Effektgrößenparameter; KI = 95 % Konfidenzintervall; * $p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (zweiseitig getestet)

höchsten Korrelationen für die Beschreibung der Mutter und niedrigere Korrelationen für die Beschreibung des Partners/des besten Freundes gefunden. Bei T3 wurden höhere Korrelationen für die Beschreibung des Vaters und niedrigere für die des Selbst gefunden. Darüber hinaus fanden wir signifikante Korrelationen zwischen ähnlichen Objektrepräsentationen an zwei Messpunkten (diagonal). Die Ergebnisse für T2 zeigten signifikante Korrelationen zwischen den Beschreibungen des Vaters, der Mutter und des Selbst ($r_{\text{Vater, Mutter}} = 0,64, p = 0,005$; $r_{\text{Vater, Selbst}} = 0,48, p = 0,04$; $r_{\text{Mutter, Selbst}} = 0,47, p = 0,05$), aber nicht mit dem Partner/besten Freund.

Korrelationen zwischen ORI und AAI pro Messpunkt.

Zwischen den Bewertungen der beiden Interviews für die Mutter und den Vater wurden zu beiden Messzeitpunkten signifikante Pearson-Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten gefunden, jeweils $r_{T1, Mutter} = 0,59, p < 0,01$, $r_{T1, Vater} = 0,58, p < 0,01$, $r_{T3, Mutter} = 0,51, p = 0,01$, und $r_{T3, Vater} = 0,37, p < 0,05$ (einseitig). Dies zeigt eine hinreichende Ähnlichkeit zwischen den DR-S-Bewertungen aus beiden Interviews.

Korrelationen zwischen DR-S-Bewertungen und Psychopathologie. Zu jedem Messzeitpunkt untersuchten wir die Pearson-Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten zwischen den ORI- und AAI-DR-S-Bewertungen und dem OQ-Gesamtscore zur Messung des Ausmasses der Psychopathologie (einschliesslich ORI über sich selbst, Partner/bester Freund) und fanden keine signifikanten Korrelationen zwischen den DR-S-Bewertungen und dem Ausmass der Psychopathologie.

Veränderungen in der Qualität der Objektrepräsentationen zwischen T1 und T3. Anhand von t-Tests mit gepaarten Stichproben wurde die Gesamtveränderung der Qualität der Objektrepräsentation im Verlauf der Behandlung untersucht, indem die DR-S-T1-Bewertungen vor der Behandlung mit den DR-S-T3-Bewertungen des ORI und AAI für Vater und Mutter getrennt verglichen wurden (Tab. 2). Alle Veränderungen gingen in die erwartete Richtung, aber nur zwei waren signifikant: Die ORI-DR-S-Bewertungen für den Vater verbesserten sich im Laufe der Zeit signifikant, ebenso wie die AAI-DR-S-Bewertungen für die Mutter, beide mit einer mittleren Effektgrösse von 0,79 bzw. 0,58 (Cohens $d > 0,5$ und $< 0,8$; Cohen, 1988).

Veränderungen der Psychopathologie und des ORI-DR-S zwischen T1, T2 und T3. Schliesslich untersuchten wir die Veränderungen zwischen den drei Messzeitpunkten für den Grad der Psychopathologie, gemessen mit dem OQ-45, und den ORI-DR-S für Vater und Mutter mithilfe von t-Tests für gepaarte Stichproben (Tab. 3). Zwischen T1 und T2 sowie zwischen T1 und T3 wurden signifikante Unterschiede und eine mittlere Effektgrösse wurden gefunden, aber nicht zwischen T2 und T3. In Übereinstimmung mit früheren Ergebnissen zu den Unterschieden zwischen T1 und T3 unterstrichen die Ergebnisse des OQ-45 die Verbesserung mit weniger Psychopathologie bei T3 neben einer höheren Qualität der Objektrepräsentation für den Vater. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse eine signifikante Veränderung zwischen T1 und T2 sowohl für

das Niveau der Psychopathologie als auch für die Qualität der Objektrepräsentation des Vaters. Nach der Untersuchung der Unterschiede zwischen den ORI-DR-S-Werten für den Partner/besten Freund und das Selbst zeigt sich, dass die Ergebnisse für den Partner/besten Freund in die gleiche Richtung gehen wie die für den Vater auf einem Signifikanzniveau knapp unter 0,10 zwischen T1-T2 und T1-T3. Für das Selbst waren die ORI-DR-S-Bewertungen bei T2 tendenziell höher, aber nicht für andere Vergleiche.

Diskussion

Unsere Pilotstudie hat gezeigt, dass die DR-S geeignet ist, Veränderungen in der Qualität der Objektrepräsentationen während einer psychoanalytischen Psychotherapie in den Niederlanden zu messen, wenn auch mit unterschiedlichen Interviews. Die Qualität der Repräsentationen des Vaters veränderte sich mithilfe des ORI und die der Mutter mithilfe des AAI. Obwohl die Qualität der Objektrepräsentationen nicht mit dem Grad der Psychopathologie zusammenhing, veränderten sich beide über die drei Messzeitpunkte hinweg in der erwarteten Richtung. Wir werden dies weiter im Detail untersuchen.

Erstens haben wir eine Unterstützung für die Annahme gefunden, dass die DR-S-Skala in zwei verschiedenen Interviews verwendet werden kann. Allerdings gab es unerwartete Ergebnisse hinsichtlich der unterschiedlichen Bewertungen der Qualität der Objektrepräsentationen (QOR) für Väter und Mütter im AAI und DR-S. Wie lässt sich erklären, dass sich die QOR der Väter mit dem ORI stärker veränderte als mit dem AAI, während sich die Bewertungen der Mütter nur mit dem AAI signifikant veränderten? Dieses Ergebnis lässt sich anhand von zwei Unterschieden zwischen dem ORI und dem AAI erklären. Erstens ist die durchschnittliche DR-S-Bewertung beim ORI für die Väterrepräsentationen im Vergleich zur QOR der Mütter beim ORI relativ niedrig (Tab. 2: 5,32 vs. 6,00), während die DR-S-Bewertungen beim AAI für Väter und Mütter relativ ähnlich sind. Daher ist mit dem ORI leichter eine signifikante Veränderung der QOR für Väter zu erreichen. Zweitens unterscheiden sich die ORI-Fragen und die AAI-Fragen in Bezug auf Stil und Nachfragen. Beim AAI wird explizit darum gebeten, die Beziehung zu den Eltern anhand von fünf Adjektiven zu beschreiben und ausführliche Beispiele für frühkindliche Erfahrungen mit jedem von ihnen zu nennen (Main et al., 2003). Beim ORI wird nach der Beschreibung bedeutender anderer Personen gefragt und nur dann eine Folgefrage gestellt, wenn die Antwort sehr kurz ist (Blatt & Auerbach, 2003). Beim ORI ist es möglich, dass die Antworten an der Oberfläche bleiben, kurz sind (manchmal zwei bis drei Sätze) und dass der Interviewer im Vergleich zum AAI leichter zufrieden zu stellen ist. Möglicherweise deuten die Ergebnisse des ORI-DR-S darauf hin, dass die Beschreibungen von Vätern bei der Aufnahme weniger ausführlich und oberflächlich sind und im Laufe der Therapie an Tiefe gewinnen, während die QOR von Müttern bereits ausführlicher und offener sind, weil sie eine stärker ver-

innerlichte Objektrepräsentation darstellen (z. B. Umemura et al., 2015). Es sind weitere Studien erforderlich, um die Unterschiede im Stil der Folgefragen zwischen ORI und AAI zu untersuchen und möglicherweise zu verringern, insbesondere wenn die Antworten sehr kurz sind.

Zweitens erwarteten wir, dass ein höheres Mass an Psychopathologie mit einem niedrigeren Mass an QOR zusammenhängt, was jedoch nicht der Fall war. In einer Studie von Lindgren et al. (2010) mit jungen Erwachsenen zeigte sich ebenfalls, dass Psychopathologie und QOR nicht miteinander verbunden waren und während der Behandlung unterschiedliche Wege einschlugen. Sie fanden heraus, dass sich das Ausmass der Psychopathologie während der Behandlung am stärksten veränderte und die Probleme während der Nachbeobachtung leicht zurückgingen, während sich die objektbezogenen Variablen während der Behandlung am wenigsten veränderten, sich aber während des Nachbeobachtungszeitraums weiter leicht entwickelten. Darüber hinaus könnte das Fehlen von Ergebnissen auch durch qualitative Unterschiede zwischen Selbstauskünften, wie dem OQ-45, und den DR-S-Bewertungen durch einen geschulten Informanten in halbstrukturierten Interviews erklärt werden.

Drittens bestätigten die Ergebnisse die erwarteten Veränderungen von QOR und Psychopathologie während der Behandlung. Zu Beginn der Behandlung lagen die DR-S-Werte im selben Bereich wie bei anderen Untersuchungen in stationären Einrichtungen (z. B. Lowyck, 2019). Die in die niederländische Ambulanz überwiesenen Personen waren in Bezug auf die Persönlichkeitspathologie mit psychiatrischen Normgruppen vergleichbar, berichteten jedoch über ein geringeres Mass an Symptombelastung (Berghout & Zevalkink, 2008). Höhere DR-S-Werte wurden in einer kleinen Studie ($N = 4$) von Calamares et al. (2016) gefunden, in der die Patienten zu Beginn der Psychoanalyse mit einer vorherrschenden ambivalenten Objekt Konstanz ($M = 6,2$) begannen und am Ende der Psychoanalyse konstante Repräsentationen von sich selbst und anderen konsolidierten ($M = 7,5$). Interessanterweise und in Übereinstimmung mit anderen Forschungsergebnissen zeigten unsere Ergebnisse einen abflachenden Effekt während der Behandlung. Mit anderen Worten: Wir fanden eine schnelle Verbesserung zwischen T1 und T2 sowohl für die QOR als auch für die Psychopathologie, aber nicht zwischen T2 und T3 (Lindgren et al., 2010; Lowyck, 2019; Vermote et al., 2010).

Es sind mehrere Einschränkungen der Studie zu erwähnen. Zunächst einmal war die Stichprobengrösse unserer Pilotstudie relativ gering ($N = 22$). Die meisten Ergebnisse lagen in der erwarteten Richtung, aber nicht alle erwiesen sich als signifikant. Zweitens beschränkten sich die konsekutiven Messungen auf ein Jahr nach Therapiebeginn, oft vor Beendigung der Therapie, was die Vergleichbarkeit mit anderen Studien einschränkt (z. B. Lowyck, 2019). Obwohl unsere Ergebnisse mit den Erkenntnissen aus stationären Behandlungen übereinstimmen, unterscheiden sie sich auch deshalb, weil es in anderen Studien oft einen längeren Nachbeobachtungszeitraum gab und sich einige der Teilnehmer in Bezug auf Alter, Schweregrad der Psychopathologie und

Behandlungssetting von den unseren unterschieden. Drittens haben wir die Bewertungen der Beschreibungen des Partners/besten Freundes und der eigenen Person einbezogen, aber die Ergebnisse waren nicht sehr vielversprechend und sogar etwas rätselhaft. Vielleicht ist es, ähnlich wie beim AAI, für die DR-S tatsächlich relevanter, sich hauptsächlich auf die Darstellungen der Eltern zu konzentrieren. Viertens kann unsere Forschung als praxisbasiert bezeichnet werden, da sie in einem regulären Behandlungssetting mit minimalen Forschungseinrichtungen und -mitteln stattfand, was zu einigen organisatorischen Problemen und Rückschlägen, z. B. bei der Datenbeschaffung, führte. Dennoch ist es uns dank unserer beteiligten Kollegen gelungen, die Daten zu erheben. Schliesslich schränkt die Untersuchung der DR-S in der psychoanalytischen Psychotherapie die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse auf andere Behandlungen ein. Dennoch liefert diese Pilotstudie Hinweise darauf, dass Psychotherapie die Qualität der Objektrepräsentation in der erwarteten Richtung verändert.

Auswirkungen auf die Praxis. Um Veränderungen in der Persönlichkeitsfunktion während der Behandlung zu überwachen, könnten Mediziner die DR-S verwenden, um die Qualität der Objektrepräsentationen für Vater und Mutter mit einem relativ kurzen halbstrukturierten Interview wie dem ORI oder den beiden AAI-Fragen zu bewerten.

Literatur

- Aafjes-van Doorn, Kealy, D., Ehrenthal, J.C., Ogrodniczuk, J.S., Joyce, A.S. & Weber, R. (2019). Improving self-esteem through integrative group therapy for personality dysfunction: Investigating the role of the therapeutic alliance and quality of object relations. *Journal of Clinical Psychology*, 75, 2079–2094.
- Beebe, B. & Lachmann, F.M. (2014). *The origins of attachment. Infant research and adult treatment*. Routledge.
- Berghout, C.C. & Zevalkink, J. (2008). Identifying clinical cases among patients assigned to psychoanalytic treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 72, 163–178.
- Berghout, C.C., Zevalkink, J., Katzko, M.W. & de Jong, J.T. (2011). Changes in symptoms and interpersonal problems during the first 2 years of long-term psychoanalytic psychotherapy and psychoanalysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(2), 203–219.
- Bers, S.A., Besser, A., Harpaz-Rotem, I. & Blatt, S.J. (2013). An empirical exploration of the dynamics of anorexia nervosa. *Psychoanalytic Psychology* 30, 188–209.
- Blatt, S.J. & Auerbach, J.S. (2001). Mental Representation, severe psychopathology, and the therapeutic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49, 113–149.
- Blatt, S.J. & Auerbach, J.S. (2003). Psychodynamic measures of therapeutic change. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 268–307.
- Blatt, S.J., Auerbach, J.S. & Behrends, R.S. (2008). Changes in the representation of self and significant others in the treatment process. Links between representation, internalization and mentalization. In E.L. Jurist, A. Slade & S. Bergner (Hg.), *Mind to mind. Infant research, neuroscience and psychoanalysis* (S. 225–263). Other Press.
- Blatt, S.J., Chevron, E.S., Quinlan, D.M., Schaffer, C.E. & Wein, S. (1992). *The assessment of qualitative and structural dimensions of object representations*. Unpubl. research manual. Yale Univ.
- Blatt S.J., Stayner D.A., Auerbach J.S. & Behrends, R.S. (1996). Change in object and self-representations in long-term, intensive, inpatient treatment of seriously disturbed adolescents and young adults. *Psychiatry*, 59, 82–107.

- Blatt, S.J., Wein, S.J., Chevron, E. & Quinlan, D.M. (1979). Parental representations and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 88*, 388–397.
- Blatt, S.J., Zuroff, D.C., Hawley, L.L. & Auerbach, J.S. (2010). Predictors of sustained therapeutic change *Psychotherapy Research, 20*, 37–54.
- Calamaras, M.R., Reviere, S.L., Gallagher, K.E. & Kaslow, N.J. (2016). Changes in differentiation-relatedness during psychoanalysis. *Journal of Personality Assessment, 98*, 44–50.
- Caligor, E., Kernberg, O.F., Clarkin, J.F. & Yeomans, F.E. (2018). *Psychodynamic therapy for personality pathology. Treating self and interpersonal functioning*. APA Publ.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge.
- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual II*. Clinical Psychometric Research.
- Diamond, D., Blatt, S.J., Stayner, D.A. & Kaslow, N.J. (2012). *Manual for the Differentiation-Relatedness Scale*. Unpubl. research manual. Yale Univ.
- Dirx J., Zevalkink J. (2016) De beoordeling van de kwaliteit van objectrepresentaties. Betrouwbaarheid van de Differentiation-Relatedness Scale (DR-S) [Assessment of the quality of object representations. Reliability of the Differentiation-Relatedness Scale (DR-S)] *Tijdschrift voor psychotherapie, 42*, 36–50
- Gruen, R.J. & Blatt, S.J. (1990). Change in self- and object representation during long-term dynamically oriented treatment. *Psychoanalytic Psychology, 7*, 399–422.
- Harpaz-Rotem, I. & Blatt, S.J. (2005). Changes in representations of a self-designated significant other in long-term intensive inpatient treatment of seriously disturbed adolescents and young adults, *Psychiatry, 68*, 266–282.
- Harpaz-Rotem, I. & Blatt, S.J. (2009). A pathway to therapeutic change: Changes in self-representation in the treatment of adolescents and young adults, *Psychiatry, 72*, 32–49.
- Huprich, S.K., Auerbach, J.S., Porcerelli, J.H. & Bupp, L.L. (2016). Sidney Blatt's Object Relation Inventory: Contributions and future directions. *Journal of Personality Assessment, 98*, 30–43. <https://doi.org/10.1080/002.23891.2015.1099539>
- Lambert, M.J., Burlingame, G.M., Umphress, V., Hansen, N.B., Vermeersch, D.A., Clouse, G.C. & Yanchar, S.C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice, 3*(4), 249–258.
- Leuzinger-Bohleber, M., Solms, M. & Arnold, S.E. (2020). *Outcome research and the future of psychoanalysis. Clinicians and researchers in dialogue*. Routledge.
- Lindfors, O., Knekt, P., Heinonen, E. & Virtala, E. (2014). Self-concept and quality of object relations as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. *Journal of Affective Disorders, 152–154*, 202–211.
- Lindgren, A., Werbart, A. & Philips, B. (2010). Long-term outcome and post-treatment effects of psychoanalytic psychotherapy with young adults. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 83*, 27–43.
- Lowyck, B., Luyten, P., Verhaest, Y., Vandeneede, B. & Vermote, R. (2013). Levels of personality functioning and their association with clinical features and interpersonal functioning in patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 27*, 320–336.
- Lowyck, B. (2019). Zelf- en objectrepresentaties in de klinische psychotherapie [Self- and object-representations in residential psychotherapy]. *Tijdschrift voor Psychoanalyse & haar toepassingen, 25*, 37–48.
- Main, M., Goldwyn, R. & Hesse, E. (2003). *Adult Attachment Classification system, version 7.2*. Unpubl. protocol. Dep. of Psych, Univ. of California, Berkeley.
- Mullin, A.S., Hilsenroth, M.J., Gold, J. & Farber, B.A. (2017). Changes in object relations over the course of psychodynamic psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 24*, 501–511.
- Twomey, H.B., Kaslow, N.J. & Croft, S. (2000). Childhood mal-
treatment, object relations and suicidal behavior in women. *Psychoanalytic Psychology, 17*, 313–335.
- Umemura, T., Lacinova, L. & Macek, P. (2015). Is emerging adults' attachment preference for the romantic partner transferred from their attachment preferences for their mother, father, and friends? *Emerging Adulthood, 3*(3), 179–193.
- Vermote, R., Lowyck, B., Luyten, P., Vertommen, H., Corveleyn, J., Verhaest, Y., Stroobants, R., Vandeneede, B., Vansteelandt, K. & Peuskens, J. (2010). Process and outcome in psychodynamic hospitalization-based treatment for patients with a personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 198*, 110–115.
- Vermote, R., Lowyck, B., Luyten, P., Verhaest, Y., Vertommen, H., Vandeneede, B., Corveleyn, J. & Peuskens, J. (2011). Patterns of inner change and their relation with patient characteristics and outcome in a psychoanalytic hospitalization-based treatment for personality disordered patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 18*, 303–313.
- Werbart, A. (2011). Changes in the representations of mother and father among young adults in psychoanalytic psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology, 28*, 95–116.
- Werbart, A., Brusell, L., Iggedal, R., Lavfors, K. & Widholm, A. (2016). Changes in selfrepresentation following psychoanalytic psychotherapy for young adults: A comparative typology. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 64*, 917–958.

Qualità delle rappresentazioni oggettuali durante un trattamento psicoanalitico Uno studio pilota nei Paesi Bassi

Riassunto: In questo studio pilota abbiamo accompagnato 22 pazienti donne durante la loro psicoterapia psicoanalitica per osservare i cambiamenti nella qualità delle loro rappresentazioni oggettuali (padre, madre, partner/migliore amico, sé) e nel grado di psicopatologia (OQ-45). La Differentiation-Relatedness Scale (DR-S) è stata utilizzata in due interviste semistrutturate: Object Relation Inventory (ORI) e due domande dell'Adult Attachment Interview (AAI). I risultati hanno evidenziato che i punteggi della DR-S in entrambe le interviste erano comparabili per il padre e la madre, con cambiamenti significativi durante la terapia per il padre con utilizzo dell'ORI e per la madre con utilizzo dell'AAI. Anche il grado di psicopatologia è cambiato significativamente durante il trattamento. Nonostante alcune carenze, la DR-S in combinazione con le domande dell'ORI e dell'AAI sembra essere uno strumento utile per l'uso clinico per monitorare i cambiamenti strutturali nel funzionamento della personalità durante la psicoterapia psicoanalitica.

Parole chiave: rappresentazioni oggettuali, psicoterapia psicoanalitica, cambiamento strutturale

Die Autoren

Jos Dirx, MD, ist Psychiater, Psychoanalytiker und Psychotherapeut in einer Privatpraxis. Als Psychoanalytiker bietet er Ausbildung und Supervision bei der Niederländischen Psychoanalytischen Vereinigung (NPaV) an. Für die vorliegende Studie ist er Doktorand an der Freien Universität Amsterdam. Er ist Chefredakteur der *Tijdschrift voor Psychoanalyse en haar toepassingen*. Früher arbeitete er am Niederländischen Psychoanalytischen Institut (NPI) in Utrecht, wo die Studie durchgeführt wurde.

Jolien Zevalkink, PhD, ist Senior Lecturer an der Abteilung für Psychologie der Freien Universität Amsterdam, Entwicklungspsychologin und Sozialanthropologin. Während ihrer Arbeit am NPI entwickelte sie ein System zur routinemässigen Ergebnisüberwachung, mit dem die Fortschritte von Patienten vor und während einer psychoanalytischen Behandlung verfolgt werden können. Sie ist Autorin mehrerer Paper auf dem Gebiet der Entwicklungspsychologie und Psychotherapieforschung.

Kontakt

Jos Dirx
Biltstraat 134
NL-3572 BL Utrecht
jos.dirx@planet.nl

Measuring Changes in the Quality of Object Representations during Psychoanalytic Treatment

A Pilot Study in The Netherlands

Jos Dirkx & Jolien Zevalkink

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (2) 2023 29–35

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-2-29>

Abstract: In this pilot study, we followed 22 patients during their psychoanalytic psychotherapy to monitor changes in the quality of their object representations (father, mother, partner/best friend, self) and level of psychopathology (OQ-45). The Differentiation-Relatedness Scale (DR-S) was used in two semi-structured interviews: Object Relation Inventory (ORI) and two questions of the Adult Attachment Interview (AAI). Results showed that the DR-S ratings are comparable in both interviews for father and mother, with significant changes during therapy for father using the ORI and mother using the AAI. The level of psychopathology also changed significantly during treatment. Despite some shortcomings, the DR-S in combination with the ORI and AAI-questions seems a useful instrument for clinicians to monitor structural change in personality functioning during psychoanalytic psychotherapy.

Keywords: Object representations, psychoanalytic psychotherapy, structural change

The quality of object representations is an indication how well you relate to others and yourself and changing it for the better is a relevant target in psychoanalytic treatment. From early age children internalize aspects of interactions with important others, mostly their parents. These internalized interpersonal experiences are the basis for complex representational structures, also called object representations (e.g., Beebe & Lachmann, 2014; Blatt & Auerbach, 2001; Caligor et al., 2018). There is basic agreement among clinicians that a successful psychotherapy will improve the quality of object representations of patients by internalizing the interactions within therapy sessions and the in-therapy communicative exchanges with the real-life therapist (Blatt & Auerbach, 2001; Blatt et al., 2008, 2010; Gruen & Blatt, 1990; Lindfors et al., 2014; Lowyck, 2019; Mullin et al., 2017; Vermote et al., 2010; Werbart, 2011; Werbart et al., 2016). Patients who develop better, more refined, more integrated object representations, improve in their psychosocial functioning and show a positive change in their personality organization (Aafjes-van Doorn et al., 2019; Blatt et al., 2010). Clinicians aim to enhance this kind of structural improvement in their patients. Structural change can be defined as: «ongoing psychological transformations of the object- and self-representations, the «inner world» of the patients, which are closely linked to the ability to mentalize» (Leuzinger-Bohleber et al., 2020, p. 149). Therefore, the quality of object representations can be a parameter for structural change in psychoanalytic psychotherapy (Blatt & Auerbach, 2003). In this pilot study, we examined whether the quality of object representations – as

measured with two instruments – improved for adult patients in psychoanalytic psychotherapy in the Netherlands in line with findings from other countries.

Coming from a psychoanalytic background, Blatt and colleagues have operationalized the concept of object representations to measure change in personality functioning during treatment (Blatt et al., 1979, 1992, 1996; Blatt & Auerbach, 2001, 2003; Gruen & Blatt, 1990). Answers on the Object Relations Inventory (ORI) – a semi-structured interview asking to describe oneself and important others – were rated with the Differentiation-Relatedness Scale (DR-S). The DR-S measures the level of differentiation and quality of object representations on a 10-point rating scale (Diamond et al., 2012; Gruen & Blatt, 1990). The DR-S – in conjunction with the ORI-interview – has been widely used to investigate the outcome of psychoanalytic treatments in residential settings (Blatt et al., 1996; Harpaz-Rotem & Blatt, 2005, 2009; Lowyck, 2019; Vermote et al., 2010, 2011). Findings in outpatient groups are relevant in relation to the present study. Werbart and colleagues (2011, 2016) found significant improvements in the quality of parental description after long-term psychodynamic treatment in young adults. In a study by Lindgren et al. (2010) the DR-S rating of mother changed significantly from intake to follow-up, but not from intake to end of treatment, whereas the DR-S ratings of self and father did not change significantly. The DR-S scale might also be used to rate other case material in relation to the quality of object representations, such as answers to the Adult Attachment Interview (AAI) developed by Main et al. (2003). The AAI contains two questions which invite the interviewee to provide five adjectives and elaborate

on them in order to describe their relationship with father and mother. In this study, we rated the answers to these AAI-questions with the DR-S in order to compare them with the ratings on the ORI.

Outline of this research. In this pilot study, we examined changes in the quality of object representations during treatment based on DR-S ratings for two different interviews with adult patients in ambulatory psychoanalytic psychotherapy in the Netherlands. Besides a focus on structural change, we additionally checked whether the level of psychopathology diminished during the same period of treatment. First, we examined whether the DR-S rating scale can be interchangeable used on the ORI- and the AAI-interviews and expected significant correlations. Secondly, we examined relations between object representations and level of psychopathology at intake and at other measurement points during treatment. We expected a higher level of psychopathology to be related to a lower level of the quality of object relations (e.g., Aafjes-van Doorn et al., 2019). Thirdly, we examined changes in object representations and level of psychopathology from intake to later measurement points. In line with previous research, we expected structural improvements in the quality of relationships with others and symptomatic recovery with less psychopathology, as found in several studies in both residential and outpatient settings (e.g., Blatt et al. 1996; Calamares, 2016; Harpaz-Rotem & Blatt, 2005, 2009; Lindgren et al., 2010; Lowyck, 2019; Vermote et al., 2010, 2011; Werbart, 2011; Werbart et al., 2016). It might be clinically relevant to add the DR-S rating scale to routine outcome monitoring in the Netherlands for open-ended treatments in case this measure is sensitive enough to reveal structural changes in personality organization of patients (e.g., Leuzinger-Bohleber et al., 2020).

Method

Participants and procedure. In total, 25 patients (6 men, 19 women) were included in the study after they gave their informed consent and had entered treatment with psychoanalytic psychotherapists from the mental health outpatient clinic. For three persons, we did not have an ORI-interview at more than one point in time due to drop out (2) and technical reasons (1). We excluded them from further analysis. The mean age for the remaining 22 patients was 34.6 years ($SD = 10.95$; range 24–65) at the start of the study. No significant age differences were found between men and women ($F(1,20) = 0.01, p = .94$; $t = 0.737, p = .47$). Diagnostic DSM categories included affective disorders, anxiety disorders and cluster B and C personality disorders in line with previous findings in the same setting (Berghout et al., 2011). Patients entering psychoanalytic treatment were found to be characterized by lower levels of symptom distress, but similar levels of personality pathology compared to psychiatric norm groups (Berghout & Zevalkink, 2008).

The procedure of recruiting participants was that all

patients referred to the mental health clinic were asked to participate in the research project. Patients who signed the informed consent form were scheduled for an appointment with one of the two authors immediately after their first clinical interview. After it became clear that they were eligible for treatment and had signed the informed consent, one of the two authors scheduled for an appointment to conduct the first measurements. Recruitment stopped after 25 patients had agreed to participate and had also entered treatment. Data collection took place at three measurement points from the start of their treatment: T1 at the start of treatment; T2 after about six months; and T3 after about one year in treatment. Several instruments were used to measure outcomes at the three measurement points, which are further explained under instruments. At T1 and T3 similar semi-structured interviews were used: AAI and ORI. The ORI was also used at T2. At T1, three questionnaires were used: OQ-45, SCL-90 and IIP-64. At T2 and T3, a fourth questionnaire was added about the quality of the therapeutic relationship (HAQ). In this study, we do not report the results of the SCL-90, IIP-64 and HAQ. At T1, limited results of the SCL-90 and IIP-64 were available due to organizational issues. For this study each interview was anonymized by the second author (JZ) following a similar procedure as in study 1 and the interviews were rated by the first author (JD) on the Differentiation-Relatedness Scale (DR-S). Particular care was taken to blind the coder for context and time-sensitive information.

Treatment and therapists. The patients were assigned to open-ended psychoanalytic psychotherapy with weekly sessions. Psychoanalytic treatment was conducted «as usual» by five licensed psychoanalysts and psychoanalytic psychotherapists, with an average of four patients per therapist (range 1–6).

Measures

Quality of object representations. The Object Relation Inventory (ORI) is a short semi-structured interview that intends to draw up the internal subjective impressions of an object-relation at a given moment (Blatt & Auerbach, 2003; Diamond et al., 2012). During this interview, the patient is asked to give a description of important others (father, mother, intimate partner or best friend) and of oneself. Every adjective used can be followed through, asking a further explanation by repeating the adjective with a question mark. This leaves the interviewee with a question as open as possible. For example: If a patient describes his father as «impatient» the interviewer first repeats the word as a question: «Impatient?» When the patient does not elaborate on this question the interviewer can ask: «Could you tell a bit more about your father being impatient?»

The Differentiation-Relatedness Scale (DR-S) is a ten-point rating scale which assesses the strength of differentiation from, and relatedness with oneself and important others (father, mother, spouse, or best friend),

also called the quality of object representations (Diamond et al., 2012). In a non-clinical healthy control-group the average rating on DR-S as measured with the ORI is between 6 and 7 for self, father and mother whereas in a comparable clinical group of non-psychotic psychiatric patients the average rating is about 1 point lower (Bers et al., 2013; Lowyck, 2019). DR-S ratings have been found to discriminate between normal controls and psychiatric patients (Bers et al., 2013; Twomey et al., 2000). In a Belgium study, the interrater reliability appeared sufficient (Lowyck et al., 2013; Vermote et al., 2010). In a review by Huprich et al. (2016), no results were reported on the test-retest reliability of the DR-S. In the present study the first author proved to be a reliable rater after a training in London: an interrater reliability analysis using the intraclass correlation (ICC) was performed with a score of 0.91. Values of ICC between 0.75 and 1.0 can be considered as excellent. In a previous study (Dirx & Zevalkink, 2016), we examined the test-retest reliability and found this to be sufficient (79.2%) between two measurement points with a four-week interval in an untreated patient sample ($N = 20$).

The Adult Attachment Interview (AAI) aims to measure attachment representations in adults (Main et al., 2003). In the AAI protocol, two questions ask the interviewee to give five adjectives to describe their relationship with mother (question 3) and father (question 4) and to elaborate on each of these adjectives by talking about memories or experiences that led to these adjectives. For the present study, we rated answers to these two questions of the AAI using the DR-S rating scale to obtain ratings for father and mother. The AAI was conducted at two points in time: T1 and T3.

Psychopathology. The level of psychopathological symptoms was assessed using the Outcome Questionnaire (OQ-45; Lambert et al., 1996) and the Symptom Check List 90 (SCL-90-R; Derogatis, 1983). Internal consistency using Cronbach's alpha for each instrument ranged between .88 and .96. Correlations between the OQ-45 total score and the SCL-90 Global Severity Index (GSI) at each measurement point were respectively: $r_{T1} = 0.99$, $p = .03$, $r_{T2} = 0.86$, $p = .00$, and, $r_{T3} = 0.90$, $p = .00$. For further analyses we only used the OQ-45 findings.

Statistical analysis. Preliminary, we investigated the correlations between the four different object representations (father, mother, partner/best friend, self) at each measurement point. Then, we examined the relation between the DR-S ratings of father and mother as measured by the ORI and AAI at respectively T1 and T3 using Pearson product-moment correlation coefficients. Next, the results of the DR-S ratings at three moments in time were related to the level of psychopathology (OQ-45) using Pearson product-moment correlation coefficients. Finally, we used paired-samples *t*-tests to analyze overall change in the quality of object representation over the course of the treatment by comparing pretreatment DR-S-T1 ratings with DR-S-T3 ratings of both ORI and AAI-interviews for father and mother separately. In addition and relatedly, we examined changes between the

three measurement points for the level of psychopathology, as measured with OQ-45, and added T2 for object representations. In short, we examined changes in OQ-45 scores and ORI-DR-S ratings between T1 and T2, T2 and T3, and T1 and T3.

Results

Correlations between ORI-DR-S ratings of four object representations. To investigate the relation between the four object representations at the same measurement point, Pearson product-moment correlation coefficients were calculated for the ORI-DR-S ratings for father, mother, (best) friend and oneself. Table 1 shows the results for T1 below the diagonal, for T3 above the diagonal, and for similar object representations between T1 and T3 underlined at the diagonal. At T1, the highest correlations were found for the description of the mother and lower correlation for the description of partner/best friend. At T3, higher correlations were found for the description of father and lower for that of self. In addition, we found significant correlations between similar object representations at two measurement points (diagonal). The results for T2 showed significant correlations between descriptions of father, mother and self ($r_{\text{father, mother}} = 0.64$, $p = .005$; $r_{\text{father, self}} = 0.48$, $p = .04$; $r_{\text{mother, self}} = 0.47$, $p = .05$), but not with partner/best friend.

Correlations between ORI and AAI per measurement point. Significant Pearson product-moment correlation coefficients were found between the ratings on the two interviews for mother and father at both measurement points, respectively $r_{T1, \text{mother}} = 0.59$, $p < .01$, $r_{T1, \text{father}} = 0.58$, $p < .01$, $r_{T3, \text{mother}} = 0.51$, $p = .01$, and $r_{T3, \text{father}} = 0.37$, $p < .05$ (one-sided). This shows sufficient similarity between the DR-S ratings from both interviews.

Correlations between DR-S ratings and psychopathology. At each measurement point, we examined Pearson product-moment correlation coefficients between the ORI and AAI DR-S ratings and the OQ-total score to measure the level of psychopathology (including ORI about self, partner/best friend) and found no significant correlations between the DR-S ratings and the level of psychopathology.

Changes in the quality of object representations between T1 and T3. Using paired-samples *t*-tests, overall change in the quality of object representation was examined over the course of the treatment by comparing pretreatment DR-S-T1 ratings with DR-S-T3 ratings of both ORI and AAI-interviews for father and mother separately (Tab. 2). All changes were in the expected direction, but only two were significant: the ORI-DR-S ratings for father significantly improved over time as well as the AAI-DR-S ratings for mother, both with a medium effect size of respectively 0.79 and 0.58 (Cohen's $d > 0.5$ and < 0.8 ; Cohen, 1988).

Changes in psychopathology and ORI-DR-S between T1, T2 and T3. Finally, we examined changes between the three measurement points for the level of psychopathology, as

Tab. 1: Correlations between ORI-DR-S scores of four object representations at T1 and T3

Object representations									
	Father		Mother		Partner/best friend		Self		
Father	<u>.59</u>	**	.53	*	.65	**	.59	**	
Mother	.70	**	<u>.68</u>	**	.62	**	.37		
Partner/best friend	.41		.51	*	<u>.45</u>	*	.38		
Self	.44	*	.62	**	.42	*	<u>.59</u>	**	

Note. The underlined values on the diagonal are the correlations between similar object representations at T1 and T3. Below the diagonal are correlations between different object representations at T1; above the diagonal are correlations between different object representations at T3. * $p < .05$; ** $p < .01$, two-tailed.

Tab. 2: Average DR-S ratings between T1 and T3 for ORI and AAI of father and mother

		DR-S-T1 M (SD)	DR-S-T3 M (SD)	t-value (df = 20-21)	d [CI]
ORI	Father	5.32 (1.52)	6.32 (1.25)	3.69**	0.79 [-1.26, -0.30]
	Mother	6.00 (1.16)	6.32 (1.21)	1.58	0.34 [-0.76, 0.09]
AAI	Father	5.95 (0.97)	6.19 (0.81)	1.31	0.29 [-0.72, 0.15]
	Mother	5.86 (1.20)	6.43 (0.87)	2.68*	0.58 [-1.04, -0.11]

Note. M = mean; SD = standard deviation; d = Cohen's effect size parameter; CI = 95% confidence interval; * $p < .05$; ** $p < .01$ (two-tailed).

Tab. 3: Unterschiede in den durchschnittlichen ORI-DR-S-Bewertungen und OQ-45-Werten zwischen T1, T2 und T3

		Difference ΔM (SD)	t-value (df = 16-21)	d [CI]
OQ-45	T1-T2	-8.18 (15.15)	2.23*	0.54 [0.22, 1.04]
	T2-T3	0.03 (13.14)	-0.10	-0.023 [-0.46, 0.46]
	T1-T3	-8.79 (13.45)	2.85*	0.65 [0.15, 1.14]
ORI-DR-S father	T1-T2	0.78 (0.81)	4.08**	0.96 [0.39, 1.52]
	T2-T3	0.44 (1.20)	1.57	0.37 [-0.11, 0.84]
	T1-T3	1.00 (1.27)	3.69**	0.79 [0.30, 1.26]
ORI-DR-S mother	T1-T2	0.17 (0.92)	0.77	0.18 [-0.28, 0.64]
	T2-T3	0.32 (0.95)	1.43	0.34 [-0.14, 0.81]
	T1-T3	0.28 (0.83)	1.58	0.34 [-0.10, 0.75]
ORI-DR-S partner/ best friend	T1-T2	0.59 (1.23)	1.98 [†]	0.48 [-0.31, 0.98]
	T2-T3	0.19 (0.75)	1.00	0.25 [-0.25, 0.75]
	T1-T3	0.55 (1.19)	2.07 [†]	0.45 [-0.01, 0.90]
ORI-DR-S self	T1-T2	0.33 (0.77)	1.84 [†]	0.44 [-0.06, 0.91]
	T2-T3	-0.06 (1.06)	0.22	-0.05 [-0.51, 0.41]
	T1-T3	0.18 (0.96)	0.89	0.19 [-0.23, 0.61]

Note. M = mean; SD = standard deviation; d = Cohen's effect size parameter; CI = 95% confidence interval; [†] $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$ (two-tailed).

measured with the OQ-45, and the ORI-DR-S for father and mother using paired-samples *t*-tests (Tab. 3). Significant differences and a medium effect size were found between T1 and T2, as well as between T1 and T3, but not between T2 and T3. In line with previous findings on the differences between T1 and T3, the results of the OQ-45 underlined the improvement with less psychopathology at T3 besides a higher quality of object representation describing father. In addition, the results show a significant change between T1 and T2 for both level of psychopathology and quality of object representation of father. After investigating differences between ORI-DR-S scores for partner/best friend and self, it appears that the results for partner/best friend are in the same direction as those for father at a significance level just below 0.10 between T1-T2 and T1-T3. For self, ORI-DR-S ratings at T2 tended to be higher for self, but not for other comparisons.

Discussion

Our pilot study showed the DR-S rating scale to measure changes in the quality of object representations during psychoanalytic psychotherapy in the Netherlands, albeit on different interviews. The quality of father representations changed using the ORI-interview and that of mother using the AAI-questions. Although the quality of object representations was not related to the level of psychopathology, both changed over the three measurement points in the expected direction. We will further address this in more detail.

First, we have found support for the expectation that the DR-S rating scale can be used in two different interviews. However, there were unexpected results regarding the different ratings of the quality of object representations (QOR) for fathers and mothers on the AAI and DR-S. What might explain that the QOR of fathers changed more on the ORI interview and not on the AAI, whereas the ratings of mothers only changed significantly using the AAI questions? Two differences between the ORI and AAI might explain this finding. First, at intake, the average DR-S rating on the ORI for the father representations is relatively low compared to the QOR of mothers on the ORI (Tab. 2: 5.32 vs. 6.00), while the DR-S ratings on the AAI are relatively similar for fathers and mothers. Therefore, a significant change in QOR for fathers on the ORI is easier to obtain. Second, the ORI questions and the AAI questions differ in style and follow-up probing. The AAI-question explicitly asks to describe the relationship with the parent via five adjectives and to provide elaborate examples of early childhood experiences for each of them (Main et al., 2003). The ORI asks to describe significant others and only uses a follow-up question if the answer is very short (Blatt & Auerbach, 2003). In the ORI it is possible that the answers remain at the surface, are short (sometimes two-three sentences), and that the interviewer is more easily satisfied compared to the AAI. Perhaps, the results of the ORI-DR-S suggest that the description of fathers are less elaborate and more shallow at intake and gain

more depth during therapy whereas QOR of mothers are already more thorough and outspoken because they represent a more internalized object representation (e.g., Umemura et al., 2015). More research is needed to investigate, and possibly reduce, differences in style of follow-up questions between the ORI and AAI, in particular if answers are very short.

Second, we expected a higher level of psychopathology to relate to a lower level of QOR, but did not find this. In a study by Lindgren et al. (2010) with young adults, it also appeared that psychopathology and QOR were not related and followed different pathways during treatment. They found that the level of psychopathology changed most during treatment with a slight recurrence of problems during follow-up, whereas object relational variables changed least during treatment but continued to develop slightly during the follow-up period. In addition, the lack of findings might also be explained by qualitative differences between self-report outcome measures, such as the OQ-45, and the DR-S ratings by a trained informant on semi-structured interviews.

Third, results confirmed the expected changes in QOR and psychopathology during treatment. At the start of treatment, the DR-S ratings were in the same range as found in other research in residential settings (e.g., Lowyck, 2019). The population referred to the Dutch outpatient clinic were comparable to psychiatric norm groups for personality pathology but they reported lower levels of symptom distress (Berghout & Zevalkink, 2008). Higher DR-S ratings had been found in a small study ($N = 4$) by Calamares et al. (2016), in which patients started with a predominant ambivalent object-constancy at the start of psychoanalysis ($M = 6.2$) and consolidated constant representations of self and others at the end of psychoanalysis ($M = 7.5$). Interestingly and in line with other research, our results showed a flattening effect during treatment. In other words, we found a quick improvement between T1 and T2 for both QOR and psychopathology and not between T2 and T3 (Lindgren et al., 2010; Lowyck, 2019; Vermote et al., 2010).

Several limitations of the study have to be mentioned. First of all, the sample size of our pilot study was relatively low ($N = 22$). Most of the results were in the expected direction, but not all of them proved to be significant. Secondly, the consecutive measurements were limited to one year after the start of therapy, often before ending therapy, which reduces comparability to other studies (e.g., Lowyck, 2019). Although our results correspond with findings in residential treatments, they also differ because other studies often used a longer follow up period, and some of their participants differed in age, severity of psychopathology and setting of treatment compared to ours. Thirdly, we included ratings of the descriptions of partner/best friend and self, but the results were not very promising and even somewhat puzzling. Perhaps, similar to the AAI, it is indeed more relevant for the DR-S rating scale to mainly focus on the representations of both parents. Fourthly, our research can be characterized as practice-based, because it took place in a regular treat-

ment setting with minimal research facilities and funding, which led to some organizational issues and setbacks, for example in retrieving data. Nevertheless, thanks to our participating colleagues we succeeded in collecting the data. Finally, by studying the DR-S in psychoanalytic psychotherapy, this limits the generalizability of findings to other treatments. Nevertheless, this pilot study provides evidence that psychotherapy changes the quality of object representation in the expected direction.

Implications for practice. In order to monitor changes in personality functioning during treatment, clinicians might use the DR-S rating scale to assess the quality of the object representations for father and mother with a relatively short semi-structured interview, such as the ORI or the two AAI-questions.

References

- Aafjes-van Doorn, Kealy, D., Ehrenthal, J.C., Ogrodniczuk, J.S., Joyce, A.S. & Weber, R. (2019). Improving self-esteem through integrative group therapy for personality dysfunction: Investigating the role of the therapeutic alliance and quality of object relations. *Journal of Clinical Psychology, 75*, 2079–2094.
- Beebe, B. & Lachmann, F.M. (2014). *The origins of attachment. Infant research and adult treatment*. Routledge.
- Berghout, C.C. & Zevalkink, J. (2008). Identifying clinical cases among patients assigned to psychoanalytic treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic, 72*, 163–178.
- Berghout, C.C., Zevalkink, J., Katzko, M.W. & de Jong, J.T. (2011). Changes in symptoms and interpersonal problems during the first 2 years of long-term psychoanalytic psychotherapy and psychoanalysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 85*(2), 203–219.
- Bers, S.A., Besser, A., Harpaz-Rotem, I. & Blatt, S.J. (2013). An empirical exploration of the dynamics of anorexia nervosa. *Psychoanalytic Psychology, 30*, 188–209.
- Blatt, S.J. & Auerbach, J.S. (2001). Mental Representation, severe psychopathology, and the therapeutic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 49*, 113–149.
- Blatt, S.J. & Auerbach, J.S. (2003). Psychodynamic measures of therapeutic change. *Psychoanalytic Inquiry, 23*, 268–307.
- Blatt, S.J., Auerbach, J.S. & Behrends, R.S. (2008). Changes in the representation of self and significant others in the treatment process. Links between representation, internalization and mentalization. In E.L. Jurist, A. Slade & S. Bergner (Eds.), *Mind to mind. Infant research, neuroscience and psychoanalysis* (pp. 225–263). Other Press.
- Blatt, S.J., Chevron, E.S., Quinlan, D.M., Schaffer, C.E. & Wein, S. (1992). *The assessment of qualitative and structural dimensions of object representations*. Unpubl. research manual. Yale Univ.
- Blatt S.J., Stayner D.A., Auerbach J.S. & Behrends, R.S. (1996). Change in object and self-representations in long-term, intensive, inpatient treatment of seriously disturbed adolescents and young adults. *Psychiatry, 59*, 82–107.
- Blatt, S.J., Wein, S.J., Chevron, E. & Quinlan, D.M. (1979). Parental representations and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 88*, 388–397.
- Blatt, S.J., Zuroff, D.C., Hawley, L.L. & Auerbach, J.S. (2010). Predictors of sustained therapeutic change *Psychotherapy Research, 20*, 37–54.
- Calamaras, M.R., Reviere, S.L., Gallagher, K.E. & Kaslow, N.J. (2016). Changes in differentiation-relatedness during psychoanalysis. *Journal of Personality Assessment, 98*, 44–50.
- Caligor, E., Kernberg, O.F., Clarkin, J.F. & Yeomans, F.E. (2018). *Psychodynamic therapy for personality pathology. Treating self and interpersonal functioning*. APA Publ.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge.
- Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual II*. Clinical Psychometric Research.
- Diamond, D., Blatt, S.J., Stayner, D.A. & Kaslow, N.J. (2012). *Manual for the Differentiation-Relatedness Scale*. Unpubl. research manual. Yale Univ.
- Dirkx J., Zevalkink J. (2016) De beoordeling van de kwaliteit van objectrepresentaties. Betrouwbaarheid van de Differentiation-Relatedness Scale (DR-S) [Assessment of the quality of object representations. Reliability of the Differentiation-Relatedness Scale (DR-S)] *Tijdschrift voor psychotherapie, 42*, 36–50
- Gruen, R.J. & Blatt, S.J. (1990). Change in self- and object representation during long-term dynamically oriented treatment. *Psychoanalytic Psychology, 7*, 399–422.
- Harpaz-Rotem, I. & Blatt, S.J. (2005). Changes in representations of a self-designated significant other in long-term intensive inpatient treatment of seriously disturbed adolescents and young adults, *Psychiatry, 68*, 266–282.
- Harpaz-Rotem, I. & Blatt, S.J. (2009). A pathway to therapeutic change: Changes in self-representation in the treatment of adolescents and young adults, *Psychiatry, 72*, 32–49.
- Huprich, S.K., Auerbach, J.S., Porcerelli, J.H. & Bupp, L.L. (2016). Sidney Blatt's Object Relation Inventory: Contributions and future directions. *Journal of Personality Assessment, 98*, 30–43. <https://doi.org/10.1080/002.23891.2015.1099539>
- Lambert, M.J., Burlingame, G.M., Umphress, V., Hansen, N.B., Vermeersch, D.A., Clouse, G.C. & Yanchar, S.C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice, 3*(4), 249–258.
- Leuzinger-Bohleber, M., Solms, M. & Arnold, S.E. (2020). *Outcome research and the future of psychoanalysis. Clinicians and researchers in dialogue*. Routledge.
- Lindfors, O., Knekt, P., Heinonen, E. & Virtala, E. (2014). Self-concept and quality of object relations as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. *Journal of Affective Disorders, 152–154*, 202–211.
- Lindgren, A., Werbart, A. & Philips, B. (2010). Long-term outcome and post-treatment effects of psychoanalytic psychotherapy with young adults. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 83*, 27–43.
- Lowyck, B., Luyten, P., Verhaest, Y., Vandeneede, B. & Vermote, R. (2013). Levels of personality functioning and their association with clinical features and interpersonal functioning in patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 27*, 320–336.
- Lowyck, B. (2019). Zelf- en objectrepresentaties in de klinische psychotherapie [Self- and object-representations in residential psychotherapy]. *Tijdschrift voor Psychoanalyse & haar toepassingen, 25*, 37–48.
- Main, M., Goldwyn, R. & Hesse, E. (2003). *Adult Attachment Classification system, version 7.2*. Unpubl. protocol. Dep. of Psych, Univ. of California, Berkeley.
- Mullin, A.S., Hilsenroth, M.J., Gold, J. & Farber, B.A. (2017). Changes in object relations over the course of psychodynamic psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 24*, 501–511.
- Twomey, H.B., Kaslow, N.J. & Croft, S. (2000). Childhood maltreatment, object relations and suicidal behavior in women. *Psychoanalytic Psychology, 17*, 313–335.
- Umemura, T., Lacinova, L. & Macek, P. (2015). Is emerging adults' attachment preference for the romantic partner transferred from their attachment preferences for their mother, father, and friends? *Emerging Adulthood, 3*(3), 179–193.
- Vermote, R., Lowyck, B., Luyten, P., Vertommen, H., Corveleyn, J., Verhaest, Y., Stroobants, R., Vandeneede, B., Vansteelandt, K. & Peuskens, J. (2010). Process and outcome in psychodynamic hospitalization-based treatment for patients with a personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 198*, 110–115.

- Vermote, R., Lowyck B., Luyten, P., Verhaest, Y., Vertommen, H., Vandeneede, B., Corveleyn, J. & Peuskens, J. (2011). Patterns of inner change and their relation with patient characteristics and outcome in a psychoanalytic hospitalization-based treatment for personality disordered patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 303–313.
- Werbart, A. (2011). Changes in the representations of mother and father among young adults in psychoanalytic psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology*, 28, 95–116.
- Werbart, A., Brusell, L., Iggedal, R., Lavfors, K. & Widholm, A. (2016). Changes in selfrepresentation following psychoanalytic psychotherapy for young adults: A comparative typology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 64, 917–958.

The Authors

Jos Dirx, MD, is a psychiatrist, psychoanalyst, psychotherapist in private practice. He is a training and supervising psychoanalyst in the Dutch Psychoanalytical Society (NPaV). For the present research, he is affiliated PhD student at the Vrije Universiteit Amsterdam. He is chief edi-

tor of the *Tijdschrift voor Psychoanalyse en haar toepassingen*. He used to work at the Netherlands Psychoanalytic Institute (NPI) in Utrecht where the research was conducted. <https://orcid.org/0000-0003-0604-5173>

Jolien Zevalkink, PhD, is senior lecturer at the Department of Psychology, Vrije Universiteit Amsterdam is a developmental psychologist and social anthropologist. While working at NPI, she developed a routine outcome monitoring system that aims to follow the progress of patients before and during psychoanalytic treatment. She is the author of several papers in the field of developmental psychology and psychotherapy research. <https://orcid.org/0000-0002-8625-4604>

Contact

Jos Dirx
Biltstraat 134
NL-3572 BL Utrecht
jos.dirx@planet.nl

Mesurer les changements survenus dans les représentations de la qualité d'objet pendant le traitement psychanalytique

Une étude pilote aux Pays-Bas

Jos Dirkx & Jolien Zevalkink

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (2) 2023 37–38

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-2-37>

Mots clés : représentations d'objet, psychothérapie psychanalytique, changement structurel

Dans cette étude pilote, nous avons examiné si la qualité de représentations d'objets – telle que mesurée avec deux instruments – s'est améliorée pour les patients adultes en psychothérapie psychanalytique aux Pays-Bas à l'instar de ce qui a été constaté dans d'autres pays. Nous avons suivi 22 patients pendant leur psychothérapie psychanalytique afin de surveiller les changements survenus dans leurs représentations de la qualité d'objet (père, mère, partenaire/meilleur ami, soi-même) et le niveau de psychopathologie (OQ-45). La mesure de la qualité de ces représentations d'objet à différents moments dans le temps peut être considérée comme un paramètre du changement structurel en psychothérapie psychanalytique. Le changement structurel a été défini comme : « transformations psychologiques en cours des représentations d'objet et de soi-même, le «monde intérieur» des patients, qui sont étroitement liées à la capacité à mentaliser » (Leuzinger-Bohleber et al., 2020, p. 149). Nous avons par conséquent considéré que la qualité de représentations d'objet était un paramètre du changement structurel en psychothérapie psychanalytique dans le sens du cadre théorique de Blatt et collègues (Blatt & Auerbach, 2003). Les transformations psychologiques en cours de ces représentations d'objet peuvent conduire à une organisation de la personnalité plus intégrée et positive.

Nous avons utilisé pour l'évaluation la Differentiation-Relatedness Scale (DR-S, échelle de différenciation-parenté), qui est une échelle de note en dix points destinée à mesurer la force de la différenciation de, et de la parenté avec d'autres personnes importantes. La DR-S a été utilisée pour évaluer les réponses dans le cadre de deux interviews semi-structurés : l'Objet Relation Inventory (ORI, inventaire de relation d'objet) et de deux questions de l'Adult Attachment Interview (AAI, interview d'attachement adulte). La DR-S est généralement utilisée en combinaison avec l'ORI. L'ORI demande de décrire un parent de façon déstructurée, alors que l'AAI demande de donner cinq adjectifs pour

qualifier leur relation pendant l'enfance respectivement avec la mère et le père.

Les résultats ont montré qu'après une année de traitement de pratique clinique régulière, la qualité de représentations d'objet des patients s'est améliorée et que leur niveau de psychopathologie a baissé. Ces résultats étaient généralement en phase avec les études réalisées dans d'autres pays. Quelques questions sont cependant restées sans réponse. Il s'est avéré que la qualité de représentations d'objet de pères n'a changé de façon significative qu'en utilisant l'interview ORI et pas sur l'AAI, alors que les notes des mères n'a changé de façon significative qu'en utilisant les questions AAI. Les explications possibles à cela peuvent être doubles. Nous avons tout d'abord trouvé que la note moyenne pour la qualité de représentations d'objet de pères était inférieure en utilisant l'interview ORI en comparaison avec celle des mères, mais pas de la même manière sur les questions AAI. Pour cette raison, les faibles notes attribuées aux pères au début du traitement en utilisant l'interview ORI peuvent avoir eu davantage de marge d'amélioration. En second lieu, bien que l'issue des notations étaient comparables entre les deux interviews, les constatations inattendues peuvent toujours être expliquées par des différences de style et de suivi dans les deux interviews. Il est possible que dans l'ORI les réponses restent superficielles, soient courtes (parfois deux-trois phrases), et que la personne réalisant l'interview soit plus facilement satisfaite en comparaison de l'AAI dans laquelle la personne réalisant l'interview demande explicitement de décrire la relation avec le parent et pour fournir des exemples élaborés d'expériences faites dans la petite enfance pour chacun d'entre eux. Il est nécessaire de faire des recherches plus poussées, et si possible de réduire des différences de style dans les questions de suivi entre l'ORI et l'AAI, en particulier si les réponses sont très courtes.

En dépit de quelques lacunes, telles que le nombre relativement bas de patients participants et le manque de suivi après la thérapie, la DR-S en combinaison avec l'ORI

ainsi que les questions AAI semblent être un instrument utile aux cliniciens pour surveiller les changements survenus dans la qualité de représentations d'objet pendant une psychothérapie psychanalytique. Les deux interviews et l'échelle de notation sont relativement faciles à utiliser après une formation et ne prennent pas beaucoup de temps à administrer. Pour surveiller les changements dans le fonctionnement de la personnalité pendant le traitement, les cliniciens peuvent utiliser l'échelle de notation DR-S pour évaluer la qualité des représentations d'objet pour le père et la mère avec un interview semi-structuré relativement court, tel que l'ORI ou les deux questions AAI. Néanmoins, cette étude pilote fournit la preuve que la psychothérapie change la qualité des représentations d'objet dans la direction attendue.

Les auteurs

Jos Dirkx, MD, est un psychiatre, psychanalyste, psychothérapeute en cabinet privé. C'est un psychanalyste de formation et de supervision dans la Dutch Psychoanalytical Society (NPaV). Pour la présente recherche, il est un étudiant PhD

affilié à la Vrije Universiteit Amsterdam. Il est rédacteur en chef du *Tijdschrift voor Psychoanalyse en haar toepassingen*. Il travaillait habituellement au Netherlands Psychoanalytic Institute (NPI) à Utrecht où cette recherche a été menée. <https://orcid.org/0000-0003-0604-5173>

Jolien Zevalkink, PhD, maître de conférences au département de psychologie, Vrije Universiteit Amsterdam et, est psychologue du développement et anthropologue sociale. Tout en travaillant au NPI, elle a développé un système de surveillance de résultats de routine qui vise à suivre le progrès de patients avant et pendant le traitement psychanalytique. Elle est l'auteure de différents articles dans le domaine de la psychologie du développement et de la recherche en psychothérapie. <https://orcid.org/0000-0002-8625-4604>

Contact

Jos Dirkx
Biltstraat 134
NL-3572 BL Utrecht
jos.dirkx@planet.nl

Erschöpfungsdepressionen

Zur zeitlich-dynamischen Erfassung von Krankheitsverläufen

Stefan Paulus

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (2) 2023 39–45

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-2-39>

Zusammenfassung: Grundlage für die folgenden Ausführungen bilden die zentralen Bezugspunkte und Ergebnisse des durch den Schweizer Nationalfond (SNF) geförderten Grundlagenforschungsprojekts zu «Psychosozialen Risiken in der Arbeitswelt» (Projekt 10001A_178934) sowie des Innosuisse Projekts «SELBA» (Selbst Arbeitsbelastungen und Arbeitsbeanspruchungen erkennen, verstehen, verändern und monitoren) (Projekt 53268.1 IP-LS) in Zusammenarbeit mit der Psychosomatischen Rehaklinik Gais. Ziel war die Entwicklung einer Gefährdungsbeurteilung psychosozialer Risiken in der Erwerbs- und Sorgearbeit mit einem besonderen Fokus auf dynamische Interdependenzen zwischen strukturellen Arbeitsbelastungen und subjektiv empfundenen Arbeitsbeanspruchungen. Ein Ergebnis dieses Projektes ist – neben der Entwicklung einer formativen Gefährdungsbeurteilung – die systemdynamische Erfassung und Darstellung psychosozialer Gefährdungen und Krankheitsverläufe von Erschöpfungsdepressionen.

Schlüsselwörter: Gefährdungsbeurteilung, Subjektwissenschaft, Transaktionales Stressmodell, Psychosoziale Risiken, Systemdynamik, Selbstmonitoring

Einleitung

Aktuelle Erkenntnisinteressen in der Arbeitsforschung und der daran beteiligten Disziplinen als auch im psychotherapeutischen Setting liegen darin begründet, zu verstehen, wie Dynamiken von strukturellen Arbeitsbelastungen mit lebenslagenspezifischen Belastungen und subjektiven Bewältigungsstrategien korrespondieren. Der aktuelle Forschungsstand zeigt, dass es für die Früherkennung psychosozialer Risiken sowie Beurteilung von Gefährdungskonstellationen multivariater Sichtweisen und Erkenntnismodelle bedarf (Paulus, 2018, 2022). Aus dieser Ausgangslage leiten sich Forschungsfragen ab, die gleichzeitig auch für diesen Artikel relevant sind:

- Welche Konstellationen und Dynamiken von Arbeitsbelastungen in Wechselwirkung mit spezifischen Lebenslagen ergeben gesundheitsgefährdende und -erhaltende Arbeitsbeanspruchungen?
- Wie sehen dynamische gesundheitsgefährdende und -erhaltende Bewältigungsstrategien aus?

Mit dieser Fragestellung wurde im Projekt die Wechselwirkungen von erwerbsarbeits-, sorgearbeits- und lebenslagenspezifischen Faktoren mit individuellen Dynamiken sowie risikoreichen Verhaltensentscheidungen untersucht, um ein theoretisches Regelwerk resp. Verhaltensmodelle abzuleiten, die als Grundlage für Gefährdungsbeurteilungen in der Praxis dienen. Auf die partizipative Entwicklung, den Prozess als auch die Anwendung der formativen Gefährdungsbeurteilung wird hier nicht weiter eingegangen (für eine ausführliche Darstellung vgl. Paulus et al., 2023). Im Zentrum dieses Artikels stehen die methodologischen und methodischen Zugänge sowie die Darstellung der arche-

typischen resp. generischen systemdynamischen Modelle als auch ihre Nutzungspotenziale für die Psychotherapie.

Methodologische und methodische Zugänge

Mittels 18 leitfadengestützter Interviews mit Patient*innen der Rehaklinik Gais sowie fünf Workshops mit Patient*innen, dem gesamten Psychosomatikteam und dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Leitungsteam der Klinik Gais wurden Daten zu subjektiven Sinnkonstruktionen von Wirkungszusammenhängen, gesundheitsgefährdende sowie gesundheitserhaltende Bewältigungsmuster von psychosozialen Risiken gesammelt und ausgewertet.¹

Die Entwicklung der Interviewleitfäden stützt sich auf das Konzept der theoretischen Sensibilität (Strauss & Corbin, 1996) und baut auf eine theoretische Fundierung aus der subjektwissenschaftlichen Arbeitsforschung (Paulus et al., 2020) auf. Im Wesentlichen berühren die Interviewleitfragen und Workshops folgende Themenkomplexe: 1. Bedingungen des täglichen Lebens mit Fokus auf Erwerbs- und Sorgearbeitsbelastungen, 2. Bewältigungsstrategien Handlungsmuster und Handlungsbegründung und 3. zeitliche Dimension psychosozialer Belastungssituationen. Ziel ist dabei, die Repräsentativität der risikoreichen Konstellationen und Bewältigungsmuster resp. «Prozessmuster» (Schiepek, 2020) in ihren variierenden Formen zu erfassen. Als zusätzliches Erhebungsinstrument wurden in den Interviews mit Patient*innen als auch in den Workshops zeitliche Verläufe grafisch erfasst. Mittels vorge-

1 Besten Dank hierzu an Marisa Arn, Jasmin Rabensteiner, Thomas Schmid, Elke Weber, Adrian Stämpfli und Alexander Scheidegger sowie Frank Zimmerhackl und Thomas Egger.

Bedingungen (1)	Beanspruchungs- folge (2)	Bedeutungen (3) (Normen, Werte, Gesellschaftliche Rollenanforderungen)	Begründungen (Z. B. selbstschädigendes Coping, negative Konfliktbewältigung)	Ressource (Z. B. Fehlende Hilfsmittel, Unterstützung, Strategien, Lösungsansätze)
<p>Inhalt: Hohe Intensität der Sorge- und Erwerbsarbeit</p> <p><i>"Ähm, ich denke, der Druck, also jetzt ausser, äh, so gewisse Spitzen, aber der Druck ist eigentlich bis im September geblieben, also wir haben noch keinen Mitarbeiter gehabt, ist noch die Suche gewesen; und gewisse Leute haben immer noch, natürlich stark gelitten, dass wir den alten überhaupt haben gehen lassen, ähm, die Tochter ist noch lange nicht über dem Berg gewesen und so, also, ich würde es jetzt so vom Bild her brauchen, dieser, dieser Druck, auch der äussere Druck, ist geblieben bis im September //mhm (bejahend)//, weil ich habe die müssen irgendwie „handeln“ und lösen, und im September habe ich es einfach mal können wegschieben und sagen: „Ich bin jetzt, ich bin dann mal weg!“ //mhm (bejahend)//, ähm, ja, so ein bisschen"</i></p> <p>Code: Bedingung (psychosoziale Risikokonstellationen) \Auslösende Faktoren\ Stress\Erwartungsdruck</p> <p>(PSR_be_transkript_interview5, Pos. 46)</p>	<p>Inhalt: Angstzustände, Schwindel</p> <p><i>"Ich habe es dann nochmal einmal probiert auf der Autobahn, ich habe keine Chance mehr gehabt, ich habe nicht mehr können über 100 fahren, es, das ist einfach, eben, es ist eine Form von, ich habe dort das Gefühl gehabt: „Ich habe wie eine Absenz oder einen Schwindel!“, ähm, aber ich glaube, ich vermute, es ist eine Form von Platzangst gewesen, die, die gekommen ist [...]"</i></p> <p>Code: Bedingungen (psychosoziale Risikokonstellationen) \Auslösende Faktoren\Physische Gesundheit\Absent sein</p> <p>(PSR_be_transkript_interview5, Pos. 13)</p> <p>Kognitive Einschränkung</p> <p><i>"äh, wie sagt man, ähm, jetzt finde ich grad das Wort nicht mehr – das ist übrigens noch eine Nachwirkung auch vom, vom Burnout, habe ich den Eindruck, dass das Gehirn nicht, nicht ganz so schnell funktioniert //mhm (bejahend), mhm (bejahend)// wie vorher, aber ähm, oder ich manchmal auch das Zeug nicht ganz finde, äh, die Wörter – aber eben [...]"</i></p> <p>Code: Belastungsfolgen\Kognitive Einschränkungen</p> <p>(PSR_be_transkript_interview5, Pos. 13)</p>	<p>Inhalt: Bedürfniskonflikt</p> <p><i>"Also das ist einer, und dann, in dem drinnen halt, eben, meine, ähm, meine, äh, Persönlichkeit, die verschiedene Antreiber in sich drinnen hat, zum Beispiel: Ich will immer alles sofort erledigen, alle aus-, ich tue gerne Probleme lösen, aber man muss sie sofort angehen, immer alle, ähm, ich habe viel gearbeitet, um überhaupt dabei zu sein, bei den Leuten zu sein, weil dort, wo ich ja nicht mitarbeite, dort bin ich nicht bei den Leuten, ich weiss nicht, was abläuft und so, äh, ich habe wahrscheinlich, äh, eben ein bisschen Mühe mit, äh, aus dem heraus, die Leute haben mir attestiert, vielmal ein bisschen, ich hätte Mühe zum Abgeben, aber, ähm, bei mir ist es eigentlich mehr: Ich habe Mühe, nicht dabei zu sein und nicht spüren, was abläuft, aber ja, wie auch immer. Und dann habe ich eben auch noch den Antreiber gehabt, wie ich schon angetö-, angetönt habe, ich, ähm, ich will die unproduktiven Stunden ausgleichen mit mehr arbeiten, oder, äh, eben, um können mal ein bisschen frei zu sein"</i></p> <p>Code: Bedingungen (psychosoziale Risikokonstellationen) \Auslösende Faktoren\Arbeitsbedingungen\Lange Arbeitszeiten</p> <p>(PSR_be_transkript_interview5, Pos. 36)</p>	<p>Inhalt: Unterwerfung (Es allen recht machen wollen)</p> <p><i>"[...] viele Leute und so, ähm, von denen man dann eben beobachtet, beurteilt, kritisiert wird und so, und wir haben den aber dann entlassen, das ist schon schwierig in sich, auch psychologisch, und nachher haben wir anderthalb Jahre lang – ja, äh, nein, eher noch zwei, drei Jahre lang, äh – einen gesucht wieder, der passt, und nicht gefunden, und ich habe ja dann in dieser Zeit halt dann wie, äh, also A, die ganze Arbeit gehabt, grundsätzlich, und noch mir zusätzlich den Stress gemacht, dass ich diese will gut machen, ähm, damit möglichst wenige Leute dann noch, äh, kritisieren, ähm, oder Grund haben zum Leiden oder so, und, äh, in dem drinnen, eben, ist so eine Dreifachbelastung gewesen: Wir haben jemanden entlassen und das müssen ständig rechtfertigen, wir, ich bin alleine gewesen in einer grösseren Geschichte, und wir haben noch immer wieder Bewerbungsgespräche müssen haben, ich habe auch müssen an andere Orte schauen gehen müssen, Leute kennen lernen gehen, es ist so ein bisschen eine Arbeitslast gewesen, bei der ich muss d-, an den Kopf lagen: Das ist gar nicht möglich gewesen, das ist, äh, das ist ein unmögliches Teil"</i></p> <p>Code: Bedingungen (psychosoziale Risikokonstellationen) \Auslösende Faktoren\ Stress\Erwartungsdruck</p> <p>(PSR_be_transkript_interview5, Pos. 35)</p>	<p>Inhalt: Keine Pausen, kein Vorgesetzter der auf eine Arbeitsstrukturierung besteht</p> <p><i>"[...] und das andere, was vielleicht schon gut getan hätte, wenn ich, ähm, äh, wenn ich vielleicht ein bisschen mehr Pausen oder Ferien zugesprochen über-, hätte, – bekommen hätte von aussen, also, wenn zum Beispiel mein Chef gekommen wäre und hätte gesagt: „Hey, ich sehe, du arbeitest gut und arbeitest viel, arbeitest eher zu viel, ähm, du darfst zwei Wochen zusätzlich weggehen!“, oder irgendwie so //mhm (bejahend)//. Ich glaube, das hätte können helfen, ob es die Lösung gewesen wäre, bin ich schon nicht ganz sicher, also, es, die Gefahr wäre gross gewesen, dass ich nachher vielleicht wieder ein bisschen dreingestiegen wäre."</i></p> <p>Code: Mehr Pausen oder Ferien zugesprochen bekommen</p> <p>(PSR_be_transkript_interview5, Pos. 105)</p>

Abb. 2: Auswertung mit Regelinduktionsmatrix

Diese Regel beinhaltet eine sich selbst verstärkende Dynamik eines sinkenden Energieniveaus. Wir haben die Regel dem Systemarchetypen *Scheiternde Korrekturen* zugeordnet: Bei diesem Handlungsmuster kommt es zur Anwendung einer Scheinlösung. Statt sich dem Problem der hohen Arbeitsintensität zu widmen, wird ein anderes Problem erzeugt (Unterordnen), das zum Ausbleiben einer effektiven Problemlösung und zusätzlich zeitverzögert zu einer unerwarteten Verschlimmerung des bestehenden Problems führt. Eine Lösung des Scheinproblems kann durch eine Fehlersuche behoben werden. Unveränderte Probleme nach wiederholten Veränderungen deuten auf weitere Scheinlösungen hin.

Im Folgenden werden nun weitere Regeln nach diesem Schema auf der Basis der Auswertung mit der Regelinduktionsmatrix dargestellt:

Regel 2: Grenzen des Wachstums. Wenn man den eigenen Erwartungen an die Arbeit nicht gerecht zu wird, Arbeitsinhalte und Aufgaben nicht genug interessant sind oder man überqualifiziert ist → Dann kann eine berufliche Perspektivlosigkeit eintreten, die weiter zu einem Antriebsmangel führt → Deshalb können Probleme mit Arbeitgebenden auftreten und Arbeitsplatzunsicherheit entstehen.

Dieser Systemarchetyp *Grenzen des Wachstums* beschreibt einen sich selbst verstärkenden Kreislauf, der solange sukzessive genährt wird, bis die Nutzungsgrenze erreicht ist. Die Lösung liegt nicht im Haushalten mit limitierten Ressourcen, sondern im Umsteigen auf erneuerbare Ressourcen (Weiterbildung) mit einer Langzeitstrategie (neue Aufgaben oder Jobwechsel), um die Zufriedenheitsrate zu erhalten oder zu steigern.

Regel 3: Ungewollte Gegnerschaft. Wenn sich die Zusammenarbeit von Vorgesetzten und Arbeitnehmenden oder zwischen Paaren schwierig gestaltet → Dann hat das Auswirkungen auf die Beziehung → Weil persönliche Ideale sich erschöpfen oder eine Kluft von Wunsch und Realität entsteht, wenn mehrere Personen keine gemeinsame Vorstellung entwickeln, wie Arbeit organisiert werden kann → Aufgrund dessen verschlechtert sich der eigene Zustand und die Situation in der Familie und/oder Arbeitsstelle.

Dieser Systemarchetyp *Ungewollte Gegnerschaft* beschreibt eine scheinbar paradoxe Problematik bei einer gegenseitigen Hemmung bei zu enger Kooperation durch die Abhängigkeit von gemeinsamen Ressourcen. Eine Lösung liegt in einer kooperativen Strategie. Diese ist möglich, indem Beziehungen räumlich/sozial getrennt werden, Ziele mit unterschiedlichen Ressourcen erreicht werden können oder Idealvorstellungen angepasst werden.

Regel 4: Zeitverzögerte Balance. Wenn man aufgrund von belastenden finanziellen Verhältnissen oder aus Anerkennungsgründen möglichst schnell oder viele Aufträge annimmt → Dann kann das dazu führen, dass diese zu wenig anspruchsvoll sind oder es zeitverzögert zu einer hohen Arbeitsintensität kommt → Deshalb versucht man durch Vermeidung und oder Überbelastung die Situation zu meistern → Aufgrund dessen verstärkt sich die Frustration bei Kund*innen/Arbeitgebenden und im familiären Umfeld.

Dieser Systemarchetyp *Zeitverzögerte Balance* beschreibt eine zeitliche Verzögerung aufgrund eines ausgebliebenen angestrebten Zustands, was dazu führen kann, dass über das Ziel hinausgeschossen wird und dadurch eine ungewollte verstärkende Rückkopplung entsteht. Statt eine strukturelle Verbesserung zu entwickeln, wird auf verhaltensmässige Problemlösungsstrategien zurückgegriffen. Durch andauernde symptomatische Problemlösungsstrategien kumulieren sich Nebenwirkungen und neue Probleme entstehen durch die symptomatischen Problemlösungsstrategien. Die Lösung des problematischen Verhaltens liegt im Verständnis der beeinflussenden Faktoren und dem vorsichtigeren Dosieren eigener Handlungen und im regelmässigen Selbstmonitoring, um kurzfristige und symptomatische Bewältigungsstrategien als Scheinlösungen zu entlarven.

Regel 5: Abrutschende Ziele. Wenn man mit gesundheitlichen Problemen zu kämpfen hat und die Situation anders deutet und kontraproduktiv handelt → Weil man sich keine Hilfe holt oder sich selbst mit Alkohol/Drogen medikamentiert → Dann können sich gesundheitliche Probleme verstärken, soziale Kontakte reduzieren, Freude abnehmen → Weil man aufgrund von fehlender Erfahrung und Wissen über psychische Erkrankungen Lösungsansätze verfehlt.

Dieser Systemarchetyp *Abrutschende Ziele* beschreibt über einen Soll-Ist-Vergleich einen handlungsgeregelten und einen erwartungsgeregelten Zusammenhang, der über die Handlungsergebnisse und Zielsetzungen nicht balanciert werden kann. Führen Handlungen nicht in angemessener Zeit zum Erfolg, erhöht sich die Problematik und das Ziel rutscht ab. Die Lösung kann im Absenken von Zielen liegen, aber wenn Ziele erreichbar wären, müssten die Strukturen verändert werden, die den Druck erzeugen.

Regel 6: Eskalation. Wenn bei der Arbeit ein ungünstiges Führungsverhalten herrscht und man Ausbeutung und/oder Gewalt erlebt → Dann kann dies zu Integritätsverletzungen führen → Wenn man der Situation nicht entkommen kann, da man auf Lohn angewiesen ist → Dann versucht man mit Gegengewalt zu antworten oder mithilfe von Schlafmitteln, Alkohol oder Selbsttötung der Situation zu entfliehen.

Dieser Systemarchetyp *Eskalation* beschreibt eine verstärkende Rückkopplung zweier unheilvoller Verhaltensweisen. Die Eskalation liegt darin, dass ein Verhalten das andere Verhalten dominieren möchte. Die Eskalation kann nur dann vorzeitig beendet werden, wenn beide Seiten sich auf eine gemeinsame Strategie einigen oder eine Seite die Situation sozialräumlich verlässt.

Regel 7: Misserfolg den Erfolglosen. Wenn Kolleg*innen in Konkurrenz um die gleichen begrenzten Ressourcen stehen → Dann wird langfristig die erfolgreiche Strategie noch erfolgreicher → Weil die weniger erfolgreiche Strategie langfristig weniger von den begrenzten Ressourcen zur Verfügung steht → Deshalb kann es bei weniger erfolgreichen Kolleg*in zu einer höheren Arbeitsbelastung und -beanspruchung führen.

Solche Grundstrukturen dienen z. B. dazu, dass Nutzende spielerisch, durch ausprobieren verschiedener Optionen, in vereinfachten Versionen der CLD sich ihr Lebensführungssystem und unterschiedliche Handlungsoptionen erschliessen können. Exemplarisch wird hier das einfache und interaktive CLD-Modell «Risiko Burnout» aufgezeigt (Abb. 4; Stämpfli & Paulus, 2018).

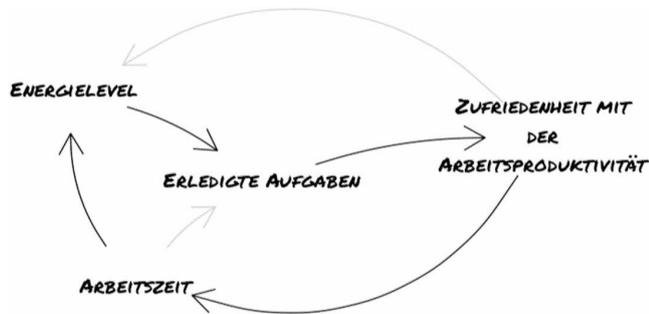


Abb. 4: CLD «Risiko Burnout»

Dieses Modell und weitere interaktive Modelle «Risiko Entgrenzung durch flexible Arbeitszeiten», «Risiko Gleichberechtigung», «Rollenkonflikte» und «Problemverschiebung» sind hier zu erreichen: <https://www.ost.ch/de/forschung-und-dienstleistungen/soziale-arbeit/ifsar-institut-fuer-soziale-arbeit-und-raeume/integration-und-arbeit/work-life-balance-40/wirkungszusammenhaenge>.

Derart entwickelte generische Muster haben neben der Veranschaulichung der Folgen bestimmter Handlungen auch einen Wirkungs- und Lerneffekt für Nutzende: Vom Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) in Bern wurden diese Wirkmodelle evaluiert (Stettler & Gerber, 2021). Hierzu wurden u. a. 323 Personen zu ihrer persönlichen Situation bezüglich Arbeitsbelastungen und zu diesen Wirkmodellen befragt. Einige konnten einen Monat später erneut befragt werden, um zu erfahren, ob sich ihre Wahrnehmung dieses Themas geändert hatte. Grundsätzlich, so Stettler und Gerber (ebd., S. 12ff.), hat die Auseinandersetzung mit den Wirkzusammenhängen bei den Teilnehmenden tatsächlich Effekte ausgelöst. Gemäss 86 % der Teilnehmenden sind die entwickelten Wirkmodelle eine geeignete Form, um Herausforderungen und mögliche Lösungsstrategien aufzuzeigen. In der Nachbefragung gab eine grosse Mehrheit der Befragten an, sich im Zeitraum seit der Hauptbefragung (ca. 1 Monat) Gedanken über die eigene Situation (81 %) sowie über das Thema Work-Life-Balance (56 %) gemacht zu haben. 42 % haben sich mit Personen aus ihrem Umfeld dazu ausgetauscht. Jede*r viert*e Befragte gab an, seit der Nutzung der CLDs die eigene Lebenssituation verändert zu haben (24 %) oder mit dem eigenen Umfeld über konkrete Veränderungen gesprochen zu haben (26 %). Jede*r fünfte Befragte (19 %) sprach mit Vorgesetzten über konkrete Veränderungen der Arbeitsbedingungen.

Fazit

Die Kenntnis solcher Grundstrukturen resp. -modelle ermöglicht das Erkennen von Gefährdungskonstellationen verschiedenster Arbeits- und Verhaltenssysteme und schafft dadurch eine Grundlage für eine effektive Steuerung des Lebensführungssystems. Die Modellierungen können Hinweise liefern, wie sich einerseits die praktischen Lebensvollzüge der Individuen in historisch-konkreten Konstellationen als «Möglichkeitenverallgemeinerung» (Holzkamp, 1983, S. 545) beschreiben lassen. Andererseits lässt sich mit diesen Modellen auch beschreiben, welche Lebensbedingungen zum jeweiligen Verhalten von Subjekten objektiv möglichen- und handlungseinschränkend sind. Die am Ende resultierenden systemdynamischen Modelle psychosozialer Risiken können als Grundlage für die Einschätzung von Gefährdungen eingesetzt werden, wenn die Beurteilung in einem Prozess einer partizipativen Gefährdungsbeurteilung resp. im psychotherapeutischen Setting stattfindet, um mit Personen an der Rekonstruktion ihrer stressverursachenden Lebenslage zu arbeiten. Eine partizipative resp. durch Subjekte vorgenommene formative Gefährdungsbeurteilung ist allerdings notwendig, da Menschen nicht im Durchschnitt existieren (Markard, 1993) und Stress unterschiedlich verarbeiten (Lazarus, 1999; Paulus et al., 2023). Das Erkennen solcher Wenn-dann-Verbindungen (s. a. Laing, 1989) haben für den psychotherapeutischen Einsatz einen hohen Stellenwert, da sie es ermöglichen, dass Patient*innen selbst Wechselwirkungen von Lebensbedingungen und Reaktionen darauf resp. Handlungsbegründungen erkennen, verstehen und verändern können.

Im Projektverlauf wurden die Erkenntnisse zu den Ursache-Wirkungsrelationen in eine webbasierte formative Gefährdungsbeurteilung übertragen (Paulus et al., 2023) und stehen im Rahmen einer psychotherapeutischen Blendet Therapie als Anwendung zur Verfügung. In diesem Prozess der Gefährdungsbeurteilung können Patient*innen und Therapeut*innen ein individuelles Gefährdungsszenario erfassen. Die App bildet die besprochenen Gefährdungskonstellationen personalisiert ab. Dabei erkunden Patient*innen auf der Basis ihrer Ursache-Wirkungsnarrativen und selbst erfassten Zeitreihendaten zu Arbeitsbelastungen, -beanspruchungen, Bewältigungsstrategien, Ressourcen, individuellen Lebenszielen personalisierte Gefährdungsszenarien, Frühwarnindikatoren und gesundheitserhaltende/-fördernde Szenarien. Sie können sich in der App Ziele setzen und Ressourcen festlegen, die sie braucht, um ein salutogenes Szenario zu erreichen. In einem individuell festgelegten Intervall nehmen sie dann Soll-Ist-Vergleiche vor und wiederholen das Selbstmonitoring (Adhärenz). Die prospektive resp. dynamische bzw. zeitsensible Ausrichtung des individuellen Gefährdungsszenarios erlaubt es ihnen, über die unmittelbare Bewältigung des Alltags hinausblicken und sich im Hinblick auf einen längeren Zeithorizont (mehrere Wochen, Monate bis Jahre) selbst in ihrem Alltag zu beobachten und Gefährdungen frühzeitig durch Mustererkennung resp. durch Frühwarnindikatoren vorwegzunehmen und entsprechend verhaltens- oder verhältnispräventiv vorzugehen.

Literatur

- Holzkamp, K. (1983). *Grundlegung der Psychologie*. Campus.
- Laing, R. D. (1989). *Knoten*. Rowohlt.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and Emotion. A new Synthesis*. Free Association Books.
- Markard, M. (1993). *Methodik subjektwissenschaftlicher Forschung*. Argument.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Beltz.
- Paulus, S. (2018). Gefährdungsbeurteilungen von psychosozialen Risiken in der Arbeitswelt. Zum Stand der Forschung. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 73(2). <https://doi.org/10.1007/s41449-018-0117-8>
- Paulus, S. (2022). Erkennen und Bewerten von psychosozialen Gefährdungen in der Arbeitswelt – Aktuelle Herausforderungen für die (betriebliche) Soziale Arbeit. Baumgartner, E. (Hg.), *Betriebliche Soziale Arbeit in der Schweiz – Geschichte, aktueller Stand und Herausforderungen* (S. 76–88). Beltz.
- Paulus, S., Möhr, A., Ravagli, M., Stämpfli, A., Schmid, T. & Mettler, C. (2020). Perspektiven eines Forschungsprogramms subjektwissenschaftlicher Arbeitsforschung. <http://doi.org/10.5281/zenodo.4084869>
- Paulus, S., Scheidegger, A., Rabensteiner, J. & Egger, T., (2023). Psychosocial risks in the working environment: Approaches to formative risk assessment. *ScienceOpen*. <https://doi.org/10.14293/S2199-1006.1.SOR-PPWS63S.v1>
- Richardson, G. P. (2003). *Feedback thought in social science and systems theory*. Univ. of Pennsylvania Press.
- Schiepek, G. (2020). Depression – ein komplexes dynamisches System. In: *Psychotherapie-Wissenschaft*, 10(2). <https://doi.org/10.30820/1664-9583-2020-2-49>
- Senge, P. M. (2006). *The fifth discipline. The art and practice of the learning organization*. Doubleday.
- Stämpfli, A. & Paulus, S. (2018.). Wirkzusammenhang 1) Modell Burnout. <https://fhsg.shinyapps.io/burnout>.
- Stettler, P. & Gerber, C. (2021). *Akzeptanz und Wirkungspotential von Sciencetainment im Projekt Work-Life-Balance 4.0*. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG. https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2021/2021_OST_IFSAR_Schlussbericht_WLB40pdf.pdf.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. (1996). *Grounded theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Beltz.

Fatigue depression

On the temporal-dynamic recording of disease progression

Abstract: The following explanations are based on the central reference points and results of the basic research project on «Psychosocial risks in the world of work» (project 10001A_178934) funded by the Swiss National Science Foundation (SNSF) and the Innosuisse project «SELBA» (recognise, understand, change and monitor self-work stresses and work stresses) (project 53268.1 IP-LS) in cooperation with the Psychosomatic Rehabilitation Clinic Gais. The purpose was to develop a risk assessment of psychosocial risks in gainful employment and care work with a special focus on dynamic interdependencies between structural work stresses and subjectively perceived work stresses. One result of this project – in addition to the development of a formative risk assessment – is the system-dynamic recording and presentation of psychosocial hazards and disease processes of fatigue depression.

Keywords: risk assessment, subject science, transactional stress model, psychosocial risks, system dynamics, self-monitoring

Forme di depressione da esaurimento

Registrazione dinamico-temporale del decorso della malattia

Riassunto: Quanto di seguito esposto si basa sui punti di riferimento centrali e sui risultati del progetto di ricerca «Rischi psicosociali nel mondo del lavoro» (progetto 10001A_178934) finanziato dal Fondo Nazionale Svizzero per la Ricerca Scientifica (FNS) e dal progetto Innosuisse «SELBA» (Auto riconoscimento, comprensione, cambiamento e monitoraggio dello stress-lavoro correlato) (progetto 53268.1 IP-LS) in collaborazione con la Clinica di Riabilitazione Psicosomatica Gais. L'obiettivo è stato sviluppare una valutazione dei rischi psicosociali nel lavoro retribuito e nel lavoro assistenziale, con particolare attenzione alle interdipendenze dinamiche tra stress lavorativi strutturali e stress lavorativi percepiti soggettivamente. Un risultato di questo progetto, oltre allo sviluppo di una valutazione formativa dei rischi, è la registrazione basata sulla dinamica dei sistemi e la rappresentazione dei rischi psicosociali e del decorso di forme di depressione da esaurimento.

Parole chiave: valutazione dei rischi, scienza del soggetto, modello transazionale dello stress, rischi psicosociali, dinamica dei sistemi, automonitoraggio

Der Autor

Prof. Dr. rer.pol.habil. *Stefan Paulus* ist Co-Leiter des Schwerpunkts «Integration und Arbeit» am Institut für Soziale Arbeit und Räume an der Ostschweizer Fachhochschule in St. Gallen.

Kontakt

Prof. Dr. Stefan Paulus
IFSAR Institut für Soziale Arbeit und Räume
OST – Ostschweizer Fachhochschule
Rosenbergstr. 59
CH-9001 St. Gallen
stefan.paulus@ost.ch

La dépression d'épuisement

Pour une saisie chrono-dynamique de l'évolution de la maladie

Stefan Paulus

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (2) 2023 47

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-2-47>

Mots clés : évaluation des risques, science du sujet, modèle transactionnel du stress, risques psychosociaux, dynamique du système, autosurveillance

Les intérêts actuels de la recherche sur le travail et des disciplines qui y participent, ainsi que du setting psychothérapeutique, consistent à a) comprendre comment les dynamiques des charges de travail structurelles correspondent aux charges spécifiques à la situation de vie et aux stratégies subjectives d'adaptation, b) comprendre quelles constellations de charges de travail, en interaction avec des situations de vie spécifiques, donnent lieu à des contraintes de travail qui mettent en danger ou préservent la santé et c) comprendre à quoi ressemblent les stratégies d'adaptation dynamiques qui mettent en danger ou préservent la santé (Paulus, 2018, 2022).

Dans le cadre d'un projet de recherche fondamentale (FNS – Fonds national suisse) et d'un projet de recherche sur l'innovation (Innosuisse), les interactions entre les facteurs spécifiques au travail, aux soins et à la situation de vie et les dynamiques individuelles ainsi que les décisions comportementales à risque ont été étudiées afin d'en déduire un ensemble de règles théoriques et de modèles de comportement qui servent de base à l'évaluation des risques psychosociaux dans la pratique et à la prévention secondaire et tertiaire du burnout.

Pour ce faire, des modèles de causes et d'effets des maladies liées au stress au travail ont été développés dans le cadre d'interviews et d'ateliers avec des patients* en burnout et des psychothérapeutes*. Ces modèles expliquent les effets des modèles d'organisation du travail sur les relations sociales, la satisfaction personnelle ou l'état de santé, ou ils décrivent la gestion de problématiques telles que la pression du temps ou les conflits de conciliation. Le lien de cause à effet entre les interactions systémiques et psychodynamiques permet de comprendre comment les stratégies d'adaptation réussies (celles qui n'entraînent pas d'atteinte à la santé) se distinguent des stratégies d'adaptation qui aggravent la situation.

La connaissance de telles structures ou modèles de base permet de saisir les constellations de risques des systèmes de travail et de comportement les plus divers et crée ainsi une base pour un pilotage efficace du système

de conduite de vie. De telles modélisations, qui sont déjà développées dans la recherche sur la dépression (Schiepek, 2020), peuvent d'une part fournir des indications sur les conditions de vie qui limitent objectivement les possibilités et les actions en fonction du comportement concerné. D'autre part, ces modèles peuvent montrer des possibilités d'action alternatives afin de décrire les modes de vie pratiques et individuels des individus en tant que possibilités d'action. Les modèles systémiques dynamiques des risques psychosociaux qui en résultent peuvent être utilisés comme base pour l'évaluation des dangers. La condition préalable est que l'évaluation ait lieu dans un cadre psychothérapeutique ou dans un processus d'évaluation participative ou formative des risques, afin de travailler avec les personnes à la reconstruction de leur situation de vie génératrice de stress. La reconnaissance de telles structures causales revêt une grande importance pour l'intervention psychothérapeutique, car elle permet aux patients de reconnaître, de comprendre et de modifier eux-mêmes les interactions entre les conditions de vie et les réactions ou les justifications d'action (Paulus et al., 2023).

L'auteur

Prof. Dr. rer.pol.habil. *Stefan Paulus* est co-directeur, spécialisé dans l'intégration et le travail, à l'Institut für Soziale Arbeit und Räume (Institut pour le travail social et les espaces) à l'Ostschweizer Fachhochschule (Haute école spécialisée de la Suisse Orientale) à Saint-Gall.

Contact

Prof. Dr. Stefan Paulus
IFSAR Institut für Soziale Arbeit und Räume
OST – Ostschweizer Fachhochschule
Rosenbergstr. 59
CH-9001 St. Gallen
stefan.paulus@ost.ch

Wie sehen persönliche und berufliche Entwicklungswege erfahrener Therapeut*innen aus?

Exploration ihrer Erfahrungen

Hubert de Condé, Jochem Willemsen & Emmanuelle Zech

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (2) 2023 49–50

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-2-49>

Schlüsselwörter: Qualitative Forschung, Therapeut*in, persönliche und berufliche Entwicklung, wichtige Ereignisse

Der Therapeut*innen-Beruf ist ein Beruf, der mit Schwierigkeiten und Hindernissen verbunden ist. Diese Schwierigkeiten beziehen sich auf die Themen, mit denen sich Klient*innen befassen, auf die Bereitschaft, anderen zu helfen, effektiv zu sein und anderen nicht zu schaden. Dieser Beruf erfordert geistige, emotionale und körperliche Energie (Emery et al., 2009; Larsen & Stamm, 2012; Rønnestad et al., 2019; Rønnestad & Skovholt, 2003; Skovholt & Rønnestad, 2003). Das mit COVID-19 verbundene Klima der Pandemie hat auch die Beschäftigten im Gesundheitswesen geschwächt, indem es insbesondere das Risiko von Depressionen, Angstzuständen und Erschöpfung erhöht hat (El-Hage et al., 2020).

Es stellt sich die Frage, was Menschen dazu befähigt, einen so komplexen Beruf auszuüben, sich weiterhin aktiv darin zu engagieren, ihn im Laufe ihres Lebens fortzusetzen und sich dabei kontinuierlich weiterzubilden (Schwartz & Bryan, 1998). Eine Möglichkeit, diese Frage zu beantworten, besteht darin, zu untersuchen, was die Entwicklung der beruflichen Kompetenzen im Bereich der psychischen Gesundheit fördert, d. h. die Ausbildung in psychologischen Wissenschaften, Medizin, Beratung oder Psychotherapie (Jennings et al., 2003; Rønnestad et al., 2019). Dieser Artikel untersucht die Rolle der Psychotherapieausbildung bei der Entwicklung der beruflichen Kompetenzen von Psychotherapeut*innen.

Nach nationalen und internationalen Vorschriften und Berufsverbänden ist eine qualitativ hochwertige Ausbildung mit einem Bachelor-Abschluss ergänzt durch mindestens drei bis vier Jahre Zusatzausbildung an Privatschulen, Hochschulen oder Universitäten erforderlich, um einen Abschluss in Psychotherapie zu erhalten (Deurzen, 2001; EPA, 2017). Obwohl es Regeln für die Ausbildung in Psychotherapie gibt, sind der Titel Psychotherapeut*in und die Ausübung der Psychotherapie nicht in allen Ländern geschützt (Van Broeck & Lietaer, 2008). In der Literatur kommen zwei Perspektiven hinsichtlich der Ausbildung von Therapeut*innen vor: eine, die den Schwerpunkt auf die Entwicklung beruflicher Kompetenzen legt, die wir die Perspektive des «*kompartmentierten*» *Selbst* nennen (Rief, 2021), und eine andere, die den Schwerpunkt auf die

persönliche Entwicklung legt, die wir die Perspektive des *integrierten Selbst* nennen (Zech et al., 2021). Während viele Forschungsarbeiten den Beitrag von Schulungen zum Lernen und zur Zufriedenheit von Therapeut*innen untersuchen, gibt es nur wenige Forschungen, die sich auf die Person des*der Therapeuten*Therapeutin konzentrieren (Regas et al., 2017; Salter & Rhodes, 2018).

In diesem Artikel beleuchten wir zunächst, was die Literatur über die Integration von persönlichen und beruflichen Aspekten sagt, und untersuchen anschliessend anhand von Interviews mit erfahrenen Therapeut*innen ihre persönliche und berufliche Entwicklung (PPD).

Seit über einem Jahrhundert werden Psychotherapieausbildungen mit unterschiedlichen theoretischen Hintergründen angeboten (Norcross et al., 2011). Diese Ausbildungen werden zunehmend reguliert und sogar obligatorisch, denn man möchte die Praxis der Psychotherapie schützen (Rohr, 2021; Schulthess, 2021). Es ist allgemein anerkannt, dass die Weiterbildung von Therapeut*innen für die Aufrechterhaltung und Erneuerung der beruflichen Kompetenzen von entscheidender Bedeutung ist (Barkham et al., 2021). In der Literatur ist ein aktueller Trend aller Weiterbildungen hin zur integrierten Perspektive zu beobachten (Elliott et al., 2013; Stedmon & Dallos, 2009). Die kompartimentierte Perspektive legt den Schwerpunkt auf die berufliche Entwicklung, während die integrierte Perspektive den Schwerpunkt stärker auf die persönliche Entwicklung legt und die Entwicklung beruflicher Kompetenzen in die persönliche Entwicklung integriert. Was die integrierte und die kompartimentierte Perspektive unterscheidet, ist auf der ersten Seite der Stellenwert der persönlichen Entwicklung der Person des*der Therapeuten*Therapeutin im Vergleich zur beruflichen Entwicklung und auf der anderen Seite der Entwicklungspfad, den der*die Therapeut*in einschlägt. Die kompartimentierte Perspektive markiert eine Tendenz zu linearem, aber auch zirkulärem Lernen im reflexiven Prozess der Therapeut*innen (Bennett-Levy et al., 2009). Die integrierte Perspektive begreift den Weg von Therapeut*innen von Anfang an zirkulär, d. h., das Lernen entwickelt sich zwischen Theorie und Erfahrung über den reflexiven Prozess

(Stedmon & Dallos, 2009). Angesichts dieser beiden Arten der Ausbildung von Therapeut*innen stellt sich die Frage, wie sich die berufliche und persönliche Identität von Therapeut*innen im Laufe des Lebens entwickeln.

Die Rekrutierung der Teilnehmenden fand bei belgischen Psychotherapieverbänden statt. Alle Therapeut*innen, die an dieser Studie interessiert waren, nahmen daran teil. Sieben erfahrene Therapeut*innen wurden rekrutiert und anhand einer begründeten Stichprobe befragt (Etikan et al., 2016). Das Ziel war, Teilnehmende mit mindestens zehn Jahren Praxiserfahrung zu rekrutieren, die aus verschiedenen theoretischen Richtungen stammten. Mit dieser Stichprobe wurden halbstrukturierte Interviews von etwa 60 bis 90 Minuten Dauer geführt. Die gesammelten Daten wurden mithilfe einer thematischen Analyse analysiert (Braun & Clarke, 2006; Clarke & Braun, 2017). Diese Forschungsmethode ermöglicht eine Flexibilität, die für die Erforschung und das Verständnis der persönlichen und beruflichen Entwicklung von Therapeut*innen relevant ist, wobei die Integrität des*der Forschende auch bei der Wiedergabe der Ergebnisse gewahrt bleibt (Levitt, 2018).

Bei der Analyse der Interviews wurden Ähnlichkeiten in Bezug auf identische Themen identifiziert. Bspw. sprachen alle Therapeut*innen Aspekte des therapeutischen Settings und des Rahmens an, wodurch das Unterthema «Reflexionen über den Rahmen» geschaffen werden konnte. Anhand der Ergebnisse konnten drei allgemeine Themenbereiche herausgearbeitet werden.

Erstens wurde herausgestellt, dass Therapeut*innen sich auf die Theorie berufen, um ihnen bei der klinischen Argumentation und der Schaffung des therapeutischen Rahmens, sei es intern oder extern, zu helfen. Bedeutende Begegnungen mit Kolleg*innen, Therapeut*innen oder Klient*innen haben Veränderungen in ihrer theoretischen Orientierung begünstigt. Diese Unterthemen machen deutlich, dass Therapeut*innen zwar in einer klinischen Theorie verankert sind, sich aber mehr oder weniger frei zu deren Vorgaben positionieren.

Zweitens wurde das Thema Weiterbildung angesprochen, wobei insbesondere auf die Notwendigkeit von persönlicher Therapie und Supervision verwiesen wurde. Die Stichprobe berichtete über eine gewisse Unzufriedenheit mit der Weiterbildung und kritisierte die Art und Weise, wie an der Universität gelehrt wird, als zu theoretisch und zu wenig erfahrungsorientiert.

Drittens berichteten die Teilnehmenden, dass persönliche Erfahrungen und der Wunsch, den Menschen zu verstehen, sie bei der Ausübung dieses Berufs motivieren. Aus den Interviews ging hervor, dass die Grenzen der Position des*der Therapeuten*Therapeutin akzeptiert werden. Die Therapeut*innen sprachen von Wachsamkeit in Bezug auf ihre Position, denn sie kann subjektive Verzerrungen, ein Gefühl der Übermacht und den Drang erzeugen, wirksam zu sein. Auch ethische Fragen wurden angesprochen, um Klient*innen so angemessen wie möglich zu behandeln. Diese Daten zeigen die Komplexität der täglichen Arbeit als Therapeut*in mit Aspekten der Persönlichkeitsentwicklung und CPD. Dieser Beruf bringt viele Reflexionen und Anpassungen mit sich, die man als Therapeut*in ständig vornehmen muss.

Die Ergebnisse zeigen, dass persönliche und berufliche Aspekte in diesem Beruf integriert und schwer voneinander zu trennen sind und dass die Person von Therapeut*innen im Mittelpunkt dieses Integrationsprozesses steht. Diese Ergebnisse stimmen mit der Literatur zu diesem Thema überein (Barkham et al., 2021; Orlinsky et al., 2011; Rønnestad et al., 2019; Safi et al., 2017).

Diese Studie trägt zu einem besseren Verständnis der persönlichen und beruflichen Entwicklung von Therapeut*innen bei. Ihre Ergebnisse zeigen, dass eine integrierte Perspektive in der Psychotherapieausbildung die Entwicklung der beruflichen und persönlichen Aspekte des Therapeut*innenberufs ermöglicht.

Die Autor*innen

Hubert de Condé ist klinischer Psychologe und Psychotherapeut, Lehrbeauftragter und Doktorand am Institut de recherche en sciences psychologiques (IPSY) der UCLouvain (Katholischen Universität Löwen). Er hat einen Master in klinischer Psychologie, ein Zertifikat in integrierter Psychotherapie und absolviert derzeit eine Ausbildung zum personenzentrierten Psychotherapeuten. Seit 2020 berät er auch als unabhängiger Therapeut in Brüssel und Louvain-la-Neuve.

Jochem Willemsen, Koordinator der Forschungsgruppe, ist Professor für klinische Psychologie an der UCL Leuven und psychoanalytischer Psychotherapeut in eigener Praxis. Seit 2019 lehrt er an der UCLouvain Klinische Erwachsenenpsychologie und Kriminalpsychologie. Er ist Gründungsmitglied des Single Case Archive, eines umfangreichen Online-Archivs mit veröffentlichten Fallstudien zur Psychotherapie. Vor seiner Berufung an die UCLouvain war er Dozent an der Universität Essex, wo er ein Lehr- und Forschungsportfolio im Bereich der Psychoanalyse, Psychotherapie und klinischen Psychologie aufbaute. Während dieser Zeit war er am Aufbau der neuen Abteilung für psychosoziale und psychoanalytische Studien beteiligt (2017). Mehrere Jahre lang übernahm er die Rolle des Forschungsleiters in dieser Abteilung.

Emmanuelle Zech, Mitglied der Forschungsgruppe, ist ordentliche Professorin für klinische Psychologie und Psychotherapie und Dekanin der Fakultät für Psychologie und Erziehungswissenschaften an der UCLouvain. 2004 wurde sie auf eine Stelle als Psychologin für Notfälle berufen. Sie war Vorsitzende des Forschungszentrums für das Studium der Gesundheit und der psychologischen Entwicklung (2008–2014) und entwickelte eine Kurs- und Ausbildungslinie für personenzentrierte und erfahrungsorientierte Beratung und Therapie (PCPE) auf Undergraduate-, Graduate- und Postgraduate-Ebene. Sie koordinierte das Labor für personenzentrierte Forschung und Ausbildung (PCLab), unterstützte die Einrichtung einer Online-Lernplattform für Handlungskompetenzen und des IPSY/PSP-Labors für Beziehungskompetenzen.

Kontakt

hubert.deconde@uclouvain.be
jochem.willemsen@uclouvain.be
emmanuelle.zech@uclouvain.be

Quelles sont les trajectoires de développement personnel et professionnel de thérapeutes chevronnés ?

Exploration de leurs expériences

Hubert de Condé, Jochem Willemsen & Emmanuelle Zech

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (2) 2023 51–62

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-2-51>

Résumé : Cette étude a pour objectif d'explorer et d'obtenir une meilleure compréhension du développement personnel et professionnel des thérapeutes et de leurs besoins de formation. Sept thérapeutes chevronnés provenant de différentes orientations ont été interrogés. Les questions posées étaient focalisées sur les événements significatifs qui ont eu un impact sur leur développement professionnel et leur manière de percevoir la profession ainsi qu'eux-mêmes. Une analyse thématique de leurs entretiens a fait émerger plusieurs thèmes liés à leur développement en tant que thérapeute : (1) le développement personnel et professionnel et sa relation fluctuante à la théorie (2) le développement personnel et professionnel requiert une formation continue, et (3) le développement personnel et professionnel et la motivation à exercer et à choisir cette profession. Les résultats de cette étude soulignent la nécessité de reconnaître et de valoriser le développement personnel comme une partie intégrante du développement professionnel des psychothérapeutes.

Mots-clés : recherche qualitative, thérapeute, développement personnel et professionnel, événements significatifs

Le métier de thérapeute est une profession qui comporte des difficultés et des obstacles. Ces difficultés sont relatives aux thématiques que les client·e·s abordent, à la volonté d'aider les autres, d'être efficace et de ne pas nuire à autrui. Ce métier demande de l'énergie mentale, émotionnelle et physique (Emery et al., 2009; Larsen & Stamm, 2012; Rønnestad et al., 2019; Rønnestad & Skovholt, 2003; Skovholt & Rønnestad, 2003). Le climat de la pandémie, lié au COVID-19, a également fragilisé les professionnels de la santé en augmentant notamment les risques de dépression, d'anxiété et d'épuisement (El-Hage et al., 2020). Ce contexte exerce une certaine pression à ce que les thérapeutes se forment à intervenir de manière plus rapide et efficace car la demande en soins de santé ne cesse d'augmenter et les institutions doivent pouvoir y répondre dans l'urgence (Unger, 2018). Cette hausse pousse les institutions à traiter rapidement les personnes plutôt que d'accroître les ressources financières, ce qui fait qu'elles ont tendance à se tourner vers des interventions rentables et peu coûteuses (Moreno et al., 2020).

La question se pose de savoir ce qui permet aux personnes d'exercer ce métier si complexe, de continuer à s'y investir activement et de le poursuivre au cours de leur vie, tout en se formant de manière continue (Schwartz & Bryan, 1998). Une manière d'y répondre serait de s'intéresser à ce qui favorise le développement des compétences professionnelles en santé mentale, à savoir les formations en sciences psychologiques, en médecine, en spécialisation en counseling ou psychothérapie (Jennings et al., 2003;

Rønnestad et al., 2019). Cet article investigate le rôle des formations en psychothérapie dans le développement des compétences professionnelles des psychothérapeutes.

Selon les réglementations nationales et internationales et les associations professionnelles, une formation de qualité avec un bachelier suivi de minimum trois à quatre années de formations complémentaires en écoles privées, hautes écoles ou universités est nécessaire pour obtenir un diplôme en psychothérapie (Deurzen, 2001; EPA, 2017). Bien que des règles encadrent les formations en psychothérapie, le titre de psychothérapeute et l'exercice de la psychothérapie ne sont pas protégés dans tous les pays (Van Broeck & Lietaer, 2008). Deux perspectives quant à la formation des thérapeutes sont présentes dans la littérature : l'une met l'accent sur le développement de compétences professionnelles, que nous appellerons la perspective du self compartimenté (Rief, 2021), et l'autre qui met en avant le développement personnel, que nous appellerons la perspective du self intégré (Zech et al., 2021). Si beaucoup de recherches investiguent l'apport des formations sur l'apprentissage et la satisfaction des thérapeutes, peu de recherches se centrent sur la personne-du-thérapeute (Regas et al., 2017; Salter & Rhodes, 2018). Dans cet article, nous allons d'abord examiner ce que la littérature conclut sur l'intégration des aspects personnels et professionnels. Ensuite, à l'aide d'entretiens réalisés auprès de thérapeutes chevronnés, nous explorerons plus en profondeur leur développement personnel et professionnel.

Les formations en psychothérapies

Depuis plus d'un siècle, des formations en psychothérapie provenant de différents référents théoriques sont proposées (Norcross et al., 2011). Celles-ci sont de plus en plus régulées, voire obligatoires car il y a un souhait de protéger la pratique de la psychothérapie (Rohr, 2021; Schulthess, 2021). Il est communément admis que la formation continue des thérapeutes est essentielle à l'entretien et au renouvellement des compétences professionnelles (Barkham et al., 2021).

Plusieurs raisons motivent les thérapeutes à suivre ces formations, comme être plus sécurisées financièrement et socialement, approfondir leurs connaissances, cultiver leur curiosité ou leur altruisme (Safi et al., 2017). Des éléments biographiques personnels, comme des difficultés personnelles ou l'expérience de la thérapie personnelle, poussent également les thérapeutes à se former à la psychothérapie (Barnett, 2007; McBeath, 2019). Les éléments qui constituent ces formations en psychothérapie sont le plus communément : du contenu théorique (séminaires, conférences et lectures), une pratique clinique supervisée, des travaux de rédaction (analyse de cas et réflexion) et du travail personnel (EPA, 2017).

Avant d'entamer leur formation, les thérapeutes doivent s'orienter vers une approche théorique (Plchová et al., 2016). Ces orientations théoriques guident et conseillent les thérapeutes à propos de leur pratique clinique, à comprendre les processus psychologiques des client·e·s et à intervenir auprès de ceux-ci (Kazdin, 2000). Ce choix n'est donc pas anodin et peut être influencé par des besoins personnels et professionnels du thérapeute comme : ses valeurs personnelles, sa manière de voir le monde, sa formation initiale, ses premières expériences cliniques, ses superviseurs ou ses collègues (Arthur, 2001). De la dissonance cognitive peut apparaître si les objectifs d'apprentissage de l'approche ne rencontrent pas les besoins et valeurs du thérapeute, pouvant provoquer du stress et diminuer l'effet thérapeutique (Salter & Rhodes, 2018).

Le développement professionnel et le développement personnel

Les thérapeutes sont encouragés à tenir leurs niveaux de compétences professionnelles et de développement personnel à jour, même après l'achèvement de leur formation en psychothérapie (EPA, 2017). Les concepts de développement professionnel et de développement personnel, de même que leurs similitudes et différences, sont présentés dans cette section.

D'une part, le Développement Professionnel est un « processus développemental qui permet d'acquérir, d'élargir, d'affiner et de maintenir des connaissances, des compétences, des aptitudes et des qualifications nécessaires à un fonctionnement compétent et professionnel » (Elman et al., 2005, p. 368). Dans ce même ordre d'idée, le Développement Professionnel Continu (CPD)

est une stratégie pour des personnes leur permettant de maintenir du savoir et des compétences en lien avec leur vie professionnelle et qui visent à améliorer l'efficacité professionnelle via l'entretien de compétences et d'expertise professionnelle mais également du bien-être personnel (Collin et al., 2012). Le CPD permet d'entretenir les compétences des praticiens afin de fournir une haute qualité de soins (Agha, 2022).

D'autre part, le Développement Personnel se définit par les processus d'auto-actualisation et d'individuation (Jaotombo, 2009). L'auto-actualisation est « un processus à travers lequel le potentiel de l'individu se développe en congruence avec sa perception de soi et sa propre expérience » (Leclerc et al., 1998, cités dans Jaotombo, 2009, p. 33). L'individuation, quant à elle, est « la tendance à devenir un être réellement individuel [...], il s'agit de la réalisation de son soi dans ce qu'il y a de plus personnel et rebelle » (Jung, 1964, cité dans Jaotombo, 2009, p. 35). Dans ces définitions, le travail personnel psychothérapeutique est présenté comme un concept similaire à celui du développement personnel (Jaotombo, 2009). En suivant cette logique de pensée, la thérapie personnelle du thérapeute serait un moyen fondamental pour favoriser le développement personnel. A ce propos, le travail personnel est recommandé mais pas toujours obligatoire car imposer un suivi personnel amène un questionnement éthique, où l'autonomie de la personne dans le choix d'entreprendre cet accompagnement n'est pas respecté (Orlinsky et al., 2011).

Certains aspects de ces concepts sont communs alors que d'autres ne les associent pas forcément. Une première caractéristique commune entre ces deux concepts est la réflexivité. Elle est définie comme un processus de pensée par lequel les thérapeutes analysent ou évaluent une situation complexe, de manière à apporter des décisions et conclusions plus adéquates et efficaces (Schön, 1983; Stedmon & Dallos, 2009). Entretenir sa réflexivité, avec une volonté de s'améliorer continuellement, permet d'être activement impliqué dans le processus de CPD, car le métier de thérapeute présente de nombreux défis dont celui d'avoir conscience de ses propres biais et croyances, issus de sa propre expérience (HCPC, 2019). Il est essentiel d'allier une démarche critique de cette subjectivité à un développement personnel (Kuenzli-Monard, 2006). Cette subjectivité doit être reconnue et travaillée, dans un processus réflexif car elle peut contaminer l'écoute et l'alliance thérapeutique affectant ainsi l'efficacité thérapeutique (Larivée et al., 2018). Ce processus réflexif peut se réaliser à la fois dans le cadre de supervisions et d'intervisions (Rønnestad et al., 2019) mais également à travers le travail personnel (Kuenzli-Monard, 2006).

Une seconde caractéristique commune est l'aspect continu développement professionnel et du développement personnel. Ce développement continu illustre que tant le développement personnel que professionnel se développent indéfiniment. Cependant, il y a également un manque de consensus par rapport à la relation entre le développement professionnel et le développement personnel. Le lien entre ces deux concepts reste confus. Le dé-

veloppement personnel est soit séparé du développement professionnel (Agha, 2022), soit intégré à sa définition via une dimension de bien-être personnel (Collin et al., 2012; Elman et al., 2005). Ce non-consensus pourrait expliquer la présence des perspectives compartimentée et intégrée quant à la manière d'envisager la formation des thérapeutes. Chaque approche théorique s'inscrit plus dans l'une ou l'autre perspective.

En effet, bien que les formations en psychothérapie respectent des directives communes (EPA, 2017), des nuances existent entre les approches. Les approches théoriques diffèrent par rapport à l'importance du travail personnel à effectuer pendant la formation. S'il s'avère que la plupart des thérapeutes effectuent un travail personnel, cette proportion varie en fonction de l'orientation théorique (Orlinsky et al., 2011). Les thérapeutes psychodynamiques et humanistes ont tendance à plus faire appel à la thérapie personnelle, tandis que les thérapeutes d'orientation cognitivo-comportementale (TCC) semblent y avoir moins recours (Orlinsky et al., 2011). Cette tendance suggère que les approches psychodynamique et humaniste considèrent le développement personnel comme plus essentiel que l'approche TCC (Stedmon & Dallos, 2009). Ce constat a permis d'aider à situer les approches théoriques entre la perspective compartimentée et la perspective intégrée.

Perspective du self compartimenté de la personne-du-thérapeute

La perspective du *self compartimenté* considère que le développement professionnel et le développement personnel sont deux entités qui se développent séparément (Rief, 2021). La perspective compartimentée se focalise davantage sur le développement de connaissances et de compétences professionnelles que sur le développement personnel des thérapeutes (Stedmon & Dallos, 2009).

Les modèles d'apprentissage des thérapeutes en stades développementaux illustrent la philosophie de la perspective compartimentée. Ces conceptions de développement professionnel en stades sont reprises par plusieurs auteurs (Rønnestad et al., 2019; Miller, 1990 et van Ooijen, 2013, cités dans Zech et al., 2021). Ces modèles postulent que chaque thérapeute commence par être un novice inexpérimenté pour se développer jusqu'au stade d'expert. Selon cette perspective, tous les thérapeutes suivent un parcours développemental similaire.

Un modèle a été développé dans le cadre des formations TCC afin de reprendre les méthodes d'apprentissage utilisées dans ces formations (Bennett-Levy, 2006). Le modèle Déclaratif Procédural Réflexif (DPR) présente deux selfs qui sont séparés : le self personnel et le self en tant que thérapeute. Le DPR se focalise principalement sur des méthodes d'enseignement qui privilégient le développement de savoirs et de savoir-faire qui sont conceptualisés comme compartimentés, bien que la réflexivité fait le pont entre ces savoirs, via des activités expérientielles et de réflexions (supervisions, travail personnel) (Bennett-Levy et al., 2009).

Cette perspective accorde plus d'importance au développement de techniques et de savoirs sans omettre ni le développement personnel, ni la réflexivité. Une critique de cette perspective soutient que si une formation se focalise exclusivement sur les techniques, cela peut amener un processus d'apprentissage mécanique et impersonnel qui fragmente la personne-du-thérapeute (Salter & Rhodes, 2018).

Perspective du self intégré de la personne-du-thérapeute

La perspective du *self intégré* estime que le développement des compétences professionnelles et le développement personnel se développent de manière conjointe (Salter & Rhodes, 2018; Zech et al., 2021). Cette perspective se centre plutôt sur les ressources personnelles des thérapeutes, à savoir leur personnalité résiliente, leurs expériences personnelles, leurs valeurs humaines et conceptions de la vie, du bien-être, de l'aide aux autres, à la place qu'elles veulent laisser et donner aux autres (Zech et al., 2021). Elle met également en évidence la question de la résolution des conflits internes, des problèmes personnels et des angles morts (Lietaer & Zech, 2021).

Dans la perspective intégrée, la trajectoire développementale de la personne-du-thérapeute est unique et personnelle. L'aspect de constante interaction entre le savoir, le savoir-faire et le savoir-être amène un processus de développement du thérapeute qui est en évolution continue. Cette manière de mettre la personne du thérapeute au centre du processus d'apprentissage et de développement se réfère aux concepts de développement de la personnalité auto-actualisante (Rogers, 1965) ou au processus d'individuation (Jaotombo, 2009). La perspective intégrée met en avant une vision où le développement personnel est considéré comme un processus égal et en intégration avec le développement professionnel.

Le processus d'apprentissage de cette perspective s'appuie sur des aspects interdépendants de savoir-être, de savoir-faire et de savoirs (Zech et al., 2021). Ces aspects ont différents niveaux d'importance, suivant un continuum entre ces différents savoirs comprenant des éléments comme : la manière d'être, les attitudes thérapeutiques, l'alliance thérapeutique, les compétences et les techniques (Zech, 2021). Cette interdépendance entre les savoirs démontre d'une intégration entre le développement personnel et le développement professionnel au sein du processus d'apprentissage.

Le travail personnel du thérapeute est mis en évidence dans les formations appartenant à la perspective intégrée. Selon cette perspective, stimuler le développement de la personne-du-thérapeute revient à élever la conscience de soi vers plus d'authenticité. Des auteurs soulignent l'importance de résoudre ses propres difficultés psychosociales, permettant une meilleure congruence dans la rencontre avec le client·e (Lietaer & Zech, 2021; Regas et al., 2017). Dès lors, une meilleure congruence permet de favoriser la compréhension empathique, l'adaptabilité

ou la flexibilité du thérapeute (Mearns, 1997; Rogers, 1975). Ces aspects corroborent l'idée que la vocation de thérapeute est fortement liée à sa personne, de par son savoir-être. Cette perspective met l'accent sur le travail personnel, un aspect important du développement personnel, grâce auquel le thérapeute peut développer plus de congruence et de résilience en situation professionnelle.

Des auteurs critiquent l'apprentissage réflexif et expérimentiel, déclarant qu'il y a un manque de données probantes à l'appui de son importance dans la formation des thérapeutes. Selon eux, il existe des limites à prendre conscience de ses biais d'interprétation, à s'auto-évaluer et à développer des compétences professionnelles via un apprentissage expérimentiel (Lilienfeld & Basterfield, 2020). La réflexivité pourrait amener le thérapeute à confirmer ses biais d'interprétation plutôt que de les remettre en question.

Conclusion sur ces deux perspectives

La répartition des approches thérapeutiques entre ces deux perspectives doit être nuancée. Il serait erroné de relier toutes les approches TCC à la perspective compartimentée, bien que celles-ci ont tendance à percevoir la personne-du-thérapeute de manière compartimentée. Certaines formations appartenant à la troisième vague des TCC semblent prendre davantage en compte le développement personnel, encourageant le thérapeute à se focaliser sur son expérience émotionnelle (Orlinsky et al., 2011) et sa réflexivité (Bennett-Levy et al., 2001). Une tendance actuelle de toutes les formations à se tourner vers la perspective intégrée est remarquée dans la littérature (Elliott et al., 2013; Stedmon & Dallos, 2009).

En résumé, la perspective compartimentée met l'accent sur le développement professionnel tandis que la perspective intégrée se focalise davantage sur le développement personnel en intégrant le développement de compétences professionnelles. Ce qui différencie les perspectives intégrée et compartimentée est, d'une part, la place du développement personnel de la personne-du-thérapeute par rapport au développement professionnel et, d'autre part, la trajectoire de développement que suit le thérapeute. La perspective compartimentée marque une tendance à un apprentissage linéaire, mais également circulaire dans le processus réflexif des thérapeutes (Bennett-Levy et al., 2009). La perspective intégrée conçoit dès le départ la trajectoire du thérapeute de manière circulaire, c'est-à-dire que l'apprentissage se développe entre la théorie et l'expérience via le processus réflexif (Stedmon & Dallos, 2009). Face à ces deux manières de former les thérapeutes, la question se pose d'explorer comment l'identité professionnelle et personnelle des thérapeutes se développe au cours de la vie. L'idée de cette étude est de développer une compréhension du Développement Personnel et Professionnel (PPD) des thérapeutes sur la base d'une série d'entretiens avec des thérapeutes chevronnés.

Méthode

Participant-e-s. Pour le recrutement des participant-e-s, l'étude a été diffusée auprès de réseaux professionnels de l'équipe de recherche, de formateurs et de thérapeutes inscrits à différentes associations belges de psychothérapie. Tous les thérapeutes intéressés par cette étude y ont participé. Le critère d'inclusion des participant-e-s était d'avoir au minimum dix ans de pratique. Sept thérapeutes chevronnés ont été recrutés et interrogés via un échantillonnage raisonné (Etikan et al., 2016). L'objectif était de recruter des participant-e-s appartenant à différents courants théoriques. À la suite d'une procédure d'autoidentification de l'approche théorique de chaque participant-e, l'échantillon se compose d'un thérapeute centré sur la personne, d'un thérapeute TCC, d'un thérapeute intégratif, de trois analystes et d'un thérapeute systémicien. Les participant-e-s sont âgés de 41 à 66 ans ($M = 49,8$; $SD = 18$). Cinq thérapeutes sont des hommes et deux sont des femmes.

Des entretiens semi-structurés d'environ une heure, de 60 à 90 minutes, ont été menés auprès de cet échantillon. L'objectif était d'accorder une écoute phénoménologique des expériences de thérapeutes expérimentés, car ceux-ci ont une vision plus globale de leurs parcours que des thérapeutes débutants. En plus du canevas de questions ouvertes, le rythme et les réflexions des participant-e-s étaient suivis au maximum, privilégiant un recueil au plus proche de leur vécu expérimentiel et personnel (Antoine & Smith, 2017; Morais, 2013; Restivo et al., 2018).

Récolte des données. Une série de thèmes étaient abordée lors de ces entretiens. (1) La rencontre débutait par des questions générales abordant le parcours professionnel et les éventuels changements au cours de celui-ci, comme par exemple : « Comment résumeriez-vous votre parcours professionnel ? », « Pouvez-vous me relater les éventuels changements au cours de votre vie professionnelle ? ou « Pourriez-vous illustrer comment ces changements se sont opérés ? ». (2) D'autres questions évoquaient les aspects d'orientation théorique et de formation, comme par exemple : « Dans quel courant votre pratique actuelle s'inscrit-elle ? », « Comment votre pratique se réfère à ce courant ? », « Quelles formations avez-vous suivies ? Pourriez-vous me raconter votre expérience de ces formations ? ». (3) Des questions générales sondaient leur pratique clinique, comme par exemple : « Pourriez-vous m'expliquer votre pratique professionnelle ? » ou « Comment définiriez-vous la finalité de votre pratique ? ». (4) Des questions abordaient leur compréhension du concept de savoir-être : « Qu'est-ce que vous en pensez ? », « Comment développer ce savoir-être ? » ou « Pouvez-vous illustrer la manière avec laquelle vous travaillez avec cette notion ? ». Afin de diminuer les biais dans la récolte des données, les questions posées étaient ouvertes (Morais, 2013). Des questions de relance ou de reformulation pour clarifier certains aspects étaient posées. Afin de clore l'entretien, les thérapeutes avaient l'occasion d'exprimer leur ressenti et leurs commentaires quant au déroulement et aux contenus abordés.

Analyse des données. Les données recueillies ont été analysées via une analyse thématique (Clarke & Braun, 2017). Cette méthode permet l'exploration d'une large question et considère les participant·e·s comme des collaborateurs à la recherche. Le partage de leurs expériences phénoménologiques peut générer des contradictions au sein de l'échantillon et des réflexions inattendues (Braun & Clarke, 2006; Clarke & Braun, 2017). Cette méthode de recherche permet une flexibilité qui est pertinente dans l'exploration et la compréhension du développement personnel et professionnel des thérapeutes, tout en veillant à l'intégrité du chercheur, y compris dans le rendu des résultats (Levitt, 2018). Dans cet article, des parties d'extraits ont été modifiées afin de ne pas pouvoir les identifier les participant·e·s et de respecter leur anonymat. Les critères de l'analyse thématique préconisés par Braun & Clarke (2006 ; 2017) ont été respectés afin de contrôler les aspects potentiellement négatifs de la flexibilité d'une méthode qualitative, permettant de faire émerger des thèmes de manière objective et neutre. Les données ont été enregistrées et retranscrites sous forme de verbatim. Une analyse scrupuleuse et active a permis de faire émerger des thèmes communs.

Résultats

Trois thèmes généraux ont émergé des entretiens, à savoir le PPD et sa relation fluctuante à la théorie, le PPD requiert une formation continue et le PPD et la motivation à exercer et à choisir cette profession. Les sujets de discussion abordés par les participant·e·s ont permis de créer ces différents thèmes. En analysant les

verbatim, les similarités à propos de thèmes identiques ont été mis en évidence. Par exemple, tous les thérapeutes ont abordé des aspects liés au setting thérapeutique et au cadre, ce qui a permis de créer le sous-thème de « réflexions sur le cadre ». Le Tableau 1 explicite les thèmes et les sous-thèmes qui ont émergé ainsi que la représentativité au sein de l'échantillon pour chacun des sous-thèmes. Des extraits sont cités dans cette section, les annotations relatives à ceux-ci se présentent telles que « T3 », reprenant les propos du thérapeute interviewé en troisième lieu.

Thème 1: « Le développement personnel et professionnel et sa relation fluctuante à la théorie »

Les thérapeutes rapportent qu'ils se distancient de la théorie et se rapprochent de ce qui se passe en eux. Ils confient qu'en étant plus tolérants par rapport à leur subjectivité, ils peuvent considérer leur personne en tant que source d'information légitime et valide, tout comme un référent théorique. Ce thème illustre une intégration entre des aspects de développement personnel et de savoirs professionnels. Auprès de tous les thérapeutes, des références très explicites sont présentes par rapport à leur capacité à appliquer ou non des savoirs théoriques au sein de leurs interventions ou de leurs réflexions. Les participant·e·s se sont référés aux aspects théoriques dans lesquels ils ancrent leur pratique et leur parcours en tant que thérapeute. Ce thème se réfère à une prise de distance par rapport à la théorie-même, ce qui amène les thérapeutes à se sentir libres et autonomes.

Tab. 1 : Présentation des thèmes et des sous-thèmes qui ont émergés des entretiens

Thèmes et sous-thèmes	Proportion ^a
Thème 1 : Le PPD et sa relation fluctuante à la théorie	
1.1 Affinement du raisonnement clinique	100 %
1.2 Réflexion sur le cadre	71 %
1.3 Orientation et réorientation théoriques à la suite de rencontres significatives	71 %
1.4 Hétérogénéité dans le développement personnel et professionnel	57 %
Thème 2 : Le PPD requiert une formation continue	
2.1 Le travail personnel	100 %
2.2 La supervision	86 %
2.3 L'insatisfaction par rapport à la formation	71 %
Thème 3 : Le PPD et la motivation à exercer et à choisir cette profession	
3.1 Les expériences personnelles	100 %
3.2 La volonté de comprendre	43 %
3.3 Acceptation des limitations de la position thérapeutique	43 %
3.4 Attitude et questionnement éthique	43 %

^a Cette colonne reprend pour chaque sous-thème, le pourcentage de participant·e·s qui l'ont abordé.

Sous-thème 1.1 : Affinement du raisonnement clinique.

Des aspects liés au raisonnement clinique furent abordés par les thérapeutes de manière systématique. Les participant·e·s ont abordé leur capacité à réfléchir et à aiguïser leurs compétences conceptuelles. Trois thérapeutes ont évoqué les limites de certains outils et des théories dans leur pratique clinique. Un thérapeute soulignait qu'en fonction de son bagage théorique, il s'autorise à interroger certains aspects plutôt que d'autres, par exemple : l'enfance, la famille, etc. Un autre thérapeute disait que les outils n'avaient pas de sens s'ils n'étaient pas adaptés et centrés sur le client·e. La question de la position d'expert a été abordée par cinq thérapeutes avec, par exemple, ce qui a trait à la concrétisation d'une demande explicite vers une demande implicite, à la formulation d'une difficulté ou à la mise en place d'une intervention chez le client·e.

« Il y a une demande officielle et les gens conceptualisent eux-mêmes leurs problèmes. Ils ne sont pas forcément conscients de la thématique qui les touche en-dessous. C'est le devoir du thérapeute, de comprendre ce qui se passe «en dessous». Sortir une expertise, ce n'est pas seulement répondre à la demande que les gens ont sur eux. » (T1)

Ces éléments de raisonnement clinique sont en lien avec la perception du rôle du thérapeute en tant que professionnel qui a le savoir pour intervenir auprès de la personne en souffrance, faire émerger à la conscience les processus sous-jacents en favorisant le changement et l'acceptation de ses propres difficultés. Dans le processus de raisonnement clinique, deux thérapeutes ont évoqué qu'il faut veiller à ne pas être influencé par nos pensées et à prendre conscience de nos interprétations de la situation. Ces biais d'interprétation doivent être vérifiés car, s'ils sont erronés, cela peut empêcher le thérapeute d'écouter le vécu du client·e.

Sous-thème 1.2 : Réflexion sur le cadre. Cinq thérapeutes ont abordé explicitement la notion de cadre thérapeutique, leur manière de le définir et de l'instaurer. Ils ont discuté du cadre de manière externe et contextuelle. Mais les aspects constituant le cadre ont également été définis comme un reflet de la manière de travailler du thérapeute. Ce cadre est plus ou moins rigide, en fonction des recommandations des référents théoriques ou d'une adaptation plus fluide par le thérapeute.

Lié au contexte de la pandémie, deux thérapeutes ont abordé les suivis thérapeutiques virtuellement assistés, précisant que cela modifie le cadre traditionnel présent dans une rencontre réelle. Ces entretiens virtuels sont actuellement courants et en nette augmentation. L'utilisation d'outils électroniques de communication se consolide dans un souci de respecter les règles sanitaires et est également liée à des aspects pratiques, tant pour les thérapeutes que pour les client·e·s, par exemple, en évitant les déplacements.

« Par rapport à la prise en charge virtuelle [...] on peut utiliser des médias comme une tablette ou un téléphone. [...] surtout avec le contexte COVID, on passe beaucoup de temps en consultations Skype. » (T6)

Six thérapeutes s'accordaient sur le fait que chacun développe son cadre, illustrant un aspect assez libre et autonome qui varie en fonction de la personne du thérapeute et de son ancrage théorique. Une contradiction a été constatée au sein de l'échantillon quant à la prise en considération du cadre. D'une part, un thérapeute a abordé la notion de cadre interne, mettant d'autant plus l'emphase sur des aspects de créativité et de flexibilité liés à la manière d'être du thérapeute. Il était contre l'idée de se fier à un cadre strict, car il y a la nécessité que le thérapeute s'adapte au client·e et aux aspects contextuels. D'autre part, un autre thérapeute était moins flexible et appliquait directement dans sa pratique le cadre théorique dicté par son approche théorique.

Sous-thème 1.3 : Orientation et réorientation théoriques à la suite de rencontres significatives. Les participant·e·s se référaient à la théorie quand ils discutaient de leur appartenance à une orientation thérapeutique ou lorsqu'ils expliquaient leur évolution quant à l'approche théorique choisie. Ces changements se sont mis en place pour la plupart face à des situations diverses : des client·e·s, des thématiques rencontrées, des types de services, des rencontres professionnelles ou personnelles. Cinq thérapeutes ont argumenté que ce n'était pas l'orientation théorique qui les obligeait à mettre en place une intervention thérapeutique. Ceux-ci ont reconnu se distancier de la théorie lors de leurs interventions via des stratégies de recul critique, d'autonomie et de créativité. Les aspects de changements, vis-à-vis de l'orientation théorique ou à la pratique clinique, rapportés par les thérapeutes se sont mis en place via des rencontres ou des discussions avec d'autres thérapeutes, formateurs ou superviseurs. Pour ces thérapeutes, ce qui façonne l'identité du thérapeute est sa manière d'agir dans une situation, sans se réduire à ce que lui dicte son courant d'appartenance.

Un thérapeute a parlé d'un événement significatif qui a fondamentalement modifié son orientation théorique. Ce changement s'est opéré à la suite d'une thérapie personnelle du thérapeute. Cela illustre comment une inadéquation entre les valeurs du thérapeute, son expérience et son orientation théorique peut créer des difficultés et, dans ce cas-ci, générer un changement complet d'orientation théorique.

« J'ai fait un suivi thérapeutique dans un autre courant [...] J'en suis sortie pas bien du tout et complètement dépendante. [...] J'ai osé quitter cette personne et j'ai dû en payer le prix pour la quitter. Cela a été très violent. Je me suis dit qu'il me fallait une approche plus en lien avec mes valeurs. » (T3)

Sous-thème 1.4 : Hétérogénéité dans le développement personnel et professionnel. L'historique personnel et professionnel des différents membres de l'échantillon a été mis en évidence lors de ces rencontres. Ces parcours sont riches et ne suivent pas une trajectoire linéaire et prévisible pour la plupart. Deux membres ont désiré, avant d'entamer des études en psychologie,

commencer d'autres études au préalable. Au sein de l'échantillon, une manière personnelle de penser et de percevoir le monde semble être présent chez ces thérapeutes. En effet, ces deux thérapeutes ont réalisé des études complètes, différentes de la psychologie, avant de se tourner vers une formation en psychothérapie. Un thérapeute a réalisé des études en sciences de l'éducation et l'autre en sciences infirmières. Ces orientations vers le domaine psychothérapeutique ont été favorisées par un intérêt pour l'être humain et une occasion d'améliorer leurs compétences dans le domaine de l'accompagnement.

« J'étais une ado assez rebelle et j'ai détesté l'école. [...] J'ai abandonné mon autre pratique professionnelle pour devenir thérapeute [...] les compétences de mon ancien métier me restent utiles, notamment au niveau rédactionnel, j'ai toujours aimé écrire et rechercher la vérité. » (T5)

Thème 2: «Le développement personnel et professionnel requiert une formation continue»

Les aspects de formation continue ont été abordés par tous les participant·e·s. Chacun des thérapeutes de l'échantillon a réalisé une formation complémentaire en psychothérapie. A la suite d'une formation de base, avec un master en sciences psychologiques ou un autre master y donnant accès, les thérapeutes se sont formés à psychothérapie. Ces formations invitent les thérapeutes à avoir une pratique supervisée et à commencer un travail personnel.

Sous-thème 2.1 : Le travail personnel. Les aspects de thérapie personnelle ont également été nommés par tous les participant·e·s. Le travail personnel a été rapporté comme essentiel afin de bien se connaître et de créer une bonne alliance thérapeutique avec les client·e·s. Suivre une thérapie personnelle a permis à ces thérapeutes de prendre conscience de leurs biais interprétatifs provenant de leur vécu personnel et de repérer les phénomènes de transfert et contre-transfert avec leurs client·e·s.

« Il faut se donner les moyens, se connaître suffisamment. Il faut savoir que l'on va être touché par certains éléments parce que cela nous concerne, on peut déminer mais cela ne va pas pour autant changer mais être au courant que c'est là. [...] il y a l'aspect important d'un travail sur soi pour pouvoir rencontrer l'autre. » (T4)

Un thérapeute a également déclaré que cela permet d'expérimenter le processus thérapeutique inverse, en étant la personne écoutée. L'expérience d'avoir un moment d'écoute, centré sur soi, permet au thérapeute de mieux comprendre le processus thérapeutique. Passer d'une position d'écouter à une position de personne écoutée est constructif pour l'identité du thérapeute.

Sous-thème 2.2 : La supervision. La supervision est le thème qui a été le plus abordé par les thérapeutes interviewés. Elle est considérée comme essentielle par tous les participant·e·s. D'après eux, elle permet de cultiver une réflexion et un esprit critique par rapport à la pratique. Plusieurs thérapeutes ont rapporté qu'ils allaient en supervision quand une difficulté apparaissait en suivi car cela prenait tout son sens à ce moment-là. Un thérapeute a relaté sa première supervision comme une expérience confrontante et révélatrice de ses lacunes au niveau de sa pratique clinique. Cela lui a fait prendre conscience à quel point une supervision est précieuse pour se développer en tant que thérapeute.

« Ce qui m'a le plus secoué, c'est quand j'ai fait ma première supervision, [...] Alors, quand on enregistre ce que l'on fait et qu'on l'écoute avec le superviseur. Et qu'après dix secondes, le superviseur stoppe l'enregistrement en demandant « Pourquoi vous dites ça ? » ... A ce moment-là, bah vous ne vous sentez pas bien et vous l'oubliez pas pendant les dix ans à venir. [...] En voyant comment on participe au blocage d'un patient·e. [...] Pour moi ce n'est que par l'expérience et le retour bienveillant d'un autre professionnel que l'on en prend conscience. » (T1)

Un thérapeute était mécontent du quota d'heures de supervisions obligatoires demandées par la formation et avait préféré ne pas rencontrer de superviseur durant deux ans, après la complétion de sa formation en psychothérapie. Il préférait retourner en supervision quand cela lui apparaissait nécessaire et non par obligation. Cela lui a permis de développer une confiance en sa pratique, via une prise de distance et d'autonomie dans le choix de se faire superviser.

Sous-thème 2.3 : L'insatisfaction par rapport à la formation. Cinq thérapeutes ont rapporté ne pas être satisfaits des formations en psychothérapie qu'ils ont suivies. C'était d'autant plus saillant pour deux participant·e·s, allant jusqu'à dire qu'ils avaient détesté les formations en sciences psychologiques et en psychothérapie, critiquant la manière de donner cours à l'université, qu'ils décrivaient comme très théorique et passive, alors qu'ils étaient à la recherche d'aspects pratiques, ancrés dans l'expérience clinique.

« Je n'ai jamais été très scolaire au fond [...] je ne voulais pas suivre une formation universitaire car je n'aurais pas été aux cours [...]. Je cherchais une formation participative et non transfusée, quelque chose de théorico-clinique, basée sur l'expérience. » (T6)

Notons qu'un thérapeute était très satisfait de la formation suivie, la trouvant très riche tant au niveau expérientiel que théorique, bien que cela demandait un grand investissement. L'ensemble des thérapeutes sont d'accord sur le fait qu'une formation de qualité rassemble des aspects théoriques et expérientiels fondés sur la pratique clinique. Il a été précisé qu'un rapport égalitaire entre les formateurs et les personnes en formation permet de riches échanges.

Thème 3: «Le développement personnel et professionnel et la motivation à exercer et à choisir cette profession»

Plusieurs éléments liés à la volonté de réaliser ces études et d'exercer cette profession ont émergés. Dans ce thème, les différents aspects qui motivent les thérapeutes à exercer ce métier furent évoqués, comme leur manière d'être ou leurs prédispositions personnelles. Les expériences personnelles ont influencé la plupart des thérapeutes à se former à la psychothérapie et à entretenir cette volonté de continuer l'exercice de cette profession, riche d'expériences. Un thérapeute disait que l'on bénéficie, tant au niveau personnel que professionnel, des expériences de chacun des client·e·s que l'on rencontre.

Sous-thème 3.1 : Les expériences personnelles. Les événements de vie du thérapeute créent un ensemble d'expériences chargées d'émotions et de pensées qui influencent la manière d'être en tant que personne et thérapeute. Le métier de thérapeute est un métier expérientiel, en lien avec le client·e. Un participant·e spécifie que se développer en tant que thérapeute demande un profond développement personnel. Cela démontre également la dimension expérientielle du métier de thérapeute.

« Les approches que j'ai testées sur moi sont celles qui ont eu le plus d'impacts sur moi en tant que personne et que j'utilise le plus dans la vie de tous les jours [...]. La règle de base pour un thérapeute [...], c'est que l'on doit essayer soi-même [...], avoir une approche expérientielle. » (T7)

Cet exemple illustre que les thérapeutes utilisaient certaines manières de pratiquer la psychothérapie à la suite d'expériences personnelles concluantes et positives. Les thérapeutes ont tendance à utiliser des interventions qu'ils jugent efficaces.

Sous-thème 3.2 : La volonté de comprendre. Un thème qui a également émergé est la motivation à comprendre les processus sous-jacents qui génèrent de la souffrance. Deux participant·e·s ont précisé qu'ils avaient une volonté de comprendre afin d'aider et soigner les personnes en difficultés.

« Il y a la curiosité de comprendre la conflictualité interne qui crée la souffrance. » (T5)

Les participant·e·s ont abordé le fait que le métier de thérapeute demande un grand intérêt et de la fascination pour le fonctionnement psychologique et la créativité de l'être humain. Un participant disait qu'il était important de cultiver sa curiosité et d'approfondir différents aspects théoriques ou pratiques comme l'ouverture culturelle, par exemple. Deux thérapeutes ont rapporté des aspects de frustration et de patience face à une certaine impuissance dans le processus thérapeutique. Une participante a rapporté qu'il ne se passe souvent rien en séance, ce qui fait que la patience du thérapeute est précieuse. Un autre thérapeute a précisé que la curiosité pour l'être humain

permet d'avoir plus de patience face aux client·e·s. Les aspects de frustration du thérapeute ont été abordés via le concept de congruence. Selon un participant, un thérapeute doit travailler avec des aspects et des client·e·s avec lesquels il se sent à l'aise afin de diminuer certaines frustrations liées à de l'incongruence. Par ailleurs, d'autres aspects de frustration peuvent être travaillés via l'apprentissage de la patience et la confiance dans le processus thérapeutique.

« Pour pratiquer la thérapie, il faut une patience d'ange et beaucoup de séances ne rapportent pas grand-chose, [...] elles ne sont pas très excitantes pour le psy. Et le patient·e n'est pas là pour exciter le psy. Il faut beaucoup de patience et de confiance dans le processus thérapeutique » (T5)

Sous-thème 3.3 : Acceptation des limitations de la position thérapeutique. Ce troisième sous-thème est ressorti auprès de trois thérapeutes. Ils ont abordé l'égo du thérapeute. L'un a abordé ce sous-thème via un aspect de croyance de surpuissance qu'un thérapeute peut avoir ou ressentir. Il a abordé ce thème de manière générale, en disant qu'il était important que tout thérapeute travaille cela en supervision ou en thérapie personnelle. Certains participant·e·s parlaient du danger pour le thérapeute de se sentir tout-puissant car le suivi thérapeutique peut alimenter l'égo du thérapeute. Un thérapeute précisait qu'il est important de veiller à un positionnement de l'égo adéquat afin de bien écouter la personne.

« L'orgueil du thérapeute est important, le trop plein de fierté, vérifier que l'on est intelligent, devenir une référence, le besoin de créer une dépendance chez le patient·e. [...] Tous ces éléments-là, on est d'accord qu'il faut les travailler et voir un superviseur [...] ne pas se sentir le centre du monde. » (T1)

Un autre thérapeute a rapporté une tendance perfectionniste à remettre facilement en question ses interventions. D'un côté, ce thérapeute déclarait être rassuré par son référent théorique, car cela cadre sa manière de conceptualiser, d'intervenir et de rentrer en relation avec ses client·e·s. D'un autre, le référent théorique peut amener des difficultés comme une pratique idéalisée, une difficulté qu'il a vécue personnellement. Face à un idéal thérapeutique difficilement atteignable, ce thérapeute a travaillé ce côté perfectionniste en supervision afin d'accepter et de faire confiance à sa manière d'être thérapeute.

Sous-thème 3.4 : Attitude et questionnement éthique. Trois thérapeutes ont fait référence à des notions d'éthique et de déontologie. Notamment le fait qu'ils sont tenus de prêter des interventions de qualité pour chacune des personnes qu'ils accompagnent. Plusieurs sources ont été nommées par ces thérapeutes comme : la littérature, les séances d'intervisions ou les formations. Ces thérapeutes disaient être à la recherche de conseils et de bonnes indications lors de situations délicates qui posent un question-

nement éthique. Cet aspect était fort en lien avec le thème de relation à la théorie et le sous-thème de la supervision.

« Par rapport à la question de la violence sexuelle [...] il faut se former ou se poser des questions, [...] car il y a des éléments contre-transférentiels douloureux. » (T6)

Ces thérapeutes ont mis en évidence le fait de reconnaître ses limites en tant que thérapeute et de ne pas hésiter à rediriger les client·e·s. Deux thérapeutes ont abordé cela lors de la discussion d'aspects de « spécialisation ». Pour un thérapeute, il est important de faire ce que l'on fait de mieux, même si l'on s'ennuie à force de rencontrer les mêmes thématiques. Le fait de rencontrer le même type de client·e·s ou de souffrance permet une meilleure efficacité au niveau des soins apportés.

Discussion

Cette section a pour objectif de résumer les résultats de l'étude et leurs implications pour la pratique et les formations en psychothérapie. Les résultats ont permis de mettre en lumière trois thématiques générales. Premièrement, il a été mis en évidence que les thérapeutes font appel à la théorie pour les aider dans leur raisonnement clinique et la mise en place du cadre thérapeutique, interne ou externe. Des rencontres significatives avec des collègues, des thérapeutes ou des client·e·s ont favorisé des changements au niveau de leur orientation théorique. Ces sous-thèmes mettent en exergue que, bien que les thérapeutes s'ancrent dans une théorie clinique, ils se positionnent de manière plus au moins libre quant aux préceptes de celle-ci. Deuxièmement, les participant·e·s ont abordé la thématique de la formation continue en faisant référence plus particulièrement à la nécessité de faire de la thérapie personnelle et d'aller en supervision. L'échantillon a rapporté un certain mécontentement par rapport à la formation continue, critiquant la manière d'enseigner à l'université, la trouvant trop théorique et pas assez expérientielle. Troisièmement, les participant·e·s ont rapporté que les expériences personnelles et leur volonté de comprendre l'être humain sont ce qui les motivent dans l'exercice de cette profession. L'acceptation des limites de la position du thérapeute est ressortie des entretiens. Les thérapeutes ont parlé de vigilance quant à la position du thérapeute, car celle-ci peut générer des biais subjectifs, une impression de surpuissance et une envie d'être efficace. Les questionnements éthiques ont également été abordés afin d'intervenir auprès des client·e·s de la manière la plus adéquate possible. Ces données illustrent la complexité d'être un thérapeute au quotidien avec des aspects de développement personnel et de CPD. Ce métier apporte de nombreuses réflexions et ajustements à constamment réaliser en tant que thérapeute. Ces résultats montrent que les aspects personnels et professionnels sont intégrés et difficilement dissociables au sein de ce métier et que la personne-du-thérapeute est au centre de ce processus d'intégration. Ces résultats

sont cohérents avec la littérature à ce sujet (Barkham et al., 2021; Orlinsky et al., 2011; Rønnestad et al., 2019; Safi et al., 2017).

Les données ont mis en évidence l'intérêt d'investiguer la richesse du développement personnel-professionnel des thérapeutes. Il n'y a actuellement pas de définition spécifique concernant le processus du développement personnel-professionnel (PPD) du thérapeute, bien qu'il soit nommé dans la littérature (Salter & Rhodes, 2018; Welp et al., 2018). Avec ce qui ressort des données, le PPD peut se définir provisoirement par une intégration des qualités professionnelles et du travail personnel requis pour aller à la rencontre du client·e, générant un processus de changement et permettant de faire face aux défis de la vie professionnelle. Ce concept s'inscrit dans la perspective intégrée qui met sur le même pied d'égalité les compétences professionnelles et le développement personnel du thérapeute. L'idée est que le processus de développement, intégrant ces deux facettes, permet d'être un facteur de protection face aux conséquences négatives des difficultés professionnelles.

D'après les données récoltées auprès de thérapeutes chevronnés formés à diverses approches thérapeutiques, il apparaît nécessaire que les formations en psychothérapie s'alignent à la perspective intégrée et incluent des objectifs d'apprentissage privilégiant un PPD centré sur la personne-du-thérapeute. En tenant compte de ce qui ressort des entretiens, il semble essentiel d'intégrer à la formation professionnelle théorique, des aspects expérientiels, réflexifs (supervision) et de développement personnel (travail personnel). Ces piliers amènent les thérapeutes à favoriser l'élaboration de compétences et d'attitudes pour aller à la rencontre du client·e et intervenir de manière adéquate (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Gold & Hilsenroth, 2009; Zech, 2021).

Pour des recherches futures, il serait intéressant d'explorer si ces résultats se confirment auprès d'un plus grand échantillon, composé de thérapeutes ayant différents niveaux d'expérience clinique, afin d'avoir une meilleure représentativité. Cela permettrait également de vérifier si la trajectoire du développement personnel et professionnel se fait de manière intégrée dès le départ ou si elle s'acquière après une longue expérience clinique, comme cela est suggéré par les participant·e·s de cette étude.

Conclusion

Cette étude contribue à une meilleure compréhension du développement personnel et professionnel des thérapeutes. Ces résultats peuvent aider à améliorer la qualité des formations en psychothérapie. Avec ce qui ressort de cette étude, adopter une perspective intégrée au sein des formations en psychothérapie permet un développement des aspects professionnels et personnels liés au métier de thérapeute. Enfin, ces résultats mettent également en évidence que le parcours de développement personnel et professionnel est unique pour chaque thérapeute, et ce, quelle que soit leur orientation théorique.

Références

- Ackerman, S.J. & Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1–33. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
- Agha, S. (2022). Aligning continuing professional development (CPD) with quality assurance (QA) : A perspective of healthcare leadership. *Quality & Quantity*, 56(2), 447–461. <https://doi.org/10.1007/s11135-021-01138-2>
- Antoine, P. & Smith, J.A. (2017). Saisir l'expérience : Présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. *Psychologie Française*, 62(4), 373–385. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2016.04.001>
- Arthur, A.R. (2001). Personality, epistemology and psychotherapists' choice of theoretical model : A review and analysis. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 4(1), 45–64. <https://doi.org/10.1080/13642530110040082>
- Barkham, M., Lutz, W. & Castonguay, L.G. (2021). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (A.E. Bergin & S.L. Garfield, Éd.s.; 7th edition, 50th anniversary edition). Wiley.
- Barnett, M. (2007). What brings you here? An exploration of the unconscious motivations of those who choose to train and work as psychotherapists and counsellors. *Psychodynamic Practice*, 13(3), 257–274. <https://doi.org/10.1080/14753630701455796>
- Bennett-Levy, J. (2006). Therapist Skills : A Cognitive Model of their Acquisition and Refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(1), 57–78. <https://doi.org/10.1017/S1352465805002420>
- Bennett-Levy, J., McManus, F., Westling, B.E. & Fennell, M. (2009). Acquiring and Refining CBT Skills and Competencies : Which Training Methods are Perceived to be Most Effective? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(5), 571–583. <https://doi.org/10.1017/S1352465809990270>
- Bennett-Levy, J., Thwaites, R., Chaddock, A. & Davis, M. (2009). Reflective practice in cognitive behavioural therapy : The engine of lifelong learning. In *Reflective Practice in Psychotherapy and Counselling* (pp. 115–135). McGraw-Hill Education. <http://rgdoi.net/10.13140/2.1.1111.9040>
- Bennett-Levy, J., Turner, F., Beaty, T., Smith, M., Paterson, B. & Farmer, S. (2001). The value of self-practice of cognitive therapy techniques and self-reflection in the training of cognitive therapists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(2), 203–220. <https://doi.org/10.1017/S1352465801002077>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Clarke, V. & Braun, V. (2017). Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 297–298. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>
- Collin, K., Van der Heijden, B. & Lewis, P. (2012). Continuing professional development. *International Journal of Training and Development*, 16(3), 155–163. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2419.2012.00410.x>
- Deurzen, E.V. (2001). Psychotherapy training in Europe : Similarities and differences. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 4(3), 357–371. <https://doi.org/10.1080/13642530210126275>
- El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yrondi, A., Brunault, P., Bienvenu, T., Etain, B., Paquet, C., Gohier, B., Bennabi, D., Birmes, P., Sauvaget, A., Fakra, E., Prieto, N., Bulteau, S., Vidailhet, P., Camus, V., Leboyer, M., Krebs, M.-O. & Aouizerate, B. (2020). Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : Quels risques pour leur santé mentale ? *L'Encéphale*, 46(3), S73–S80. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>
- Elliott, R., Greenberg, L.S., Watson, J., Timulak, L. & Freire, E. (2013). Research on Humanistic- Experiential Psychotherapies. In *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 495–538). John Wiley & Sons Inc.
- Elman, N.S., Illfelder-Kaye, J. & Robiner, W.N. (2005). Professional Development : Training for Professionalism as a Foundation for Competent Practice in Psychology. *Professional Psychology : Research and Practice*, 36(4), 367–375. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.367>
- Emery, S., Wade, T.D. & McLean, S. (2009). Associations Among Therapist Beliefs, Personal Resources and Burnout in Clinical Psychologists. *Behaviour Change*, 26(2), 83–96. <https://doi.org/10.1375/bech.26.2.83>
- EPA (2017). A European Certificate of Psychotherapy Document to provide Guidelines for the Procedure and Criteria of Training and Qualifications—Version 7 voted at the Annual General Meeting of the European Association for Psychotherapy in Vienna.
- Etikan, I., Musa, S.A. & Alkassim, R.S. (2016). Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), 1. <https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11>
- Gold, S.H. & Hilsenroth, M.J. (2009). Effects of graduate clinicians' personal therapy on therapeutic alliance. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(3), 159–171. <https://doi.org/10.1002/cpp.612>
- HCPC (2019). *Benefits of Becoming a Reflective Practitioner : Joint Statement*. Health & Care Professions Council (HCPC). <https://www.hcpc-uk.org/globalassets/news-and-events/benefits-of-becoming-a-reflective-practitioner---joint-statement-2019.pdf>
- Jaotombo, F. (2009). Vers une définition du développement personnel. *Humanisme et Entreprise*, 294(4), 29. <https://doi.org/10.3917/hume.294.0029>
- Jennings, L., Goh, M., Skovholt, T.M., Hanson, M. & Banerjee-Stevens, D. (2003). Multiple Factors in the Development of the Expert Counselor and Therapist. *Journal of Career Development*, 30(1), 59–72. <https://doi.org/10.1177/089484530303000104>
- Kazdin, A.E. (Éd.). (2000). *Encyclopedia of psychology*. American Psychological Association ; Oxford UP.
- Kuenzli-Monard, F. (2006). Comment inviter la réflexivité en thérapie : La pensée pratique du psychothérapeute. *Thérapie Familiale*, 27(2), Art. 2. <https://doi.org/10.3917/TF.062.0181>
- Larivée, S., Sénéchal, C. & St-Onge, Z. (2018). Confirmation bias in the clinical setting. *Enfance*, 4, 575–592. <https://doi.org/10.3917/enf2.184.0575>
- Larsen, D. & Stamm, B.H. (2012). Professional Quality of Life and Trauma Therapists. In S. Joseph & P.A. Linley (Éds.), *Trauma, Recovery, and Growth* (pp. 275–293). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118269718.ch14>
- Levitt, H.M. (2018). How to conduct a qualitative meta-analysis : Tailoring methods to enhance methodological integrity. *Psychotherapy Research*, 28(3), 367–378. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1447708>
- Lietaer, G. & Zech, E. (2021). L'Authenticité du thérapeute : Congruence et transparence. In *Psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle : Fondements et développements contemporains* (pp. 99–118). De Boeck Supérieur.
- Lilienfeld, S.O. & Basterfield, C. (2020). Reflective practice in clinical psychology : Reflections from basic psychological science. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 27(4), Art. 4. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12352>
- McBeath, A. (2019). The motivations of psychotherapists: An in-depth survey. *Counselling and Psychotherapy Research*, 19(4), 377–387. <https://doi.org/10.1002/capr.12225>
- Mearns, D. (1997). *Person-centred counselling training*. Sage.
- Morais, S. (2013). Le chemin de la phénoménologie : Une méthode vécue comme une expérience de chercheur. 15, 497–511.
- Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., Jones, N., Cannon, M., Correll, C.U., Byrne, L., Carr, S., Chen, E.Y.H., Gorwood, P., Johnson, S., Kärkkäinen, H., Krystal, J.H., Lee, J., Lieberman, J., López-Jaramillo, C., Männikkö, M., ... Arango, C. (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *The Lancet. Psychiatry*, 7(9), 813–824. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30307-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30307-2)

- Norcross, J.C., VandenBos, G.R., Freedheim, D.K. & American Psychological Association (Éds.). (2011). *History of psychotherapy : Continuity and change*. 2nd ed. APA.
- Orlinsky, D., Schofield, M.J., Schroder, T. & Kazantzis, N. (2011). Utilization of personal therapy by psychotherapists : A practice-friendly review and a new study. *Journal of Clinical Psychology*, 67(8), Art. 8. <https://doi.org/10.1002/jclp.20821>
- Plchová, R., Hytych, R., Řiháček, T., Roubal, J. & Vybíral, Z. (2016). How do trainees choose their first psychotherapy training? The case of training in psychotherapy integration. *British Journal of Guidance & Counselling*, 44(5), 487–503. <https://doi.org/10.1080/03069885.2016.1213371>
- Regas, S.J., Kostick, K.M., Bakaly, J.W. & Doonan, R.L. (2017). Including the self-of-the-therapist in clinical training. *Couple and Family Psychology : Research and Practice*, 6(1), 18–31. <https://doi.org/10.1037/cfp0000073>
- Restivo, L., Julian-Reynier, C. & Apostolidis, T. (2018). Pratiquer l'analyse interprétative phénoménologique : Intérêts et illustration dans le cadre de l'enquête psychosociale par entretiens de recherche. *Pratiques Psychologiques*, 24(4), 427–449. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2017.12.001>
- Rief, W. (2021). Moving from tradition-based to competence-based psychotherapy. *Evidence Based Mental Health*, 24(3), 115–120. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2020-300219>
- Rogers, C.R. (1965). The concept of the Fully Functioning Person. *Pastoral Psychology*, 16(3), 21–33.
- Rogers, C.R. (1975). Empathic : An Unappreciated Way of Being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), Art. 2. <https://doi.org/10.1177/001100007500500202>
- Rohr, D. (2021). *Counselling in Europe : Training, Standards, Research, « Culture » & information about 39 countries*. Carl-Auer.
- Rønnestad, M.H., Orlinsky, D.E., Schröder, T.A., Skovholt, T.M. & Willutzki, U. (2019). The professional development of counsellors and psychotherapists : Implications of empirical studies for supervision, training and practice. *Counselling and Psychotherapy Research*, 19(3), Art. 3. <https://doi.org/10.1002/capr.12198>
- Rønnestad, M.H. & Skovholt, T.M. (2003). The Journey of the Counselor and Therapist : Research Findings and Perspectives on Professional Development. *Journal of Career Development*, 30(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1177/089484530303000102>
- Safi, A., Bents, H., Dinger, U., Ehrenthal, J.C., Ackel-Eisnach, K., Herzog, W., Schauenburg, H. & Nikendei, C. (2017). Psychotherapy training : A comparative qualitative study on motivational factors and personal background of psychodynamic and cognitive behavioural psychotherapy candidates. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(2), 186–200. <https://doi.org/10.1037/int0000031>
- Salter, M. & Rhodes, P. (2018). On Becoming a Therapist : A Narrative Inquiry of Personal-Professional Development and the Training of Clinical Psychologists. *Australian Psychologist*, 53(6), 486–492. <https://doi.org/10.1111/ap.12344>
- Schön, D.A. (1983). *The reflective practitioner : How professionals think in action*. Basic Books.
- Schulthess, P. (2021). Document de synthèse de l'EAP relatif à la recherche en psychothérapie : à jour! *Psychotherapie-Berufsentwicklung*, 7(1), 57–58. <https://doi.org/10.30820/2504-5199-2021-1-57>
- Schwartz, R.A. & Bryan, W.A. (1998). What Is Professional Development? *New Directions for Student Services*, 1998(84), 3–13. <https://doi.org/10.1002/ss.8401>
- Skovholt, T.M. & Rønnestad, M.H. (2003). Struggles of the Novice Counselor and Therapist. *Journal of Career Development*, 30(1), 45–58. <https://doi.org/10.1177/089484530303000103>
- Stedmon, J. & Dallos, R. (2009). *Reflective practice in psychotherapy and counselling*. McGraw-Hill Internat. (UK) Ltd.
- Unger, J.-P. (2018). Le burnout des médecins (et celui des psychologues, infirmiers, magistrats, chercheurs et enseignants) : Pour un programme de contrôle de l'endémo-épidémie. *Cahiers de psychologie clinique*, 51(2), Art. 2. <https://doi.org/10.3917/cpc.051.0169>
- Van Broeck, N. & Lietaer, G. (2008). Psychology and Psychotherapy in Health Care : A Review of Legal Regulations in 17 European Countries. *European Psychologist*, 13(1), 53–63. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.13.1.53>
- Welp, A., Johnson, A., Nguyen, H. & Perry, L. (2018). The importance of reflecting on practice : How personal professional development activities affect perceived teamwork and performance. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21–22), 3988–3999. <https://doi.org/10.1111/jocn.14519>
- Zech, E. (2021). Se former aux PCPE. In E. Zech, G. Demaret, J.M. Priels & C. Demaret-Wauters, *Psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle : Fondements et développements contemporains* (pp. 357–390). De Boeck Supérieur.
- Zech, E., Demaret, G., Priels, J.-M. & Demaret-Wauters, C. (2021). *Psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle : Fondements et développements contemporains*. De Boeck Supérieur.

What are the personal and professional development trajectories of experienced therapists? Exploring their experiences

Abstract: The aim of this study was to explore and obtain a better understanding of therapists' personal and professional development and their training needs. Seven experienced therapists from different orientations were interviewed. The questions addressed focused on the significant events that had had an impact on their professional development and their perceptions of the profession and themselves. A thematic analysis of their interviews revealed several themes relating to their development as therapists: (1) personal and professional development and its fluctuating relationship to theory, (2) personal and professional development requires continuing education, and (3) personal and professional development and motivation to practice and choose this profession. The results of this study highlight the need to recognize and value personal development as an integral part of psychotherapists' professional development.

Keywords: qualitative research, therapist, personal and professional development, significant events

Quali sono i percorsi di sviluppo personale e professionale dei terapeuti esperti? Esplorare le loro esperienze

Riassunto: L'obiettivo di questo studio è stato quello di esplorare e comprendere meglio lo sviluppo personale e professionale dei terapeuti e i loro bisogni formativi. Sono stati intervistati sette terapeuti esperti di diversi orientamenti. Le domande poste si sono concentrate sugli eventi significativi che hanno avuto un impatto sul loro sviluppo professionale e sulla loro percezione della professione e di se stessi. L'analisi tematica delle interviste ha rivelato diversi temi relativi al loro sviluppo come terapeuti: (1) lo sviluppo personale e professionale e il suo rapporto fluttuante con la teoria, (2) lo sviluppo personale e professionale richiede una formazione continua e (3) lo sviluppo personale e professionale e la motivazione a praticare e scegliere questa professione. I risultati di questo studio evidenziano la necessità di riconoscere e valorizzare lo sviluppo personale come parte integrante dello sviluppo professionale degli psicoterapeuti.

Parole chiave: ricerca qualitativa, terapeuta, sviluppo personale e professionale, eventi significativi

Les auteur·e·s

Hubert de Condé est psychologue clinicien-psychothérapeute, chargé d'enseignement et doctorant à l'Institut de recherche en sciences psychologiques (IPSY) de l'Université catholique de Louvain (UCLouvain). Titulaire d'un Master en psychologie clinique et d'un Certificat en psychothérapie intégrée, il suit actuellement une formation de psychothérapeute centré sur la personne. Depuis 2020, il consulte également en tant que thérapeute indépendant à Bruxelles et à Louvain-la-Neuve.

Jochem Willemsen, coordinateur du groupe de recherche, est professeur de psychologie clinique à l'UCLouvain et psychothérapeute psychanalytique en pratique privée. En 2019, il a rejoint l'UCLouvain pour enseigner la psychologie clinique de l'adulte et la psychologie criminelle. Il est l'un des membres fondateurs de la Single Case Archive, une vaste archive en ligne d'études de cas de psychothérapie publiées. Avant sa nomination à l'UCLouvain, il était chargé de cours à l'Université d'Essex où il a développé un portefeuille d'enseignement et de recherche dans le domaine de la psychanalyse, de la psychothérapie et de la psychologie clinique. Durant cette période, il a participé à la mise en place du nouveau département d'études psychosociales

et psychanalytiques (2017). Pendant plusieurs années, il a assumé le rôle de directeur de la recherche dans ce département.

Emmanuelle Zech, membre du groupe de recherche, est professeure ordinaire de psychologie clinique et de psychothérapie, et doyenne de la faculté de psychologie et des sciences de l'éducation à l'UCLouvain. En 2004, elle a été nommée sur un poste de psychologue de l'adversité. Elle a présidé le Centre de recherche pour l'étude de la santé et du développement psychologique (2008–2014). Elle a développé une ligne de cours et de formation en counseling et thérapie centrés sur la personne et l'expérience (PCPE) au niveau du premier, du deuxième et du troisième cycle. Elle coordonne le laboratoire de recherche et de formation centré sur la personne (PCLab), a soutenu la création d'une plateforme d'apprentissage en ligne des compétences d'aide et du laboratoire de compétences relationnelles IPSY/PSP.

Contact

hubert.deconde@uclouvain.be
jochem.willemsen@uclouvain.be
emmanuelle.zech@uclouvain.be

Die Herausforderung von Psychiatrie und Psychotherapie angesichts der Krise des modernen Selbstverständnisses¹

Daniel Hell

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (2) 2023 63–70

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-2-63>

Zusammenfassung: Psychiatrie und Psychotherapie sind besonders stark von der herrschenden Kultur abhängig. Im letzten halben Jahrhundert, in der der Autor als Universitätsprofessor, Klinikchef und Therapeut in eigener Praxis tätig war, haben sich Psychiatrie und Psychotherapie vielfältig verändert. Unter Berücksichtigung des gesellschaftlichen Wandels und der damit zusammenhängenden Veränderungen des menschlichen Selbstverständnisses wird auf den Wandel der psychischen Krankheitsformen eingegangen. Schon heute lässt sich eine Tendenz zur Verdinglichung der Gefühle und eine verstärkte Beschäftigung mit dem Selbstwert feststellen. So sind Schuldgefühle bei schwer depressiv erkrankten Menschen heute seltener geworden. Gleichzeitig ringen depressive Menschen häufiger mit Kränkungen und verletztem Selbstwert. Auch das «Selbst» wird hauptsächlich reflexiv wie ein Objekt verstanden. Präreflexive, gleichsam leib-seelische Anteile erhalten auch in Psychotherapien wenig Aufmerksamkeit. Diese Tendenz könnte durch die Digitalisierung mit Big Data noch verstärkt werden. Umso wichtiger ist eine Auseinandersetzung mit der Zukunft von Psychiatrie und Psychotherapie auch in Kenntnis ihrer Geschichte.

Schlüsselwörter: Psychiatrie, Psychotherapie, Kultur, Gesellschaft, Psychiatriereform, Individualisierung, Entfremdung, Depression

Psychiatrie/Psychotherapie und Kultur

Das Verständnis psychischer Probleme und Erkrankungen ist weitgehend von den kulturellen Vorstellungen geprägt, die eine Gesellschaft dominieren. Dazu tragen heute wissenschaftliche Erkenntnisse bei. Insbesondere die Neurowissenschaften beeinflussen aktuell, was wir über psychische Krankheiten denken. Sehr viele Menschen verstehen psychische Krankheiten als Hirnstörungen. Allerdings bleiben bisher die häufigsten psychischen Störungen wie insbesondere die meisten Depressionsformen neurobiologisch weitgehend ungeklärt. Zwar haben wir heute dank methodischer Fortschritte, vor allem der Digitalisierung und der Bildgebung, eine viel detailliertere Kenntnis des Gehirns. Doch sind psychische Störungen oft nicht allein auf Hirnveränderungen zurückzuführen. Sie werden denn auch entsprechend meist als multifaktoriell begründet, ohne dass allerdings der komplizierte Zusammenhang mannigfaltiger Einflussfaktoren wie Genetik, Biografie, soziale oder zwischenmenschliche Belastungen im Einzelfall genau bekannt wäre. Das scheint die Akzeptanz neurobiologischer Konzepte zum Beispiel im Fall der Depressionsbehandlung aber nicht zu schmä-

lern. Zu hoch ist der Stellenwert der Neurowissenschaft in der heutigen Gesellschaft, als dass nicht vielfach davon ausgegangen würde, die Neurobiologie könne es richten.

So ist zum Beispiel die Serotoninhypothese der Depression aufgrund empirischer Befunde ungesichert und sehr wahrscheinlich unzureichend, wenn nicht falsch. Damit entfällt die Begründung, worauf sich die Vermarktung der Antidepressiva 20 Jahre lang gestützt hat – nämlich, dass depressive Menschen im Gehirn und insbesondere in den Synapsen einen Mangel an Serotonin aufweisen. Gleichzeitig ist in den letzten Jahrzehnten auch die Differenz zwischen Antidepressiva- und Placebowirkung immer geringer geworden. Gemäss einer neuen Studie der Daten der FDA (Stone et al., 2022) ist davon auszugehen, dass 85 % der Antidepressivawirkung auch mit Placebos erreicht werden können. Viele Firmen haben sich denn auch von der Forschung zu Psychopharmaka vom Typ Antidepressiva zurückgezogen. Das ändert aber nichts daran, dass Antidepressiva immer häufiger gebraucht werden. Das Vertrauen in sie scheint ungebrochen.

Nun ist nicht zu bestreiten, dass Antidepressiva eine Wirkung haben, allerdings wahrscheinlich keine spezifisch antidepressive, sondern eher eine beruhigende und emotional distanzierende. So wirken sie bei Angststörungen im Vergleich zu Placebos sogar eher besser als bei Depressionen. Sie können aber auch das Leiden depressiver Menschen verringern, indem sie es nicht so spüren lassen.

¹ Dieser Beitrag beruht auf dem überarbeiteten und gekürzten Manuskript meines Vortrags am 5.11.2022 am C. G. Jung-Institut Zürich im Rahmen der Tagung «Psychotherapie und Gesellschaft in unruhigen Zeiten».

Aber es gibt immer weniger Hinweise, dass sie die Ursache der Depressionen zu beseitigen vermögen. So wurden sie aber im Decade of the Brain proklamiert und davon gehen immer noch die meisten Menschen aus, die sie einnehmen. Es gibt also einen positiven Erwartungseffekt, den man therapeutisch den depressiven Menschen, die sie einnehmen, nicht nehmen möchte. Diese positive Erwartung hat, so nehme ich an, mehr mit dem Vertrauen in die moderne Wissenschaft und Technik zu tun als mit empirischen Befunden dieser Wissenschaft.

Wie ist aber damit umzugehen? Ethisch ist es schwer zu verantworten, auf der einen Seite die Autonomie des Patienten und damit die Aufklärungspflicht hochzuhalten und auf der anderen Seite die antidepressive Wirkung eines Medikaments zu empfehlen. Ein Ausweg kann die offen deklarierte Abgabe eines Placebos sein. Damit haben wir aber noch wenig Erfahrung, auch wenn erste Studien positive Resultate ergaben. Ich helfe mir damit, dass ich nicht die antidepressive, sondern die unspezifische Verminderung des Leidens durch ein Antidepressivum betone. So vertrete ich bei einem depressiven Menschen, der stark leidet und eine medikamentöse Hilfe wünscht, nach weiteren Abklärungen die Abgabe eines Antidepressivums. Es erhöht einerseits die Chance, dass depressive Symptome abnehmen, sei dies durch das Medikament direkt oder indirekt durch die Placebowirkung bedingt. Andererseits können antidepressiv genannte Medikamente wie dargelegt auch unempfindlicher machen und damit vom Leiden distanzieren. Aber es gilt in der Depressionsbehandlung auch unbedingt diejenigen Zusammenhänge des krankhaften Geschehens, die das Leiden überhaupt erst hervorgerufen haben, zu beachten und adäquat zu behandeln. Dazu zählen hauptsächlich innere und äussere Konflikte sowie belastende Lebenssituationen.

Die psychotherapeutische oder sozialpsychiatrische Behandlung dieser Störungen hängt aber von der Einsicht und vom Willen der Patienten ab. Hier stelle ich nun Veränderungen fest, die auch kulturbedingt sind. Sie verringern zwar nicht die Bereitschaft zu einer Therapie, verändern aber die Erwartungen an sie. Es geht weniger, einmal sehr plakativ gesagt, um ein Ringen mit sich selbst als um Techniken, wie mit auftretenden Problemen umzugehen ist. Dieser Wandel scheint mir mit veränderten Ansprüchen an die eigene Person, die Umwelt und das Leben zu tun haben, aber auch mit einem veränderten Selbstverständnis. Wenn heute das Selbst als Begriff in Psychologie und Philosophie vermehrt ins Zentrum gerückt wird, so kann dies auch ein Zeichen für den Verlust einer Selbstverständlichkeit dieses «Selbst» sein (Hell, 2022).

Persönliche Erfahrungen als Zeitzeuge von 50 Jahren Psychiatrie und Psychotherapie

Ich möchte im Folgenden von meinen persönlichen Erfahrungen aus einem halben Jahrhundert psychiatrischer und psychotherapeutischer Tätigkeit berichten. Nicht nur ich habe mich verändert, auch meine Patienten. Auch unsere gemeinsame Umwelt, die Arbeits- und Anstellungs-

bedingungen, die Kommunikationsweisen, die sozialen Medien, die Mobilität und vieles mehr.

Als ich im Sommer 1971 meine erste Arbeitsstelle als psychiatrischer Assistenzarzt am Burghölzli begann, traf ich auf räumliche und therapeutische Verhältnisse, die heute kaum mehr vorstellbar sind. Die Klinik war zwar seit Kurzem nicht mehr von einer Mauer umgeben. Doch waren die meisten Krankenabteilungen nicht nur geschlossen, sondern so karg eingerichtet, dass die Patienten über keine Privatsphäre verfügten. Die meisten Kranken waren in Mehrbettzimmern oder in engen Wachsälen mit einem Dutzend Betten untergebracht. Die meisten Langzeitpatienten schliefen auf den hinteren Abteilungen über viele Jahre in gefängnisartigen Zellen, die nur mit einem Eisenbett, einer Matratze und einer Woldecke sowie einer stählernen Toilettenschüssel ausgerüstet waren. Die Behandlung bestand neben Psychopharmaka hauptsächlich in Arbeitstherapie, vor allem in einfachen industriellen Arbeiten. Die pflegerische und ärztliche Betreuung war sehr beschränkt, weil nur wenig Fachpersonal zur Verfügung stand. Diese Verhältnisse führten dazu, dass die Patienten tendenziell mehr als Fälle nach fixen Schemata denn als Individuen mit eigenen Bedürfnissen behandelt wurden. Doch fehlte es nicht an Engagement von Pflegern und Ärzten, den Patienten mehr Gespräche und Gruppentherapien anzubieten. Diese Einzelinitiativen konnten die Bedingungen der damaligen Psychiatrie aber nicht verändern. Sie war eine «Psychiatrie der Armut und Isolation», die vielfach mit Verwahrungen und Hospitalismus einherging. Aber diese psychiatrischen Verhältnisse waren nicht nur institutionell bedingt, sondern auch eine Folge der damaligen Gesellschaftspolitik, die der Betreuung psychisch Kranker keine grosse Bedeutung beimass.

Für dieses Abdrängen der Psychiatrie in eine gesellschaftliche Randstellung habe ich mich als junger Arzt geschämt. Es war mir sehr bewusst, dass meine Berufswahl mir nicht das gleiche Prestige einbrachte, wie wenn ich Innere Medizin oder Chirurgie als Fachgebiet gewählt hätte. Doch war ich nun einmal an psychologischen Fragen interessiert und hatte eine Zuneigung zu Menschen, die psychische Besonderheiten haben und aussergewöhnliche Leben führen. Wie oft trugen auch eigene Schwierigkeiten zu meiner Berufswahl bei. Ich habe sie nie bedauert. Ich hatte allerdings auch das Glück, eine der interessantesten Epochen der Psychiatrie- und Psychotherapiegeschichte mitzuerleben. Denn die Psychiatrie, zu der ich auch Psychotherapie zähle, hat seit meinem Berufseinstieg eine tiefgreifende Reform erfahren, die man durchaus auch als revolutionär bezeichnen kann. So konnte ich zunächst als Assistenzarzt, dann als Oberarzt und schliesslich als ärztlicher Direktor miterleben, dass noch eine ganz andere Psychiatrie möglich ist, als ich sie zuerst kennengelernt habe. Ich verdanke dieser Aufbauzeit erfüllende Berufsjahre.

Oft wird die Humanisierung der Klinikverhältnisse auf die Einführung moderner Psychopharmaka zurückgeführt. Ich habe dies etwas anders erfahren. Die anfangs beschriebenen Verhältnisse im Burghölzli – damals eine Vorzeigeklinik – wurden nicht unmittelbar durch Einführung moderner Psychopharmaka verändert. Es ist

im Gegenteil so, dass die Neuroleptika schon 20 Jahre vorher (nämlich 1952) entdeckt und zwei Jahrzehnte lang breit angewendet wurden. Ähnliches gilt von den Antidepressiva, die seit 1958 Anwendung fanden. Psychopharmaka trugen zwar zum Fortschritt bei und ermöglichten insbesondere, erregte und psychotische Patienten zu beruhigen. Aber sie konnten die stationäre Psychiatrie nicht grundlegend verändern. Sie haben insbesondere aus Krankheitsfällen keine therapeutisch einzubeziehenden Personen gemacht.

Dies machte erst später eine Reformbewegung möglich, die das Persönliche der psychisch Kranken betonte. Sie übte auch Kritik an der Ausgrenzung hospitalisierter Menschen und zeigte kritisch ihre ungenügende und zum Teil verheerende Behandlung auf. Dadurch rückte die Psychiatrie aus dem Abseits ins mediale und gesellschaftliche Interesse. Von Bedeutung war, dass die vermehrte Beachtung der psychisch Kranken und der Versuch, sie zu rehabilitieren, mithalf, ihre psychiatrische Behandlung zu verbessern. Nach meiner Wahrnehmung spielte für die Psychiatriereform die vermehrte Beschäftigung mit psychodynamischen Vorstellungen eine wichtige Rolle. Auch soziodynamische Überlegungen förderten das Verständnis für die Lage der psychisch Kranken. Dadurch bekam die Psychotherapie und die Sozialpsychiatrie Aufschub. Sie wurden zu Pfeilern der psychiatrischen Reform. Sie trugen dazu bei, dass der Patient vermehrt als je eigene Person und nicht nur als Kranker wahrgenommen wurde – bis hin zu den späteren Selbsthilfe- und Empowerment-Bewegungen, in denen der Patient als Person ganz im Zentrum steht.

Andererseits trug zur Verbesserung der stationären Behandlung bei, dass im letzten Drittel des letzten Jahrhunderts endlich die notwendigen finanziellen Mittel gesprochen wurden, um die psychiatrischen Kliniken (und alternative Behandlungsinstitutionen) räumlich und personell adäquat und gut einzurichten. Wichtig war auch, dass die erst 1960 in der Schweiz eingeführte Invalidenversicherung für die Unterbringung psychisch beeinträchtigter Menschen in Heimen und für ihre Beschäftigung in Werkstätten aufkam. Ohne diese Finanzierung durch die IV war vorher eine Entlassung vieler Kranker aus den Kliniken unmöglich gewesen.

Das bleibend Gute in Psychiatrie und Psychotherapie ist nach meiner persönlichen Erfahrung vor allem: die Entwicklung der Sozialpsychiatrie, die Stärkung der Psychotherapie, die therapeutische Ergänzung mit kreativen und körperorientierten Behandlungen, der Einbezug der Angehörigen, der medikamentöse Fortschritt und auch die enorme Verbesserung der baulichen Verhältnisse. All dies wäre nicht möglich gewesen, wenn sich nicht auch die gesellschaftliche Einstellung zur Psychiatrie und Psychotherapie wesentlich verändert hätte. Dazu trugen einerseits eine gewisse Öffnung und Liberalisierung der Gesellschaft bei, andererseits aber auch das wachsende Bewusstsein, wie vielen psychisch kranken Menschen therapeutisch geholfen werden kann. Nur so konnte die Psychiatrie aus einer lange bestehenden gesellschaftlichen Isolation heraustreten und mithelfen, psychisch kranke Menschen individueller, vielfältiger und integrativer zu behandeln.

Die Herausforderung aktueller Entwicklungen in Psychiatrie und Psychologie

Die heutige sozioökonomische und kulturelle Situation fordert Psychiatrie und Psychotherapie heraus. Sie muss sich mit neuen Problemen auseinandersetzen. Dabei besteht allerdings die Gefahr, dass die Errungenschaften der Psychiatriereform wieder geschwächt werden. Dazu tragen auch technische Entwicklungen bei.

Die Fortschritte der Digitalisierung ermöglichen heute, sehr viele Daten miteinander zu verarbeiten. Dadurch werden sowohl ökonomische wie empirische wissenschaftliche Analysen ermöglicht, die mehr und mehr den psychiatrischen Alltag bestimmen. Bei allem Gewinn solcher Erhebungen rückt der einzelne Patient mehr und mehr in den Hintergrund. Dabei hat die Psychiatriereform versucht, dem einzelnen Patienten näherzukommen und ihn besser zu verstehen, auch indem sie kleinere familiäre Einheiten auf den Krankenstationen schuf, ambulante und teilstationäre Einrichtungen förderte und die psychiatrische Versorgung generell näher zum Wohnort der Patienten und ihren Angehörigen gebracht hat. Diese Dezentralisierung (unter dem Stichwort gemeindenaher sowie regionalisierte und sektorierte Psychiatrie) ist heute einer Zentralisierung der Versorgung mit Grosskliniken oder Klinikverbänden gewichen. Damit ist eine gewisse Patientenferne der medizinischen Leitung verbunden.

Dass grosse Zahlen die Vertrautheit mit den Patienten nicht fördert, gilt auch für die empirische Forschung. Sie stützt sich mehr auf validierte Fragebögen als auf persönliche Gespräche. Kasuistische Forschungen haben Seltenheitswert. Die Tendenz, grosse Untersuchungszahlen und gute Methodik als Gütekriterien der modernen Forschung zu werten, macht die statistische Forschung aussagefähiger für eine Population von Menschen als für eine einzelne Person. Bei so komplexen Fragestellungen, wie sie sich in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung ergeben, ist aber nicht nur das statistische Wissen, sondern vor allem die Beziehung zum jeweiligen Patienten wichtig. Nur ein Wissen um die persönlichen Probleme eines Patienten und um seine biografisch und kulturell geprägte Einstellung dazu ermöglichen es einzuschätzen, wie einzelne Einflussfaktoren im individuellen Fall zusammenspielen und wie allenfalls die statistischen Befunde, die für die meisten Behandlungsverfahren breit streuen, zu interpretieren sind.

Die Gefahr der Psychotherapie und insbesondere der Psychiatrie bestand schon immer darin, entweder eine bestimmte biologische, psychologische oder soziologische Sichtweise zu präferieren und sich auf die ausgewählte Perspektive zu fokussieren. Heute dominiert die Neurowissenschaft, mitbedingt durch faszinierende neue Untersuchungsmethoden. So sind aktuell praktisch alle Lehrstühle an psychiatrischen Universitätskliniken mit Vertretern der neurobiologischen Richtung besetzt. Das hat zur Folge, dass Mediziner im Studium hauptsächlich von neurobiologischen Hypothesen und Studien hören und oft Psychiatrie als angewandte Neurowissenschaft

zu verstehen lernen. Oder wie ich zu sagen pflege: Die Psychiatrie, die entsprechend der Wortbedeutung einmal eine «Heilkunde der Seele» war, wird heute zur «Encephalopathie», zur Heilkunde des Gehirns.

Zweifellos ist der Einbezug verschiedener Zugangsweisen zu psychiatrischen Erkrankungen schwieriger als das biopsychosoziale Konzept vorzugeben scheint. Denn es bedarf eines Perspektiven- oder Kategorienwechsels. Der Neurobiologe nimmt den Menschen gleichsam von aussen (aus der Perspektive der dritten Person) als ein zu analysierendes Objekt wahr. Der phänomenologisch orientierte Kliniker nimmt ihn als Subjekt oder Person wahr, indem er (aus der Perspektive der ersten Person) am inneren Erleben des Kranken Anteil nimmt. Trotz solcher methodischen Schwierigkeiten kommt die Psychiatrie meines Erachtens aber nicht darum herum, sich der Mehrdimensionalität psychischer Störungen in der Forschung zu stellen. Nur so kann zum Beispiel überhaupt eine sinnvolle Korrelation zwischen einem vielschichtigen, differenziert zu erfassenden Erleben von Patienten und der meist ebenso komplexen Hirnaktivität erarbeitet werden. Allgemeine Krankheitskonzepte allein können diese komplexe und durch Feedback-Mechanismen komplizierte Aufgabe kaum lösen. Wohl deshalb dürften bisher auch die meisten Bemühungen um spezifische Biomarker von psychischen Erkrankungen gescheitert sein. Um das Krankheitsgeschehen zu studieren, reicht es eben nicht aus, grosse Daten biologischer, psychologischer und sozialer Art miteinander zu kombinieren und zu verrechnen. Zu berücksichtigen wären auch die Wechselwirkungen zwischen leidvollen Erlebensweisen, auslösenden Belastungen, genetischen Bedingungen, biografischen Prägungen, Umwelteinflüssen und Einstellungen einer Person zur aufgetretenen Problematik etc. Selbst bei Einzelfallanalysen ist die Komplexität der statistischen Zusammenhänge solcher Faktoren so gross, dass das Verständnis für den einzelnen Mensch darin unterzugehen droht.

Die fortschreitende Digitalisierung der modernen Gesellschaft macht auch vor der psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxis nicht Halt. Wie der Gebrauch von Smartphone, GPS, sozialen Medien und anderen Computerleistungen heute das Alltagsleben prägt, so beginnt die Digitalisierung auch die psychotherapeutische und psychiatrische Praxis zu verändern. So haben zum Beispiel die Telepsychiatrie und -psychotherapie insbesondere in der COVID-19-Pandemie mit der Anwendung von Zoom, Skype und anderen Plattformen Aufschwung erhalten. Diese Techniken ermöglichen Notfallkontakte, das Fortführen einer Therapie bei lokalen Abwesenheiten, das Vermeiden von zeitraubenden Fahrten usw., wie es früher unvorstellbar war.

Neben manchen Vorteilen sind allerdings auch Nachteile zu bedenken. So fehlt in solchen Therapieverfahren der direkte, sinnlich spürbare Kontakt. Das heisst zwar nicht, dass in einer Online-Psychotherapie keine stabile und positive Beziehung zu einem Therapeuten aufgebaut werden kann. Doch erschwert sie einen gefühls- und leiborientierten Kontakt, der die therapeutische Bezie-

hung nicht nur bei dynamischen und humanistischen Therapieformen vertieft. Sie ist somit bestimmt nicht die richtige Therapieform für alle Hilfesuchenden und alle Therapeuten.

Eingreifender dürfte die Digitalisierung in Zukunft die anwendbaren Therapiemethoden beeinflussen. So ermöglichen schon heute neue Technologien der Smartphones, die mit Sensoren ausgerüstet sind, einen Menschen örtlich zu lokalisieren und damit kontinuierlich den lebensweltlichen Kontext grob zu erfassen. Auch Puls, Blutdruck, Schrittlänge und vieles mehr lassen sich messen und damit Korrelate des Empfindens erschliessen. In naher Zukunft wird es immer mehr technische Anwendungen geben, um bestimmte soziale und biologische Einflüsse auf das psychische Befinden zu erfassen.

Natürlich können diese Sensoren nicht das Erleben aus erster Hand wiedergeben, aber sie können körperliche Äquivalente davon erfassen. So korreliert beispielsweise die Geschwindigkeit und die Kraft des Tippens oder Scrollens auf einem Smartphone mit der Depressionschwere. Auch die körperliche Aktivität kann gemessen und mit dem Wohlbefinden korreliert werden. Daraus können Rückschlüsse auf erwünschte Massnahmen gezogen werden. Dieser neue Trend des *digital phenotyping* oder des *internet of things* wird mit enormen Forschungsgeldern gefördert. In aktuellen Studien wird das digital phenotyping mit künstlicher Intelligenz und mit der Messung der Hirnaktivität kombiniert. So interessant viele Studienergebnisse auch sind: Der Mensch wird immer mehr zum Datenobjekt, also zum Gegenteil dessen, was Phänomenologie, wovon phenotyping abgeleitet ist, beinhaltet. Man misst den Schatten, den der Mensch wirft, aber nicht den Menschen selbst. Dabei besteht die Gefahr, dass das Schattenbild des Menschen mit dem Menschen gleichgesetzt wird und sich auch betroffene Menschen – und das sind wir alle – mehr mit dem Schatten oder dem Abbild von uns Menschen als mit den Menschen selbst beschäftigen.

Die Frage, die sich in diesem Zusammenhang stellt, ist naheliegend. Wird in der Psychiatrie und Psychotherapie der Zukunft die menschliche Person mit ihrem Leib, Empfinden, Fühlen, Denken, Handeln und ihrer Mitwelt im Zentrum stehen oder wird es vermehrt darum gehen, den sichtbaren Körper und das objektivierbare Verhalten in der bestimmbareren Umwelt zu erfassen und zu beeinflussen? Die Frage ist nicht neu. Sie hat sich schon früher gestellt – allerdings unter anderen Umständen und bei geringeren technischen Möglichkeiten. Die Psychiatrie und die Psychotherapie haben sich meist zu beidem bekannt, allerdings je nach Epoche und je nach Schulrichtung dann doch eher das eine oder das andere bevorzugt und praktiziert.

Man könnte nun davon ausgehen, dass der Selbstbezug des modernen Menschen, mithin das Verhältnis des Menschen zu sich selbst, wie es im psychologischen Begriff des «Selbst» zum Ausdruck kommt, vor einer Verdinglichung des Menschen schützt. Da bin ich mir aber nicht sicher. In Überforderungssituationen sind Hilfestellungen vielfach erwünscht, die mich erleichtern

und nicht noch weiter herausfordern. Viele Menschen, die mit einer Lebenssituation nicht zurechtkommen und in Angst geraten oder bedrückt reagieren, sind froh, wenn sie wie ein Objekt behandelt werden, sei es mit einem Medikament, das auf den Gehirnstoffwechsel einwirkt oder mit einem psychotechnischen Tool, das ihr Verhalten verändert.

Die Verunsicherung vieler Menschen hat aber in der individualistisch und multikulturell geprägten Spätmoderne nicht abgenommen. Vielmehr scheinen Autonomie und Wahlfreiheit den Schwindel der Angst angesichts möglicher Abgründe noch verstärkt zu haben. Das könnte erklären, dass in Psychiatrie und Psychotherapie vermehrt medikamentöse und Verhaltenstherapien und weniger psychoanalytische Therapien gewünscht werden und zur Anwendung kommen. Jedenfalls stelle ich wie viele andere Therapeuten fest, dass mehr Menschen als früher ein organisches Verständnis ihrer psychischen Erkrankung haben und entsprechend oft auch nach Medikamenten und Tipps für den Umgang mit ihrer hirnorganisch eingeschätzten Problematik fragen.

Neu ist für mich auch, dass mir Patienten biometrische Daten mitteilen, die sie mithilfe ihrer mit Sensoren bestückten Smartphones oder Uhren gewonnen haben. Sie zeigen mir manchmal auch, wie sie ihre Befindlichkeit und Aktivität an ihren Smartphones oder Uhren ablesen können. Dabei handelt es sich um verrechnete Big Data von eingebauten Mikrocomputern. Gewiss sind es noch wenige Patienten, die sich auf diese Verrechnungen stützen. Es könnte aber auch eine Avantgarde sein, die einen Trend vorausnimmt. Dann würden sich immer mehr Personen an hochgerechneten Zahlen und Daten orientieren als daran, was sie direkt empfinden und fühlen.

Natürlich ist nicht ausgeschlossen, dass solche Messungen und Big Data einmal auch auf unterschwellige Gefühle und Stimmungen aufmerksam machen können. Aber wird diese aufgezeichnete Affektivität auch wirklich als Gefühl und Stimmung wahrgenommen oder bleibt es beim Daten vermittelten kognitiven Hinweis auf eine Befindlichkeit, die nur mehr virtuell vorhanden ist? Was heisst das für die zukünftige Lebensgestaltung? Können datenvermittelte Kognitionen je die leibliche und affektive Wahrnehmung ersetzen, ohne den Menschen von sich selbst zu entfremden?

Krise des Selbst?

Hier zeigen sich Probleme eines modernen Selbstverständnisses, das meines Erachtens auch mit dem modernen psychologischen Selbstbegriff zu tun hat. Darauf möchte ich zum Schluss näher eingehen.

Wir reden zwar umgangssprachlich immer noch von der Seele und in der Fachsprache von der Psyche, haben aber gleichzeitig Abschied genommen von einer Seele, die dem Menschen gegeben ist. Stattdessen denken und reden wir häufiger von dem, wie wir uns zu uns selbst verhalten – und meinen damit ein Selbst, das wir weniger

sind, als dass wir es ständig neu zu bilden haben. Dieser Wechsel von der Seele zum Selbst ist kategorialer Art. Wir sind uns nicht mehr gegeben, sondern haben uns selbst zu erschaffen oder zu verwirklichen. Wir schätzen uns auch vermehrt als autonom bzw. von uns selbst abhängig ein. Das kann uns nicht nur selbstbewusster, sondern bei Schwierigkeiten auch verletzlicher machen.

Diese kulturbedingte Entwicklung des Selbstverständnisses verändert auch unsere psychischen Probleme (vgl. Ehrenberg, 2010). Waren früher Schuldgefühle bei Depressionen vorherrschend, so sind es heute Selbstwertprobleme. Selbstregulation, Selbstakzeptanz, Selbstermächtigung und Selbstmitgefühl sind denn auch zu psychotherapeutischen Schlagworten geworden. Wird das «Selbst» als Einstellung zu sich selbst – genauer als Summe aller Vorstellungen von sich selbst (Mummendey, 2006) – verstanden, wird mithin von einer Selbstbespiegelung oder einer Selbstreflexion (einem wahrnehmenden Ich und einem wahrgenommenen Mich) ausgegangen, dann bleiben wir einem Dualismus von Subjekt und Objekt verhaftet. Der Geist, mithin das Subjekt oder das Ich, erkennt den Körper und das Seelische als Objekt. Dieser Dualismus entspricht einem Geist – Körper oder einem Mind – Brain Dualismus, wenn auch nach innen gewendet. Weil der Mind oder der Geist, so verstanden, Körperliches und Seelisches erkennen kann, vermag er auch Entscheidungen zu treffen. Darauf basiert weitgehend die verbreitete Vorstellung einer menschlichen Autonomie. Denn wäre der Mensch nur materiell, gäbe es auch keinen freien Willen.

Nun ist aber das menschliche Selbstbewusstsein, das das Selbst voraussetzt, nicht nur reflexiver Art, mithin nicht nur geistiger Natur. Es hat auch präreflexive Anteile. Das zeigt sich besonders eindrücklich bei psychischen Krankheiten (worauf ich detaillierter in meinem Buch *Krise des Selbst* [2022] eingehe). Als Psychiater und Psychotherapeut hat sich mir die Rückführung des «Selbst» auf präreflexive und reflexive Anteile aufgedrängt, weil psychisch kranke Menschen nicht nur in Bedrängnis durch überfordernde oder unrealistische Selbstbilder (reflexiver Art) kommen, sondern manche Krankheiten auch mit einer Beeinträchtigung des leiblichen und affektiven (präreflexiven) Selbstgefühls einhergehen. Präreflexiv beeinträchtigte Menschen empfinden sich körperlich verändert. Sie spüren sich meist weniger und empfinden oft eine innere Leere, manchmal gleichzeitig mit quälender Unruhe. Auch ihr Gefühlsleben ist abgeschwächt, wie erkaltet oder dumpf. Das kann dazu führen, dass sie sich wie entfremdet empfinden.

Konsequenterweise möchten sie vor allem in ihrem veränderten Erleben verstanden werden. Auch wenn keineswegs ausgeschlossen ist, dass eine psychosoziale Problematik diese Leidensform ausgelöst hat oder weiter unterhält, kann therapeutisch über diese wesentliche präreflexive Veränderung nicht hinweggesehen werden. Sie hat sogar im Vordergrund zu stehen. Ist das körperliche und seelische Selbsterlebens, mithin das präreflexive Selbstbewusstsein wesentlich beeinträchtigt, sind die psychischen Folgen nicht nur anders, sondern oft auch

weitreichender als diejenigen eines belastenden oder konflikthafter Selbstbildes. Deshalb sind auch die therapeutischen Ansätze an die vorherrschende präreflexive Problematik anzupassen.

Tatsächlich ist das Selbsterleben bei schwer depressiven Menschen so geschwächt, dass sie sich nicht mehr richtig spüren können. Der Schriftsteller Adrian Naef (2003), der eine lange dauernde und tiefe Depression durchgemacht hat, vergleicht diesen Verlust der Lebendigkeit mit dem Ausrollen eines Autos, nachdem das Benzin ausgegangen ist oder mit einem Untoten im Reich der Lebenden. Die affektive Leere und der Verlust der Sinnlichkeit führen dazu, dass sich ein schwer depressiver Mensch manchmal wie eine seelenlose Maschine, wie ein Schatten seiner selbst oder sogar wie eine lebende Leiche erfährt, eben wie tot mitten im Leben. Dabei bleibt es aber nicht. Das Hirn arbeitet weiter und stellt tausend Fragen, die alle nicht lösbar sind. Hoffnungslosigkeit stellt sich ein. Dabei muss das Denken nicht verwirrt sein, sondern kann vielmehr mit logischer Stringenz auf den erfahrenen Abgrund und die düstere Zukunft ausgerichtet sein. Auch wenn Störungen des Denkens und Erinnerns auftreten, sind sie in der Regel nicht Ursache, sondern hauptsächlich Folge und Ausdruck der depressiven Devitalisierung.

Denn der schwer depressiv erkrankte Mensch nimmt bewusst wahr, was er verloren hat. Er stellt seinen Gefühls- und Antriebsverlust auf vernichtende Art fest. Diese bewusst erfahrene Ohnmacht verändert auch seine reflexive Selbsteinschätzung. Um angesichts einer abgründigen Leere überhaupt noch jemand zu sein, kann ein ins Extreme gesteigertes negatives Bild seiner selbst entstehen (zum Beispiel die wahnhaftige Vorstellung, ein Simulant, Lügner oder Verbrecher zu sein). Aber das präreflexive Selbstbewusstsein geht auch in tiefer Depression nicht ganz verloren. Sonst könnte der depressive Mensch keine Bedrücktheit und Verzweiflung bewusst wahrnehmen. Doch der Charakter seines Erlebens verändert sich. Das Leben verliert an Farbe, wird grau und dunkel. Gefühle können kaum mehr empfunden werden. Auch schwer zu ertragende Gefühle wie tiefe Traurigkeit fehlen, sodass Tränen nicht mehr fließen können. Wenn Traurigkeit vereinzelt dennoch auftritt, so ist sie nicht depressionsbedingt, sondern ein Zeichen von Vitalität, gleichsam eine Insel im sonst landlosen Meer.

Nur von affektiver Leere zu sprechen, wird dem depressiven Leiden allerdings nicht ganz gerecht. Depression ist auch eine Last, die als schwer und niederdrückend erfahren wird. Dazu kann das Bewusstsein des Verlusts an bisheriger Lebenskraft beitragen. Schwer depressive Menschen schildern uns aber noch eine andere Belastung. Sie erfahren sich ins Leben geworfen, ohne es gestalten zu können. Sie möchten sich im Leben verwirklichen oder fühlen sich verpflichtet, bestimmten Aufgaben nachzukommen, stellen aber fest, dass sie keine Möglichkeit haben. Ebenso schlimm ist die Erfahrung, zwar grundsätzlich frei entscheiden zu können, aber zu einer Entscheidung überhaupt nicht fähig zu sein.

Die vitale Willenshemmung wird von vielen depressiven Menschen auch deshalb als so belastend erfahren, weil sie dadurch behindert werden, autonom zu sein. Diese spezifisch moderne Problematik ist aber nur Teil eines grösseren Problems. Es wird das menschliche Grundbedürfnis frustriert, aktiv tätig zu sein, das bereits Kleinkinder haben, wenn sie Dinge ergreifen und sich auf die Umwelt ausrichten. Mit dem Gefühlsverlust und der Aktionshemmung verlieren depressive Menschen eine sinngebende Bezogenheit auf die Umwelt. «Ich lebe nicht, ich werde gelebt», sagt ein Kranker. Viele anderen würden ihm wohl beipflichten, weil sie den Eindruck haben, nicht mit Leib und Seele tun zu können, was sie sich eigentlich wünschen. Man kann in altertümlichem Deutsch auch treffend sagen: Sie «wesen» nur. Es fehlt ihnen, was das Leben erfüllend macht. Manche leiden auch daran, dass sie überhaupt am Leben sind. Diese existenzielle Tiefe des Leidens geht über das Leiden an einem Verlust hinaus. Es zeigt, dass bloss zu sein, dem Leben keinen Sinn gibt.

Aus der Begleitung vieler depressiver Menschen schliesse ich, dass die Schwierigkeit, sie zu verstehen, oft weniger in ihrem negativen Denken als im Verlust ihrer Affektivität und ihrer Vitalität liegt. Dieser Verlust macht das emotionale Mitschwingen für andere sehr schwierig, umso mehr, als durch die generelle Verlangsamung depressiv erkrankter Personen auch die leib-seelische Resonanz beeinträchtigt wird. So ist in Untersuchungen an der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich wiederholt nachgewiesen worden, dass die Muskelkraft, die Mimik und die Stimme desto mehr geschwächt sind, je schwerer eine Depression ist (Hell, 2013). Meines Erachtens weist nun diese bittere Erfahrung schwer gehemmt depressiver Menschen daraufhin, dass es gerade in Psychiatrie und Psychotherapie wichtig ist, das «Selbst» nicht nur kognitiv und damit reflexiv zu verstehen, sondern auch leib-seelisch bzw. präreflexiv zu bedenken.

Es ist ja nicht so, dass in der Selbstentwicklung des Menschen das reflexive das präreflexive Selbstbewusstsein ablösen würde. Das präreflexive Selbstbewusstsein geht zwar in der Entwicklung dem reflexiven voraus. Das neugeborene und einjährige Kleinkind kann sich reflexiv noch nicht erkennen, ist aber offensichtlich seiner gewiss. Aber das präreflexive Selbstbewusstsein ist deshalb nicht auf die Kindheit beschränkt. Es bleibt im ganzen Leben die unabdingbare Grundlage für die Beziehung des Menschen zu sich selbst. Das Nachdenken über sich selbst, die Entwicklung eines Selbstkonzepts oder eines Selbstbilds wie auch die Selbstbeurteilung benötigen das präreflexive Selbstbewusstsein als ihre Basis, nämlich als ein Bewusstsein von sich. Der Mensch könnte sich keine Gedanken über sich machen, wenn er sich nicht schon vorbegrifflich seiner selbst bewusst wäre. Trotzdem ist die Selbstreflexion von grösster Bedeutung. Wie ein Mensch im sozialen Spiegel von Mitmenschen anerkannt wird und wie er sich darin wiedererkennt, hat Einfluss auf seine Selbsteinschätzung. Auch wie er ein eigenes Gefühl, etwa seine Traurigkeit oder sein Sichschämen, beurteilt, hat Einfluss auf sein weiteres Fühlen. Die Reflexion kann einen Menschen bestärken, aber auch hemmen.

Dabei zeigt sich eine zweite Gefahr des modernen reflexiven Selbstverständnisses. Es erhöht die Fallhöhe des Scheiterns. Was man von sich denkt und von anderen erwartet, kann enttäuscht werden. Viele epidemiologische Hinweise sprechen dafür, dass die Ansprüche an sich selbst, die eigenen Ansprüche an andere sowie die Erwartungen von Eltern an ihre Kinder in den letzten Jahrzehnten ständig gestiegen sind. Damit ist aber auch das Enttäuschungspotenzial grösser geworden. Die moderne Soziokultur legt Wert auf Selbstverantwortung. Dazu trägt insbesondere die Individualisierung bei, die vom Menschen grössere Unabhängigkeit fordert, als es in der früheren Wir-Gesellschaft der Fall war. Je unabhängiger jedoch ein Mensch zu sein hat, desto grössere Bedeutung bekommt der reflexive Selbstbezug.

Der Mensch ist aber infolge der hochgradigen Individualisierung nicht nur stärker auf sich bezogen. Er ist auch vermehrt darauf angewiesen, zu sich Sorge zu tragen und sich zu achten. Dies wiederum ist keine Aufgabe, die er losgelöst von der Mitwelt bewältigen kann. Selbstachtung hängt stark von der Achtung ab, die man von anderen Menschen bekommt. Auch Selbstvertrauen ist weitgehend davon abhängig, wie weit andere Menschen ihm vertrauen und etwas zutrauen. Damit bleibt eine Abhängigkeit bestehen, die der moderne Mensch nicht einfach abschütteln kann. Er vermag diese Zusammenhänge zwar reflexiv zu erkennen, kann aber damit seine präreflexive Abhängigkeit nicht durchbrechen. Der Selbstbezug ist durch die Individualisierung nicht nur wichtiger, sondern auch komplexer und in vielem undurchsichtiger geworden. Das erhöht seine Verletzlichkeit. Spricht doch vieles dafür, dass die Frage der Selbstachtung heute nicht nur wichtiger geworden ist, als sie schon immer war, sondern dass auch die Gefahr des Scheiterns an idealisierten Selbstbildern zugenommen hat.

Ein weiterer Grund für die vermehrte Beachtung des reflexiven Selbstbewusstseins dürfte darin liegen, dass Menschen heute immer weniger mit den Händen arbeiten und immer stärker mental und kommunikativ gefordert sind. Während bis vor 50 Jahren (in der Industriegesellschaft) die körperliche Arbeit ganz im Vordergrund stand – was hauptsächlich zu körperlichen Berufskrankheiten führte –, ist heute (in der Dienstleistungsgesellschaft) wichtiger geworden, wie sich Menschen selbst verstehen und repräsentieren. Eine Folge davon ist die enorme Zunahme von Burnout und Depression als Berufskrankheiten. Diese Verlagerung von körperlichen Arbeiten zu mentalen Tätigkeiten hat das Schwergewicht von präreflexiven körperlichen Fähigkeiten zu kognitiven Herausforderungen verschoben. Damit hat aber indirekt auch die reflexive Auseinandersetzung mit sich selbst an Bedeutung gewonnen.

Mit der Konzentrierung auf das «Selbst» wächst allerdings auch die Gefahr, dass sich Menschen überfordern. Wenn die präreflexive, wie selbstverständliche Einbettung in eine Gemeinschaft brüchiger ist und das «Wir» tendenziell weniger trägt, ist das «Ich» vermehrt herausgefordert. Damit wächst aber die Gefahr, dass – psychologisch ausgedrückt – die Diskrepanz zwischen

Selbstideal und Realität grösser wird. Dann kann sich das frühere neurotische Unglück einer patriarchalischen Gesellschaft des «Du sollst» in ein neoliberales Unglück der Selbstüberforderung des «Ich kann» verwandeln.

Ich denke, dass hier das Grundproblem des modernen Selbstkonzepts als Verhältnis zu sich selbst liegt. Es berücksichtigt nicht oder zu wenig, dass unsere Affektivität, aber auch unsere Sprache und damit unser Denken einen zwischenmenschlichen Bedeutungszusammenhang hat. Es gibt keine verständliche Privatsprache. Die kleinste Artikulation eines Gefühls oder Gedankens macht von kulturellen und damit überindividuellen Bedeutungen Gebrauch. Das Selbst ist deshalb nicht nur mit individuell erfassten Daten zu entschlüsseln, auch nicht mit Big Data. Wenn ein Leiden nur als faktischer, objektivierbarer Zustand erfasst wird, wird das Wesentliche übersehen. Leiden ist ein Aufschrei. Auch stummes Leiden zeigt sich mimisch, stimmlich und gestisch dem Mitmenschen – in einer Weise, die evolutionär und kulturell abgestimmt ist.

Es stellt sich mir deshalb die drängende Grundfrage: Wird die Psychiatrie und Psychotherapie der Zukunft leidvolle Gefühle wie Angst, Bedrücktheit und Ekel nur zu beseitigen suchen? Oder wird sie im Leiden der betroffenen Menschen auch eine Botschaft hören, ihnen bei der Bewältigung der zugrunde liegenden Lebensschwierigkeiten zu helfen? Wird sie den Mut und die Geduld aufbringen, den wachsenden Komplexitätsgrad menschlicher Schwierigkeiten – angesichts zunehmend fragiler Lebenssituationen und fragmentierten Identitäten – nicht auf ein blosses Symptommuster zu reduzieren? Wird sie dafür auch kämpfen angesichts des wachsenden wirtschaftlichen Drucks?

In der Psychotherapie hat sich in den letzten Jahren ein spiritueller Ansatz der Achtsamkeit verbreitet. Er zeugt vom verspürten Mangel vieler Menschen an einer einerseits verdinglichten und andererseits virtualisierten Welt. Dieser seelische Mangel führt immer mehr Menschen dazu, sich mithilfe von meditativen Methoden achtsam zu fühlen. Das macht Sinn und trägt bei bestimmten Problemen nachweislich zur Erleichterung bei. Die aktuelle Verbreitung des meditativen Ansatzes in der Psychotherapie und insbesondere in der Verhaltenstherapie westlicher Länder dürfte noch dadurch gefördert worden sein, dass die hier angewandte achtsamkeitsbasierte Therapieform die Selbstzentrierung moderner Menschen berücksichtigt. Es geht dabei nicht um den Bezug zu einem Du, sondern um die Beziehung zu sich selbst. Dabei wirkt sich aus, dass das moderne Verständnis des «Selbst» ein grundsätzlich anderes ist als das «Selbst» östlicher Religionen und des Buddhismus, aus dem diese Meditationspraktiken ursprünglich stammen. Werden diese Praktiken allerdings vor allem gebraucht, um den Alltagsstress besser zu bewältigen und um effektiver arbeiten zu können, so geht der spirituelle Moment verloren. Dann kann sich ein Mensch noch mehr im Kokon der Selbstzentrierung und des Selbstbewusstseins verlieren.

Das präreflexive Selbstbewusstsein kann deshalb nicht die letzte Antwort sein, um – losgelöst von Refle-

xionen und der Begegnung mit einem Du – den heutigen Herausforderungen gerecht zu werden. Gerade in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung steht die zwischenmenschliche Beziehung im Mittelpunkt. Sie kann durch keine Methode ersetzt werden.

Literatur

- Ehrenberg, A. (2010). *Das erschöpfte Selbst*. 4. Aufl. Berlin.
- Hell, D. (2013). *Depression als Störung des Gleichgewichts*. 2. Aufl. Stuttgart.
- Hell, D. (2022). *Das Selbst in der Krise – Krise des Selbst*. Basel.
- Mummendey, H.D. (2006). *Psychologie des «Selbst»*. Göttingen.
- Naef, A. (2011). *Ein schamloser Blick auf die Dame in Schwarz*. Zürich.
- Stone, M.B., Yaseen, Z.S., Miller, B.J., Richardville, K., Kalaria, S.N. & Kirsch, I. (2022). Response to acute monotherapy for major depressive disorder in randomized, placebo controlled trials submitted to the US Food and Drug Administration: individual participant data analysis. *BMJ*, 378. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067606>

The challenge of psychiatry and psychotherapy facing the crisis of modern self-understanding

Abstract: Psychiatry and psychotherapy are particularly dependent on the prevailing culture. In the last half century, during which the author has worked as a university professor, clinic director and therapist in private practice, psychiatry and psychotherapy have changed in many ways. Taking into account the changes in society and the related changes in the human self-image, the book deals with the changes in the forms of mental illness. Already today, a tendency towards the reification of feelings and an increased preoccupation with self-worth can be observed. For example, feelings of guilt have become rarer in severely depressed people today. At the same time, depressed people wrestle more often with slights and injured self-worth. The «self» is also mainly understood reflexively like an object. Pre-reflexive, as it were bodily-mental parts receive little attention in psychotherapies as well. This tendency could be further strengthened by digitalization with Big Data. This makes it all the more important to deal with the future of psychiatry and psychotherapy, also in knowledge of their history.

Keywords: psychiatry, psychotherapy, culture, society, psychiatric reform, individualization, alienation, depression

La sfida della psichiatria e della psicoterapia di fronte alla crisi della moderna percezione del sé

Riassunto: La psichiatria e la psicoterapia dipendono fortemente dalla cultura dominante. Nell'ultimo mezzo secolo, durante il quale l'autore ha lavorato come professore universitario, direttore di clinica e terapeuta in uno studio privato, la psichiatria e la psicoterapia sono cambiate sotto molteplici punti di vista. Tenendo conto dell'evoluzione della società e dei correlati cambiamenti nella percezione umana del sé, vengono affrontati i cambiamenti nelle forme della malattia psichica. Oggi stesso si osserva una tendenza alla materializzazione dei sentimenti e un maggiore confronto con l'autostima. Così, i sensi di colpa sono diventati più rari nelle persone gravemente depresse. Allo stesso tempo, le persone depresse lottano più spesso contro offese e autostima lesa. Anche il «sé» viene principalmente inteso in modo riflessivo, come un oggetto. Le parti pre-riflessive, per così dire fisico-mentali, ricevono poca attenzione nelle psicoterapie. Questa tendenza potrebbe essere ulteriormente rafforzata dalla digitalizzazione con i big data. Tanto più importante è, quindi, affrontare il futuro della psichiatria e della psicoterapia anche con la conoscenza della sua storia.

Parole chiave: psichiatria, psicoterapia, cultura, società, riforma psichiatrica, individualizzazione, alienazione, depressione

Der Autor

Prof. Dr. med. *Daniel Hell* ist emeritierter Psychiatrieprofessor der Universität Zürich. Von 1991 bis 2009 war er Direktor an der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. Sein Spezialgebiet sind Depressionen. Seit 2009 ist er an der Privatklinik Hohenegg in Meilen tätig. Er ist Autor mehrerer Fach- und Sachbücher, die zum Teil in acht Sprachen übersetzt wurden. Zuletzt erschien 2022: *Das Selbst in der Krise – Krise des Selbst* (www.daniel-hell.com).

Kontakt

daniel.hell@hohenegg.ch

Le défi de la psychiatrie et de la psychothérapie face à la crise de l'image de soi moderne¹

Daniel Hell

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (2) 2023 71

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-2-71>

Mots-clés : psychiatrie, psychothérapie, culture, société, réforme de la psychiatrie, individualisation, aliénation, dépression

La psychiatrie et la psychothérapie sont particulièrement dépendantes de la culture dominante. Au cours du dernier demi-siècle, pendant lequel l'auteur a travaillé comme professeur d'université, chef de clinique et thérapeute dans son propre cabinet, la psychiatrie et la psychothérapie ont subi de nombreux changements. En tenant compte de l'évolution de la société et des modifications de l'image que l'homme a de lui-même qui en découlent, l'auteur se penche sur l'évolution des formes de maladies psychiques.

Ce changement est lié à l'évolution des exigences vis-à-vis de sa propre personne, de l'environnement et de la vie, mais aussi à une modification de l'image de soi. Si aujourd'hui le soi en tant que concept est de plus en plus mis en avant en psychologie et en philosophie, cela peut aussi être le signe d'une perte de l'évidence de ce « soi ». Cette possibilité doit être prise d'autant plus au sérieux que l'expérience de soi n'est pas directement favorisée par la neurobiologie ni par la numérisation.

Les progrès de la numérisation permettent de traiter de plus en plus de données entre elles. Cela profite aussi bien aux analyses économiques qu'aux analyses scientifiques empiriques, qui déterminent de plus en plus le quotidien psychiatrique. Malgré tous les bénéfices de telles enquêtes, le patient individuel passe au second plan. Pourtant, la réforme psychiatrique de la seconde moitié du 20^e siècle a tenté de se rapprocher du patient individuel et de mieux le comprendre, notamment en créant des unités familiales plus petites dans les services hospitaliers, en encourageant les structures ambulatoires et semi-hospitalières et en rapprochant généralement les soins psychiatriques du domicile des patients et de leurs proches. Cette décentralisation (sous le terme de psychiatrie de proximité ainsi que régionalisée et sectorisée) a aujourd'hui fait place à une centralisation des soins avec de grandes cliniques ou des groupements de cliniques. Cela s'accompagne d'un certain éloignement des patients de la direction médicale.

Le fait que de grands nombres ne favorisent pas la familiarité avec les patients vaut également pour

la recherche empirique. Elle s'appuie davantage sur des questionnaires validés que sur des entretiens personnels. Les recherches casuistiques sont rares. Pour des questions aussi complexes que celles qui se posent dans le traitement psychiatrique-psychothérapeutique, ce ne sont toutefois pas seulement les connaissances statistiques qui sont importantes, mais surtout la relation avec chaque patient. Seule une connaissance des problèmes personnels d'un patient et de son attitude biographique et culturelle face à ces problèmes permet d'évaluer comment les différents facteurs d'influence interagissent dans un cas individuel et comment il faut éventuellement interpréter les résultats statistiques, qui sont largement dispersés pour la plupart des méthodes de traitement.

On constate déjà aujourd'hui une tendance à la réification des sentiments et une préoccupation accrue pour l'estime de soi. Ainsi, les sentiments de culpabilité sont aujourd'hui plus rares chez les personnes gravement déprimées. Parallèlement, les personnes dépressives luttent plus souvent contre des insultes et l'estime de soi blessée. Le « soi » est également compris principalement de manière réflexive, comme un objet. Les parties préréflexives, pour ainsi dire corps et âme, reçoivent également peu d'attention dans les psychothérapies. Cette tendance pourrait encore être renforcée par la numérisation et le big data. Il est donc d'autant plus important de se pencher sur l'avenir de la psychiatrie et de la psychothérapie en connaissant leur histoire.

L'auteur

Prof. Dr. med. *Daniel Hell* est professeur émérite de psychiatrie à l'université de Zurich. De 1991 à 2009, il a été directeur de la clinique psychiatrique universitaire de Zurich. Sa spécialité est la dépression. Depuis 2009, il travaille à la clinique privée Hohe-*negg* à Meilen. Il est l'auteur de plusieurs ouvrages spécialisés et non spécialisés, dont certains ont été traduits en huit langues. Dernièrement, il a publié 2022 : *Das Selbst in der Krise – Krise des Selbst* [Le soi en crise – crise du soi] (www.daniel-hell.com).

Contact

daniel.hell@hoheneegg.ch

¹ Cet article est basé sur le manuscrit de ma conférence du 5.11.2022 à l'Institut C. G. Jung de Zurich dans le cadre du congrès « Psychothérapie et société en temps de troubles ».

Humanistische Psychotherapie in Deutschland

Report einer Blockade

Jürgen Kriz

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (2) 2023 73–81

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-2-73>

Zusammenfassung: Vor fünf Jahren hat der deutsche «Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie» (WBP) in einem Gutachten nicht nur die Humanistische Psychotherapie als «wissenschaftlich anerkanntes Verfahren» abgelehnt, sondern sogar der 2002 vom WBP bereits anerkannten Gesprächspsychotherapie die «Empfehlung zur vertieften Ausbildung» entzogen. Nach anfänglichen Protesten vieler Wissenschaftler:innen und Institutionen gegen diese Bewertung ist ein Stillstand zu verzeichnen, zumal sich der WBP Diskursen über diese Kritik und die beanstandeten Bewertungen entzieht. Dieser Beitrag nimmt das 5-Jahres-Datum zum Anlass, einen Report der Kontexte und Umstände dieser Blockierung der Humanistischen Psychotherapie in Deutschland zu erstellen. Denn dieses deutsche administrative Regelwerk ist vielen nicht vertraut. Der Report fokussiert dabei auf Veröffentlichungen nach 2018. Zunehmend wird deutlich, dass die deutsche Ideologie von gegeneinander abgeschotteten Psychotherapieverfahren, deren «Wissenschaftlichkeit» ausschliesslich durch experimentelle RCT-Studien in Bezug auf spezifische Wirkfaktoren nachgewiesen werden muss, Befunden der internationalen Psychotherapieforschung nicht standhält. Immer mehr spricht für die vor allem von Wampold seit 2001 vorgetragene Sicht, dass kontextuelle Faktoren wesentlich zum Therapieerfolg beitragen – also Aspekte, die in der Humanistischen Psychotherapie eine zentrale Rolle spielen. Der Beitrag schliesst mit der Hoffnung, dass der WBP den Diskurs aufnimmt und zu einer veränderten Bewertung der Humanistischen Psychotherapie kommt.

Schlüsselwörter: Humanistische Psychotherapie, Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, WBP-Gutachten, Psychotherapieforschung, Kontextuelles Modell, Evaluation, Beweisbarkeit, Wissenschaftlichkeit, RCT-Design

Vorbemerkungen

2023 hat die Humanistische Psychotherapie in Deutschland etliche «Jubiläen» zu verzeichnen (wobei die Anführungsstriche darauf verweisen, dass nur wenige dieser Ereignisse Grund zum Jubilieren geben). Sie können als Markierungen auf dem Wege von grosser Solidarität im Interesse der Patient:innen und der Psychotherapie insgesamt hin zu einer ruinösen Verdrängung der Humanistischen Psychotherapie zur Wahrung berufspolitischer Pfründe gesehen werden. Dabei steht zunächst die «Gesprächspsychotherapie» im Zentrum, die von den Ansätzen der Humanistischen Psychotherapie bis zum Psychotherapeutengesetz 1999 besonders stark an den Universitäten vertreten war. Frohburg (2007, S. 77) berichtet, dass 1995 an drei Viertel der deutschen psychologischen Institute Lehr- und Ausbildungsprogramme und an zwei Drittel Forschungsprogramme in Gesprächspsychotherapie durchgeführt wurden. Im letzten Jahrzehnt wurde dann die ganze Humanistische Psychotherapie in Deutschland bekämpft, die sich formell zur «Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie» (AGHPT) zusammengeschlossenen hatte. Trotzdem lassen sich in jüngster Zeit auch positive Zeichen dafür finden, dass sich zumindest grössere Teile der Psychotherapeut:innenschaft wieder ihrer Gesamtverantwortung für die

Patient:innen und die Psychotherapie bewusst werden. Denn international ist die Humanistische Psychotherapie nicht nur wissenschaftlich anerkannt, sondern wird – wie auch in Deutschland bis 1999 – von Patient:innen stark nachgefragt.

Markante Daten für die Humanistische Psychotherapie in Deutschland

Vor 45 Jahren, 1978, wurden im «Entwurf eines Psychotherapeutengesetzes» (der auf der Psychiatrie-Enquete von 1975 basierte) in § 5 Abs. 2 «die Gesprächspsychotherapie, die Verhaltenstherapie, die Individual-psychologische Psychotherapie und die Psychoanalytische Psychotherapie» als die «anerkannten psychotherapeutischen Richtungen» genannt.

Vor 25 Jahren, am 14.09.1998, beschlossen die deutschen Länderbehörden, dass für das (1999 verabschiedete) Psychotherapeutengesetz die bisherigen Richtlinienverfahren und die Gesprächspsychotherapie bundeseinheitlich als «wissenschaftlich anerkannt» gelten. Darüber setzte sich der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hinweg und beschloss stattdessen – «wegen des Zeitdrucks vorläufig» –, nur die bisherigen sog. «Richtlinienverfahren» Verhaltenstherapie, Psychoanalyse und Tiefenpsy-

chologie in seine neuen Richtlinien zu übernehmen. Kaum auszudenken, wie die Entwicklung der Psychotherapie in Deutschland verlaufen wäre, wenn der Bundesausschuss hier nicht in letzter Minute blockiert hätte.

Ebenfalls vor 25 Jahren heisst es in einer «Erklärung Deutscher Universitätsprofessorinnen und -professoren im Bereich Psychotherapie/Klinische Psychologie/medizinische Psychologie»:

«Der ›Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen‹ hat es Ende 1997 abgelehnt, die Gesprächspsychotherapie als Verfahren gemäß den Psychotherapierichtlinien anzuerkennen. Wir nehmen diese Entscheidung als Anlass für folgende Feststellung:

Die Gesprächspsychotherapie gehört sowohl international als auch in Deutschland seit Jahrzehnten zu den praktizierten und bewährten Verfahren. Tausende von Patienten wurden mit Gesprächspsychotherapie erfolgreich ambulant bzw. stationär behandelt. In zahlreichen Lehrbüchern der Psychotherapie/Klinischen Psychologie wird dieses Verfahren als wissenschaftlich ausgewiesen und als effektiv dokumentiert. An vielen deutschen Universitäten gehört die Gesprächspsychotherapie sowohl zur Forschung als auch zur Lehre und somit zum Prüfungsstoff u. a. im Hauptdiplom in Psychologie.

Wir halten es für nicht akzeptabel, wenn ein Ausschuss der Ärzte und Krankenkassen sich durch Auslegung von Richtlinien über geltende Lehrmeinungen der Scientific Community hinwegsetzt.»

Diese Erklärung wurde von 80 Universitätsprofessor:innen – das waren fast alle – unterzeichnet.

Vor 20 Jahren (2002/03) forderten sämtliche zwölf Landespsychotherapeutenkammern jeweils in Resolutionen die «unverzügliche sozialrechtliche Anerkennung der GPT». Doch vor 15 Jahren, am 24.04. 2008, fällt der «Gemeinsame Bundesausschuss» (G-BA) – ein für die sozialrechtliche Zulassung von medizinisch/therapeutischen Krankenkassenleistungen zuständiges Selbstverwaltungsgremium aus Kassenärzten und Krankenkassen – den Beschluss, die Gesprächspsychotherapie nicht als «Richtlinienverfahren» zuzulassen. In einer Reanalyse kam die von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) berufene Expertengruppe – Strauß (Uni Jena), Hautzinger (Uni Tübingen), Freyberger (Uni Greifswald), Eckert (Uni Hamburg) und Richter (Uniklinikum Hamburg) – zu dem Schluss, es

«stellt sich heraus, dass der G-BA seine Beurteilung nicht auf der Grundlage des aktuellen Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse vorgenommen hat und so zu einem Ergebnis kommt, das weder von der Wissenschaft noch vom Berufsstand geteilt wird. Es erhebt sich der Verdacht, dass ein Interessenkonflikt vorliegt» (Strauß et al. 2010, S. 160).

Und insgesamt resümierte die Expertengruppe «Somit erfüllt die Gesprächspsychotherapie alle Voraussetzungen gemäß Psychotherapie-Richtlinien, um als neues Psycho-

therapieverfahren zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen zu werden» (ebd.).

Doch das Gesundheitsministerium schritt nicht ein und die Bundesgerichte zogen sich hinter die Feststellung zurück, dass das Entscheidungsverfahren des G-BA *formaljuristisch* nicht zu beanstanden sei.

Vor fünf Jahren, veröffentlicht der «Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie» (WBP) sein Gutachten über die «wissenschaftliche Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie» (WBP, 2018). Er sprach darin nicht nur der Humanistischen Psychotherapie die Kategorisierung als «Verfahren» ab. Sondern er revidierte die Empfehlung zur Zulassung zur Approbationsausbildung in Gesprächspsychotherapie, die er bereits 2002 mit der von ihm festgestellten «wissenschaftlichen Anerkennung» ausgesprochen hatte (zu diesen deutschen Regeln für die Zulassung und den berufspolitischen Auswirkungen siehe nachfolgend).

Zwischen diesen hervorgehobenen Wegmarkierungen liegen viele weitere Schritte, die den Zuschnitt der deutschen Psychotherapie kennzeichnen und die an zahlreichen anderen Stellen kontrovers diskutiert wurden (Zusammenfassungen u. a. in Kriz 2018; Kriz & Hentze, 2010). Im Folgenden soll es um die letzten fünf Jahre gehen, nämlich um die Diskursverweigerung seitens des WBP über die Grundlagen und Folgen seines Gutachtens zur Humanistischen Psychotherapie von 2018. Dieses war nach seiner Veröffentlichung ausgiebig und sehr kontrovers diskutiert worden (allein im *Psychotherapeutenjournal* 3/2018, S. 251–265; 4/2018, S. 353–367; 2/2019 S. 171–173). Die Argumente können und sollen hier ebenso wenig referiert werden wie der Antrag der AGHPT selbst oder die vielen Dokumente im Zusammenhang mit dem Gutachten. Sie sind auf den Seiten der AGHPT zu finden (AGHPT, 2023). Da aber viele Menschen – selbst in Deutschland, noch mehr im Ausland – die Entwicklungen der deutschen Psychotherapienormen nicht einordnen können und sich über die zunehmende Isolierung der deutschen Psychotherapie von den internationalen Diskursen wundern, soll der Kontext zumindest kurz etwas erhellt werden.

Zum Kontext der Bewertung der Humanistischen Psychotherapie

Ein Gutachten, für das die AGHPT beim WBP 2012 den Antrag gestellt hat, ist in Deutschland seit dem Psychotherapeutengesetz von 1999 faktisch notwendig: Nur dann erhält ein Ausbildungsinstitut für Psychotherapie von den zuständigen Länderbehörden die Genehmigung zur Approbationsausbildung in diesem Verfahren.

Das Denken in Psychotherapieverfahren – und vor allem deren strikte administrative Umsetzung – ist eine deutsche Besonderheit. Überall sonst auf der Welt, wo es professionelle Psychotherapie gibt, ist die Psychotherapie durch eine Vielzahl von Ansätzen (früher oft auch «Schulen» genannt) bestimmt, die sich grob vier Grundorientierungen zuordnen lassen: dem psychodynamischen, dem

verhaltenstherapeutischen, dem humanistischen und dem systemischen Cluster. Schon früher passten keineswegs alle Ansätze eindeutig in nur eines dieser Cluster – wie z. B. die «Körperpsychotherapie», die sowohl humanistische wie auch psychodynamische Konzepte und Vorgehensweisen umfasst (die mehr oder minder auch von verhaltenstherapeutischen und systemischen Ansätzen aufgegriffen werden). In jüngerer Zeit setzen viele psychotherapeutische Ansätze Vorgehensweisen und Konzepte aus unterschiedlichen Clustern um – wie bspw. die sog. «Dritte Welle der Verhaltenstherapie» oder die intersubjektive und die relationale Psychoanalyse. Noch mehr gilt dies für die konkrete Arbeit der Psychotherapeut:innen, die oft dem Prinzip «learning from many masters» folgen, selbst wenn sie die integrierenden Konzepte dafür zumindest nicht explizit benennen können. International ist diese nicht mehr klare Zurechenbarkeit therapeutischen Vorgehens zu einem der vier Grundorientierungen kein Problem: Die Anerkennung von Psychotherapeut:innen und deren Ausbildungsinstitutionen richtet sich nach der Qualität der Ausbildung, die von staatlichen Stellen überprüft wird. Ob diese genau in eines der vier Cluster fällt, ist da bestenfalls eine akademische Diskussionsfrage: nicht uninteressant, aber praktisch recht irrelevant. Denn die grosse Komplexität der damit verbundenen Aspekte würde bei seriöserer Erörterung ohnedies – je nach genauer Fragestellung – zu unterschiedlichen Antworten führen.

Ganz anders sind die Verhältnisse in Deutschland: Mit dem Psychotherapeutengesetz von 1999 wurden drei sog. «Richtlinienverfahren» (ohne jede Prüfung) übernommen: Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (auch eine exklusiv deutsche Sonderkonstruktion) und Verhaltenstherapie. Da das Gesetz – in guter Absicht – die Ausübung von Psychotherapie und die Approbation «wissenschaftlich anerkannten Verfahren» vorbehielt, wurde ein WBP eingerichtet, der «in Zweifelsfällen» die Länderbehörden gutachterlich hinsichtlich dieser «wissenschaftlichen Anerkennung» beraten sollte. Innerhalb weniger Jahre ist der WBP dann allerdings von einem Gutachtergremium, das in «Zweifelsfällen» beraten soll, zu einer Art Wissenschaftsgericht mutiert: Nicht die Frage, was in der Scientific Community als anerkannt gilt, ist mehr relevant, sondern er entwickelte eigene Regeln dafür, was er für ein «wissenschaftlich anerkanntes» Verfahren als Kriterien ansieht. Dieser «Usurpierung der ...» wurde von etlichen Verwaltungsrechtlern kritisiert. So schrieb Wolfgang Spellbrink (2001, S. 114f.), Richter am Bundessozialgericht Kassel:

«Diesen gesetzlichen Vorgaben kommt der wissenschaftliche Beirat offensichtlich (und bewusst) nicht nach. [...] Eine so definierte (und letztlich usurpierte) Aufgabenstellung hat der wissenschaftlich Beirat nach § 11 PsychThG aber gerade nicht. [...] Die vom wissenschaftlichen Beirat selbst geschöpften Kriterien sind im Rahmen dieser letztlich ordnungsrechtlichen Fragestellung ungeeignet und damit verfassungsrechtlich auch unzulässig.»

Letztlich vermochte dem aber niemand Einhalt zu gebieten.

Durch diese Fokussierung auf «Verfahren», deren «wissenschaftliche Anerkennung» ein «WBP» nach seinen Regeln vornimmt (und der zudem fast ausschliesslich mit Vertretern besetzt ist, die zu den zu beurteilenden Ansätzen in Konkurrenz stehen), wurde eine in der Welt einmalige administrative Struktur der deutschen Psychotherapie etabliert. Dazu gehört auch eine Doppelhürde, die alle Ansätze – ausser die beiden Richtlinienverfahren, die 1999 im Gesetzgebungsverfahren ohne jede weitere Prüfung übernommen wurden – nehmen müssen: Denn zu der berufsrechtlichen Anerkennung für die Approbationsausbildung, für die der WBP entscheidend ist, kommt noch die sozialrechtliche für die Kassenzulassung, für die der G-BA zuständig ist. Diese Hürden wurden inzwischen so hochgeschraubt, dass sie kein einziges Verfahren nach dem Psychotherapeutengesetz von 1999 überspringen konnte: Die Systemische Therapie wurde zwar nach rund 15 Jahren der Prüfung 2020 zugelassen – aber nur für Erwachsene. Für Kinder und Jugendliche, für die dieser Ansatz besonders wichtig wäre und wo die Anzahl hochwertiger Wirksamkeitsstudien besonders umfangreich ist, wird vom G-BA weiter geprüft.

Die eigentlich rein akademische Frage, welchem «Verfahren» ein psychotherapeutischer Ansatz zuzuordnen ist, entscheidet somit in Deutschland darüber, ob dieser Ansatz national weitgehend eliminiert wird oder aber an dem sehr lukrativen Therapie- und Ausbildungsmarkt partizipieren kann. So wurde kürzlich berechnet (Kriz, 2023), dass die 9.391 abgeschlossenen Approbationsausbildungen allein zwischen 2018–2020 bei nur jeweils 20.000 € Ausbildungskosten insgesamt einen Betrag von 188 Mio. € erbringen. Davon entfallen auf verhaltenstherapeutisch und psychodynamisch ausgerichtete Ausbildungsinstitute rund 187 Mio. €. Auf die Systemische Therapie, die erst 2019 ins deutsche Kassensystem kam, entfallen nur rund 1 Mio. € – die Humanistische Psychotherapie bzw. die Gesprächspsychotherapie gehen leer aus.

Hätte man in Deutschland eine Verteilung der Psychotherapeut:innen in Praxis bzw. in Ausbildung wie in Österreich, wo rund 45,7% auf die Ansätze der Humanistischen Psychotherapie entfallen, wird deutlich, welche erheblichen Einbussen die etablierten Ausbildungsinstitute der VT und Psychodynamik zu verzeichnen hätten (bei gedecktem Markt), wenn WBP und G-BA zu einer positiven Entscheidung über die Humanistische Psychotherapie kämen. Dabei geht es hier nur um die Kosten der Approbationsausbildungen – die jeweiligen Summen für Psychotherapien sind ein Vielfaches davon, noch weit mehr die Ressourcen durch die Stellen für Forschung und Lehre an den Hochschulen. Noch bedeutsamer sind allerdings die damit verbundenen Machtpositionen im Gesundheitsbereich und dessen wissenschaftlichen Institutionen.

Es sei nur am Rande vermerkt, dass auch in der Schweiz u. a. Personenzentrierte Psychotherapie, Gestalttherapie, Existenzanalyse, Körperpsychotherapie und weitere humanistische Ansätze staatlich anerkannt sind.

Hätte man dort die Bewertung und Zulassung der Humanistischen Psychotherapie ebenfalls nahezu ausschliesslich in die Hände der Konkurrenz gelegt, sähe die Situation vermutlich ähnlich wie in Deutschland aus.

Was ist seit dem WBP-Gutachten von 2018 geschehen?

Wie gesagt wurde das WBP-Gutachten heftig kritisiert. So bemängelten 40 Professor:innen in einem offenen Brief, dass «das WBP-Gutachten durch tendenziöses und mangelhaftes Vorgehen zentrale Regeln wissenschaftlichen Arbeitens missachtet und verletzt.» Die Mängelliste, die die Kritiker an vielen Bewertungen von Studien durch den WBP vorlegten, ist lang. Eine angemessene Auseinandersetzung mit den Einwänden erfolgte – zumindest aus Sicht der AGHPT – nicht. Ohne eine solche Diskussion ist aber schwer nachzuvollziehen, warum bspw. eine Studie verworfen wurde, die z. B. der Habilitation an einer deutschen medizinischen Fakultät zugrunde lag, oder eine andere, die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft finanziert, in der renommierten Zeitschrift *Psychotherapy and Psychosomatics* veröffentlicht und von den Juroren der Society of Psychotherapy Research mit dem internationalen Forschungspreis der SPR ausgezeichnet worden war. Während gleichzeitig aus Sicht des WBP eine Studie, in der die Überlegenheit der VT «nachgewiesen» wurde, als «methodisch adäquat» eingestuft wurde, obwohl die VT-Dosis in 12 Wochen 18 Stunden und die Dosis der «Supportive Therapie» im gleichen Zeitraum nur 3 Stunden (also ein Sechstel davon) betrug (Cottraux et al., 2000). Hier wurden elementare Qualitätsstandards der Forschung zugunsten der VT schlicht über Bord geworfen, während Studien zugunsten der Humanistischen Psychotherapie akribisch zerlegt und nach möglichen Schwächen abgesehen wurden.

Ungeklärt und damit offen blieben auch noch grundlegendere Fragen – etwa, ob es sachliche bzw. wissenschaftliche Gründe gibt, weshalb der WBP gegen explizit formulierte Regeln in seinem eignen «Methodenpapier» zum Prüfungsprozedere verstossen hat (nur so konnte die Gesprächspsychotherapie aus dem Antrag herausgelöst und einer erneuten Bewertung unterzogen werden). Oder warum fast alle Studien, die der WBP bei seiner positiven Bewertung der Gesprächspsychotherapie 2002 zugrunde gelegt hatte, nun abgelehnt wurden – sodass letztlich, wegen vieler neuer Studien nach 2002, die negative Bewertung der Gesprächspsychotherapie mit dem Fehler einer einzigen (!) Studie begründet wurde.

Bei dieser exemplarischen Benennung von Mängeln des WBP-Gutachtens soll es hier verbleiben – wieder muss auf die Dokumentation auf den Seiten der AGHPT verwiesen werden (AGHPT, 2023), sowie für zentrale Punkte auf Eckert (2013, 2019a, b) oder Kriz (2018a, b). Es liegt aber auf der Hand, dass ein solches Urteil faktisch die Eliminierung dieses Ansatzes bedeutet. Dies lässt sich exemplarisch an drei

Belegen festmachen: 1. Wurde nur wenige Tage nach dem Gutachten eine Patientenbroschüre der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) neu aufgelegt. Im Gegensatz zur Broschüre vorher war nun jeglicher Hinweis auf die Gesprächspsychotherapie entfernt worden. 2. Einem kurz vor Abschluss stehenden Rechtsverfahren der Gesprächspsychotherapeut:innen gegen den G-BA wurde – so der Vorsitzende Richter am Landessozialgericht *Berlin-Brandenburg* – mit dem neuen Gutachten des WBP «der Boden unter den Füßen weggezogen». Die seit Langem anhängige Klage musste daraufhin wegen Aussichtslosigkeit zurückgezogen werden. 3. In den 2018 beginnenden Verhandlungen der Umsetzung des neuen Psychotherapeutengesetzes (von 2020) wurde nun aufgrund des WBP-Gutachtens die Gesprächspsychotherapie nicht mehr unter den «wissenschaftlich anerkannten Verfahren» aufgeführt.

Das WBP-Gutachten hatte und hat somit vor allem gravierende berufspolitische Auswirkungen. Allerdings beteuert der WBP, dass allein wissenschaftliche und keine berufspolitischen Gründe die umstrittenen Entscheidungen beeinflusst hätten. Dies steht aber in starkem Kontrast zu den zuvor berichteten Fakten, dass 1998 fast alle Universitätsprofessor:innen des Faches, 2002/03 alle 15 Länderkammern und 2010 nochmals eine von der BPtK berufene Expertenkommission die sofortige Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als deutsches Richtlinienverfahren gefordert hatten.

Bemerkenswert ist, dass von Jochen Schweitzer, der all die Jahre während der Prüfung Mitglied im WBP war – allerdings nur als Vertreter ohne Stimmrecht – «[e]in anderer Blick auf die Entscheidung zur Humanistischen Psychotherapie des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie» veröffentlicht wurde (Schweitzer, 2018). Er zeigt darin – als Insider – einige Weichenstellungen bei der Ablehnung des WBP auf. Bereits in der Mitte des Beitrags schreibt er: «Andere Entscheidungen nur an diesen drei Stellen [...] hätten auf Basis des derzeitigen Methodenpapiers zu einer Anerkennung des Verfahrens einschliesslich der Studienlage führen können, also zu einem ganz anderen Ausgang.» Es ist nicht zu erkennen, dass Schweitzers Resümee am Ende in Form von Vorschlägen zum Prozedere und zur Zusammensetzung des WBP umgesetzt oder auch nur (öffentlich) diskutiert wurden.

Dabei gibt es klare Belege dafür, dass der WBP die Humanistische Psychotherapie letztlich aufgrund von Kriterien scheitern liess, die die im WBP ganz überwiegend vertretenen Ansätze (Psychodynamische Psychotherapie und Verhaltenstherapie) selbst nicht erfüllen: Am 19.12. 2019 verkündete der G-BA in einer Pressemitteilung, er habe «das im Jahr 2008 aufgrund einer Selbstverpflichtung aufgenommene Beratungsverfahren zu den anerkannten Psychotherapieverfahren der Psychotherapie-Richtlinie eingestellt». Damit ist nach elfjähriger Prüfung die Hoffnung auf mehr Gerechtigkeit in der deutschen Psychotherapie Bewertung zerplatzt. Immerhin führt die Pressemitteilung aus, wieso es überhaupt zu diesem Verfahren des G-BA kam:

«Im November 2006 hatte der G-BA festgestellt, dass Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie für die Behandlung der wichtigsten psychischen Erkrankungen nicht in der ausreichenden Breite wissenschaftlich belegt sind. Für die Prüfung der Gesprächspsychotherapie waren zum ersten Mal die Kriterien der evidenzbasierten Medizin gemäß der Verfahrensordnung des G-BA zur Anwendung gekommen. Um dem Einwand zu begegnen, dass die bereits in der GKV befindlichen Verfahren bisher nicht nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin geprüft wurden, hatte der G-BA sich selbst verpflichtet, auch diese zu überprüfen.»

Bemerkenswert sind die vom G-BA an gleicher Stelle veröffentlichten «Tragenden Gründe» für den Abbruch des Prüfungsverfahrens: So wird zunächst ausgeführt, dass das Bundessozialgericht 2010 entschieden habe, «dass die Richtlinienverfahren, da sie «Kraft Gesetzes seit 1999 als Gegenstand der psychotherapeutischen Versorgung anerkannt» seien, in Bezug auf ihre «Qualität und Wirksamkeit [...] nicht (erneut) rechtsfertigungsbedürftig» seien». Schon damals wurde dieses Urteil von vielen als Freifahrtschein gesehen, dass Vertreter:innen der Richtlinienverfahren nun für Abwehr von Konkurrenz Kriterien entwickeln können, die sie selbst nicht erfüllen müssen.

Dass der G-BA 2008 beschlossen hatte, die Richtlinienverfahren trotzdem prüfen zu wollen, sorgte dafür, dass der Aufruhr über diese willkürliche Ungleichheit nicht allzu gross wurde. Was ergab nun diese elf Jahre lange Prüfung? Dazu steht in den «Tragenden Gründen»:

«Für die Recherchen und die nachfolgende Evidenzbewertung wurde auf [...] systematische Übersichtsarbeiten von randomisierten kontrollierten Studien abgestellt. Jedoch wurde im Laufe des Bewertungsprozesses sukzessive deutlich, dass das mit der Weiterführung der Prüfung der Richtlinienverfahren verfolgte Ziel mit diesem Vorgehen nicht erreicht werden kann. Dies liegt zum einen daran, dass die in den herangezogenen Dokumenten untersuchten Fragestellungen oftmals nicht zu den konkreten Fragestellungen des G-BA passen und die Dokumente zu einem erheblichen Teil von nur eingeschränkter methodischer Qualität sind. [...] Ebenso fehlen Erkenntnisse in Bezug auf einige Indikationen, zu denen auf der Ebene aggregierter Evidenz keine ausreichenden Aussagen zum Nutzen identifiziert werden konnten.»

Das sind weitgehend die gleichen «Tragenden Gründe», die der G-BA 2006 und der WBP 2017 gegen die Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie – bzw. der GPT – ins Feld geführt haben. Offenkundig erfüllen die Richtlinienverfahren selbst nicht die Kriterien, die ihre Vertreter:innen in den Entscheidungsgremien als Vorwand für die Ablehnung der Humanistische Psychotherapie ins Feld führen. Gleichwohl sind aus dem WBP sind keine Überlegungen laut geworden, wie mit dieser doppelten Moral in der Bewertung von Psychotherapie-

verfahren umzugehen ist. Auch seitens der Politik, Wissenschaft oder Presse war kein Aufschrei wegen dieser extremen Ungleichbehandlung zu hören.

Es sei hier aber betont, dass der Autor dieses Beitrags damit nicht die beiden Richtlinienverfahren Psychodynamische Psychotherapie und Verhaltenstherapie für unwissenschaftlich oder unwirksam hält. Vielmehr wird mit der auch vom G-BA verlautbarten Bewertung die Fragwürdigkeit der Kriterien der Therapie-»Anerkennung« in Deutschland gezeigt.

2021 hat Bruce E. Wampold, einer der international führenden Psychotherapieforscher, ein umfangreiches Gutachten über das Methodenpapier des WBP verfasst. Die fünf Hauptpunkte seiner Kritik sind: 1. die Unterstellung des Methodenpapiers, dass die unterschiedlichen Erfolge von psychotherapeutischen Vorgehensweisen auf so grobe Kategorien wie «Verfahren» (besser: Cluster) zurückzuführen wären. Diese Unterstellung sei, nach allem was wir aus der Forschung wissen, falsch. Bemängelt wird 2. der hohe Stellenwert der RCT-Methodik im Methodenpapier. Kritisiert wird 3. die Annahme über den Anteil spezifischer therapeutischer Vorgehensweisen am Behandlungserfolg. Diese würden zwar im Methodenpapier vornehmlich geprüft, doch entspreche dies nicht dem Stand der Forschung. Sodann wird 4. die Logik infrage gestellt, nach der bestimmte Methoden und deren vermeintliche Wirksamkeit klar bestimmten «Verfahren» zuordenbar wären. Letztlich 5. wird kritisiert, dass das Methodenpapier die Beziehungsfaktoren, die für eine wirksame Psychotherapie unerlässlich sind, grösstenteils ignoriere und nicht erkenne, dass diese Faktoren allen Psychotherapieverfahren und -methoden gemein sind.

Dieses Gutachten wurde in deutscher Sprache vom «Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten» (bvvp) ins Internet gestellt (Wampold, 2021). Der bvvp ist mit über 5.600 Mitgliedern die grösste integrative Interessensvertretung von ärztlichen, psychologischen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen in Deutschland. Er ist ein wichtiger Partner in der Gesundheitspolitik und nimmt entscheidenden Anteil an der Versorgung psychisch kranker Menschen. Darüber hat Norbert Bowe vom bvvp eine Einschätzung zur wissenschafts- und berufspolitischen Bedeutung von Wampolds Gutachten ebenfalls ins Internet gestellt (Bowe, 2021a) und eine Kurzform im bvvp-Journal *Psychotherapie in Politik und Praxis* (PPP) veröffentlicht (Bowe, 2021b). Bowe kommt denn auch zu folgendem Resümee:

«Die Vorgehensweisen des WBP-Methodenpapiers gehen an der Evidenz für die Wirkungsweisen der Psychotherapie vorbei. Auf unwissenschaftliche Weise werden spezifische Therapietechniken auf Manualbasis bevorzugt und mit Forschungsgeldern gefördert, während beziehungsorientierte Behandlungsmethoden zurückgedrängt werden. Die Wahlmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten werden eingeschränkt, die Qualität der Versorgung nicht verbessert.»

Daraus ergeben sich für ihn eine Reihe gravierender Folgerungen, deren erste lautet: «*Die Humanistische Psychotherapie ist vom WBP wissenschaftlich anzuerkennen.*»

In der Tat sind seit vielen Jahren gegen die aufgestellten Regeln für «Wissenschaftlichkeit» durch den WBP zahlreiche Einwände erhoben worden (jenseits der Mängel in den konkreten Studienbewertungen). Besonders die Reduzierung der guten Idee der «Evidenzbasierung» (Sackett et al., 1996) auf RCT-Studien ist für eine angemessene Bewertung im Kontext der Psychotherapie fragwürdig. Denn damit wird das Anliegen, professionalisierte Hilfestellung durch wissenschaftlich gesicherte Informationen in Form von Übersichten und Bewertungshilfen zur Verfügung zu stellen, zu einem Instrument zur Selektion und Massregelung umfunktioniert – wovon Sackett explizit gewarnt hatte. Es kann gezeigt werden (Kriz, 2014, 2017, 2023; Revenstorff, 2005), dass ein solches Vorgehen für die Bewertung von Pharmaprodukten recht brauchbar, für die Beurteilung von verhaltenstherapeutischen Programmen noch hinreichend, aber für die Bewertung von Vorgehen im Rahmen der Humanistischen Psychotherapie in hohem Masse inadäquat ist. Die Logik des experimentellen Designs, nach der unabhängige Variablen (Interventionen) auf abhängige Variablen (Veränderungen des Untersuchungsgegenstandes) möglichst objektiv und reproduzierbar wirken, bricht nämlich zusammen, je mehr Menschen als Subjekte – und damit deren Deutungen – eine Rolle spielen. Die sog. unabhängigen Variablen werden damit nämlich selbst zu abhängigen (nämlich von den Interpretationen der Subjekte).

Wenn gefordert wird, dass faktisch nur Belege für Wirksamkeit gelten sollen, die mit experimentellen Designs erbracht wurden, werden alle anderen Belege aus der Praxis und umfangreicher wissenschaftlicher Psychotherapieforschung, die mit anderen Methoden erbracht wurden, unter den Teppich gekehrt. Qua Untersuchungsmethodik wird der Humanistischen Psychotherapie eine Pharma- und VT-Ideologie übergestülpt. Man muss diese Argumente nicht teilen – aber dass sie nicht einmal von einem «wissenschaftlichen Beirat» diskutiert werden, ist kein gutes Signal an die nachwachsende Generation von Forscher:innen. Nicht die wissenschaftlichen Argumente, nicht der Diskurs oder Transparenz werden als relevant hingestellt, sondern es geht allein um die Macht, eine bestimmte Sichtweise als einzige «Wahrheit» zur Wahrung einer methodischen Monokultur durchzusetzen.

Um überhaupt etwas Bewegung in die betonierete Ausgrenzung der Humanistischen Psychotherapie in Deutschland zu bringen, haben die Verbände der Personzentrierten Psychotherapie (die Gesprächspsychotherapie, Emotionsfokussierte Therapie und Focusing als Schwerpunkte vertreten) Anfang 2023 erneut einen Antrag beim WBP zur Prüfung der «wissenschaftlichen Anerkennung» gestellt. Immerhin konnte mit einer neuen Studie von Timulak et al. (2022) zur Wirksamkeit Personzentrierter Psychotherapie bei Angststörungen die eine Studie

nachgereicht werden, die nach Meinung des WBP im umfangreichen Paket von Wirkstudien für eine positive Bewertung «fehlte». Diese Studie wurde zunächst von der zuständigen Behörde des Landes Hamburg nachgereicht – eine Forderung, die aus dem WBP noch 2018 laut wurde (u. a. Fydrich, 2018). Allerdings liess der WBP nun wissen, dass eine Nachreichung von Studien nicht in seinem «Methodenpapier» geregelt sei – und daher ein neuer vollständiger Antrag gestellt werden müsse. Obwohl auch nichts Gegenteiliges im Methodenpapier vermerkt ist, und die ganze Situation ja nur dadurch entstanden ist, dass der WBP sich bei seinem Gutachten 2018 nicht an die explizit formulierten Regeln seines Methodenpapiers gehalten hatte, entschlossen sich die personzentrierten Verbände, sich dieser erneuten Änderung der Anforderungen zu beugen, und den Antrag zu stellen. Damit wurde auch zwangsläufig dem WBP-Gutachten nachgekommen, in dem antragswidrig die Humanistische Psychotherapie in Einzelansätze aufgelöst worden war. Dort wurde spitzfindig behauptet,

«dass es sich bei der Humanistischen Psychotherapie um eine übergeordnete psychotherapeutische Grundorientierung handelt [...] mit eigenständiger und von anderen Verfahren hinreichend klar abgrenzbarer Störungs- und Behandlungstheorie, mit eigenen diagnostischen Verfahren und störungsspezifischen Modifikationen [, es sich aber] nicht um ein Psychotherapieverfahren entsprechend den Kriterien des Methodenpapiers des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie handelt» (WBP, 2018, S. A8).

Daher wurden die «Methoden» isoliert bewertet. Dies ist für die AGHPT besonders deswegen ärgerlich, weil die drei Richtlinienverfahren genau die gegenteilige Entwicklung vollzogen und sich als Sammelbewegung für jeweils sehr heterogene Cluster von Ansätzen etabliert haben. Selbst die Psychoanalyse hat in diesem Zuge in Deutschland ihre Eigenständigkeit insofern aufgegeben, als sie nur noch als eine von 21 Methoden der «Psychodynamischen Psychotherapie» firmiert. Der wissenschaftliche Beirat der AGHPT hat den WBP bereits 2014 um Klärung der Frage gebeten, nach welchen wissenschaftlichen Kriterien diese 21 Methoden der Psychodynamischen Psychotherapie bzw. die rund 50 Methoden der VT als ein Verfahren gesehen werden, und was einer solche Einordnung für die Humanistische Psychotherapie aus Sicht des WBP entgegensteht. Eine Antwort steht immer noch aus. Die Psychotherapie wird in Deutschland eben immer noch von bürokratisch-administrativen Machtstrukturen beherrscht, denen sich inhaltliche, klinische und wissenschaftliche Aspekte unterzuordnen haben.

Es bleibt zu hoffen, dass der WBP nun nicht völlig neu mit einem viele Jahre dauernden Prozedere beginnt, das «neue Verfahren» von Grund auf zu untersuchen und bspw. erneut eine aufwändige und langwierige Literaturrecherche durchzuführen. Zumal deren Validität nachweislich mangelhaft ist: Statt die rund 300 von der

AGHPT eingereichten Studien als Bewertungsgrundlage zu nehmen, liess der WBP eine eigene Literaturrecherche durchführen, die rund 8.000 «Studien» erbrachte. Aus diesen musste die AGHPT dann mühsam die irrelevanten Quellen eliminieren. Gleichwohl enthielten diese 8.000 Quellen nicht einmal 50 % der von der AGHPT eingereichten Studien. Eine solche «Recherche» stellt somit eine unsinnige Verschwendung von Zeit und Ressourcen dar.

Anzeichen für positive Entwicklungskräfte

Im Herbst 2021 erschien die 7. Auflage von *Garfield & Bergin's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Dieses Werk gilt seit einem halben Jahrhundert quasi als «Bibel» der Psychotherapieforschung. Wie schon in der 6. Auflage von 2013 findet sich ein Kapitel mit Metaanalysen zur Humanistischen Psychotherapie (Elliot et al., 2021). Die aktuelle Analyse beruht auf 91 Studien der HPT zwischen 2009 und 2018 zur effectiveness/efficacy der «Humanistic-Experiential Psychotherapies (HEP)» (die weitgehend gleich mit den Ansätzen der Humanistischen Psychotherapie in Deutschland ist). Schon in der Analyse von 2013 aufgrund von 186 Studien (59 davon kontrollierte efficacy-Studien) mit insgesamt 14.206 Patient:innen zeigte sich die weitgehende Gleichwertigkeit in der Effektivität zu den anderen drei Grundorientierungen. Auch die neue Analyse zeigt die recht hohe Effektstärke der HEP im Vergleich zu nicht behandelten Patient:innen von .88; zu anderen Therapieformen erweist sich HEP als gleich effektiv (-.08).

Wie schon in der 6. Auflage (Elliot et al., 2013) konnte gezeigt werden, dass die scheinbare Überlegenheit der kognitiven Verhaltenstherapie (CBT) gegenüber der HEP ganz überwiegend mit Studien erbracht wurde, in denen von CBT-Forscher:innen eine Pseudo-HEP als erwünscht unwirksame Placebo-Bedingung verwendet wurde. Wird CBT mit korrekt durchgeführter HEP verglichen (und dieser Vergleich gar noch von neutralen Wissenschaftler:innen überwacht), so verschwindet die in CBT-Publikationen behauptete Überlegenheit. Diese Erkenntnis wird mit Elliot et al. (2021) nun durch zusätzliche Analysen weiter erhärtet (u. a. sog. «intent-to-treat [ITT]»-Analysen und explizite Nachweise der Studienauswahl durch sog. PRISMA-Diagramme).

Auch wenn solche Metastudien kein Umdenken beim WBP erkennen lassen, der sich weiterhin auf die Befunde aus isolierten RCT-Studien stützt, so werden doch einige in diesem Zusammenhang international beachtete Erkenntnisse aus den damit verbundenen Diskursen zumindest vereinzelt aufgenommen, insbesondere das Verständnis dafür, dass es weniger die spezifischen Therapiemethoden sind, die die Wirkung von Psychotherapie hervorrufen, sondern weit mehr die sogenannten «unspezifischen Faktoren» (Wampold, 2001; Wampold et al., 2018; Wampold & Flückinger, 2022). So griff Bernhard Strauß (2019), der zu dieser Zeit Vorsitzender des WBP war, in einem Grundsatz- und Überblicks-

artikel über «Innovative Psychotherapieforschung: Wo stehen wir und wo wollen wir hin?» die Sichtweise von Wampold & Imel (2015) auf und argumentierte, wie stark das Therapieergebnis von «kontextuellen» Faktoren im Psychotherapiebereich abhängt. Dazu führte er eine Tabelle der «durchschnittlichen Effektstärke für die Wirkung von Psychotherapie» an (Strauß, 2019, S. 6). Die «kontextuellen Faktoren» mit grosser Wirksamkeit sind vor allem «Empathie», «Wertschätzung» und «Kongruenz/Echtheit» – also die zentralen Aspekte des therapeutischen Beziehungsangebotes in der Humanistischen Psychotherapie.

Bisher ist allerdings nicht zu vernehmen, dass der WBP bereit zu einem Diskurs über die angemessenen Formen und Wege von Evidenzbeurteilungen ist. In einem solchen Diskurs müssten nicht nur unterschiedliche Konzeptionen der Grundorientierungen, sondern auch unterschiedliche methodische Zugänge berücksichtigt werden – wie Wirkforschung (im engeren Sinne), Prozessforschung, Einzelfallstudien (in unterschiedlicher Weise angelegt und aufbereitet), Ergebnisse aus psychotherapeutischer Grundlagenforschung sowie Studien im breiten Spektrum der Klassifikation von Evidenzbasierung nach Sackett et al. (1996).

Immerhin scheint sich eine Rückbesinnung auf die gemeinsame Verantwortung gegenüber den Patient:innen und der Entwicklung der Psychotherapie abzuzeichnen: Am 18. März 2023 wurde eine Resolution des Arbeitskreises der Psychotherapieverbände (GK II) verabschiedet. Im GK II sind 36 Psychotherapieverbände und -gesellschaften vertreten, darunter auch die Verbände der Psychodynamiker:innen, der Verhaltenstherapeut:innen und der Systemiker:innen sowie die Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie, oder der Verband psychologischer Psychotherapeuten im BDP (Bund Deutscher Psychologen). Er repräsentiert über 66.000 Mitglieder. In dieser Resolution wird beklagt, dass wegen der Einseitigkeit der Psychotherapieprofessuren in Deutschland (fast ausschliesslich VT-orientiert), die notwendige Breite und Vielfalt der Psychotherapie «häufig nicht gewährleistet» ist. Es wird darauf hingewiesen, dass sich die «internationale Breite und Vielfalt vor allem in den vier Grundorientierungen ausdrückt, die die Verhaltenstherapie, die psychodynamische Psychotherapie, die Systemische Therapie und die Humanistische Psychotherapie umfassen». Entsprechend wird u. a. gefordert, «die Einbeziehung aller wissenschaftlich anerkannten Verfahren und Methoden sowie aller Grundorientierungen im Studium» (Volltext der Resolution: vpp, 2023).

Es ist daher trotz aller hier berichteten Widerstände gegen die Humanistische Psychotherapie in Deutschland zu hoffen, dass auch die Funktionsträger:innen in WBP und G-BA sich einem angemessenen Diskurs über die Widersprüche ihrer Bewertungen und der international recht einhelligen Fachexpertise nicht länger verschliessen, damit den Patient:innen in Deutschland der in anderen Ländern so erfolgreiche Behandlungsansatz endlich (wieder) zur Verfügung steht.

Literatur

- AGHPT (2023). <https://aghpt.de/antrag-wissenschaftliche-erkennung>.
- Bowe, N. (2021a). Evidenz für Politikänderung. https://bvvp.de/wp-content/uploads/2021/08/20210803-Langfassung-aus-PPP-3_21-Bowe_Evidenz-fuer-Politikaenderung_public.pdf.
- Bowe, N. (2021b). Wissenschaftliche Evidenz für einen fälligen Wechsel hinsichtlich Forschung und Psychotherapiepolitik. *Psychotherapie in Politik und Praxis*, (3), 6f.
- Cottraux, J. et al. (2000). Cognitive behavior therapy versus supportive therapy in social phobia: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(3), 137–146.
- Eckert, J. (2013). Machtmissbrauch in den Psychotherapiewissenschaften. Mittel und Wege der Monopolisierung. *Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie* 17, 278–288.
- Eckert, J. (2019a). u. a. amtsanmaßend. *Psychotherapeutenjournal*, (2), 171f.
- Eckert, J. (2019b). Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie: Quo vadis? Eine Frage, die erneut gestellt werden muss. *Psychotherapeut*, 64, 420–425.
- Elliott, R. et al. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Hg.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (S. 495–538). 6. Aufl. Wiley.
- Elliott, R. et al. (2021). Research on humanistic-experiential psychotherapies: Updated review. In M. Barkham (Hg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 421–464). 7. Aufl. John Wiley & Sons.
- Frohburg, I. (2007). *Zwölf Beiträge zum sozialrechtlichen Anerkennungsverfahren der Gesprächspsychotherapie*. GwGVerlag.
- Fydrich, T. (2018). Nicht überzeugt, dass Gesprächspsychotherapie allein hinreichend wirksam ist. *Projekt Psychotherapie*, (03), 30–32.
- Kriz, J. (2014). Wie evident ist Evidenzbasierung? Über ein gutes Konzept – und seine missbräuchliche Verwendung. In S. Sulz (Hg.), *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* (S. 154–185). CIP-Medien.
- Kriz, J. (2017). *Subjekt und Lebenswelt. Personzentrierte Systemtheorie für Psychotherapie, Beratung und Coaching*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kriz, J. (2018a). Gutachten zur Humanistischen Psychotherapie – tendenziös und voller Mängel. Wie der «Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie» gegen zentrale Standards der Wissenschaft verstößt. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 18(1), 44–48.
- Kriz, J. (2018b). Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Humanistischen Psychotherapie – Und wie geht es nun weiter? *Psychotherapeutenjournal*, 17(3), 257–264.
- Kriz, J. (2023). *Humanistische Psychotherapie. Grundlagen – Richtungen – Evidenz*. Kohlhammer.
- Kriz, J. & Hentze, O. (2010). Der Skandal um den «Gemeinsamen Bundesausschuss» G-BA bei seiner Blockade der Gesprächspsychotherapie – oder: Wie der Rechtsstaat ausgehebelt wird. <https://aghpt.de/juergen-kriz-die-blockade-der-gespraechspsychotherapie-durch-den-g-ba>.
- Revenstorf, D. (2005). Das Kuckucksei. Über das pharmakologische Modell in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 10(1), 22–31.
- Sackett, D. L. et al. (1996). Evidence based Medicine: What It Is and What It Isn't. *British Medical Journal*, 312, 71f.
- Schweitzer, J. (2018). Ein anderer Blick auf die Entscheidung zur Humanistischen Psychotherapie des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, (4), 360f.
- Spellbrink, W. (2001). Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG. *Psychotherapie und Recht*, (4), 112–116.
- Strauß, B. (2019). Innovative Psychotherapieforschung: Wo stehen wir und wo wollen wir hin? *Psychotherapeutenjournal*, 18(1), 4–10.
- Strauß, B. et al. (2010). Wie wissenschaftlich fundiert sind Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 9(2), 160–168.
- Timulak, L. et al. (2022). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: Results of a feasibility randomized controlled trial. *Psychotherapy*, 59(1), 84–95.
- Vpp (2023) Resolution des GK II: Verfahrens- und Methodenvielfalt an Universitäten und Hochschulen. https://vpp.org/cms/images/2023/GK_II_-_Verfahrens_Methodenvielfalt.pdf.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Erlbaum.
- Wampold, B.E. (2021). Evaluation: Methodology Paper of the Scientific Advisory Board on Psychotherapy According to Section 11 PsychThG (Psychotherapists Act). <https://ddgap.de/cms/wp-content/uploads/2021/06/Evaluation-Methods-Paper-Final-2.pdf> [dt.: Evaluation: Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) gemäß § 11 PsychThG (Psychotherapeutengesetz) https://bvvp.de/wp-content/uploads/2021/07/Psychotherapie_Wampold_-_Kritik-am-Methodenp.-Uebersetzg_public.pdf].
- Wampold, B.E. & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Wampold, B.E., Imel, Z.E. & Flückinger, C. (2018). *Die Psychotherapie-Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht*. Hogrefe.
- Wampold, B.E. & Flückiger, C. (2023). The alliance in mental health care: conceptualization, evidence and clinical applications. *World Psychiatry*, 22(1), 25–41.
- WBP (2018). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie. *Deutsches Ärzteblatt*, 09.03.2018. https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.gut_hpt01

Humanistic Psychotherapy in Germany Report of a blockade

Abstract: Five years ago, the German «Scientific Advisory Board on Psychotherapy» (WBP) not only rejected Humanistic Psychotherapy as a «scientifically recognized procedure» in an expert opinion, but even withdrew the «recommendation for advanced training» from Person-centered Psychotherapy – an approach which had already been recognized by the WBP in 2002. After initial protests by many scientists and institutions against this evaluation, a standstill must be reported. The WBP evades discourses about this critique and the evaluation complained. This paper takes the 5-year anniversary as an opportunity to provide a report of the contexts and circumstances of this blockage of Humanistic Psychotherapy in Germany. This is because many are unfamiliar with this German administrative regulatory framework. The report focuses on publications after 2018. For it is becoming increasingly clear that the German ideology of strictly separated approaches, whose «scientificity» must be proven exclusively by experimental RCT studies with regard to specific factors, does not stand up to findings from international psychotherapy research. Increasingly, research supports a view which has prevailed especially by Wampold since 2001, according to which contextual factors in particular contribute significantly to the success of therapy. These are above all aspects that play a central role in Humanistic Psychotherapy. The article concludes with the hope that the WBP will register these discourses and come to a changed evaluation of Humanistic Psychotherapy.

Keywords: Humanistic Psychotherapy, WBP, Evaluation, psychotherapy research, contextual model, proof of scientificity, rct-design

Psicoterapia umanistica in Germania

Resoconto di un blocco

Riassunto: Cinque anni fa, il comitato tedesco «Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie» (WBP) non solo ha respinto in un parere la psicoterapia umanistica come «metodo scientificamente riconosciuto», ma ha persino ritirato la «raccomandazione all'approfondimento» alla terapia centrata sul cliente, che era già stata riconosciuta dallo stesso WBP nel 2002. Dopo le proteste iniziali di molti scienziati e istituzioni contro questa valutazione, si è registrata una fase di stallo, tanto più che la WBP evita di parlare di queste critiche e delle valutazioni contestate. Il presente contributo coglie l'occasione dei 5 anni per fare un resoconto dei contesti e delle circostanze di questo blocco della psicoterapia umanistica in Germania. Infatti, molte persone non hanno familiarità con l'apparato normativo amministrativo tedesco. Il resoconto si concentra sulle pubblicazioni successive al 2018. Diviene sempre più chiaro che l'ideologia tedesca delle metodologie psicoterapeutiche, tra loro compartimentate, la cui «scientificità» deve essere dimostrata esclusivamente mediante studi sperimentali RCT in relazione a specifici fattori di efficacia, non regge di fronte ai risultati della ricerca internazionale sulla psicoterapia. Sempre più evidenze sono a favore della visione, avanzata soprattutto da Wampold a partire dal 2001, secondo cui fattori contestuali contribuiscono in modo significativo al successo terapeutico, ovvero aspetti che rivestono un ruolo centrale nella psicoterapia umanistica. Il contributo si conclude con l'auspicio che

la WBP riprenda il discorso e giunga a una nuova valutazione della psicoterapia umanistica.

Parole chiave: psicoterapia umanistica, Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, parere del WBP, ricerca della psicoterapia, modello contestuale, valutazione, dimostrabilità, scientificità, modello RCT

Der Autor

Prof. Dr. *Jürgen Kriz* 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. Von 2004 bis 2008 war er Mitglied im WBP.

Kontakt

Prof. Dr. Jürgen Kriz
Universität Osnabrück
Institut für Psychologie
Seminarstr. 20, Poststelle
D-49074 Osnabrück
kriz@uos.de

Psychothérapie humaniste en Allemagne

Rapport sur un blocage

Jürgen Kriz

Psychotherapie-Wissenschaft 13 (2) 2023 83–84

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-2-83>

Mots clés : psychothérapie humaniste, conseil scientifique pour la psychothérapie, expertise WBP, recherche en psychothérapie, modèle contextuel, évaluation, démonstrabilité, caractère scientifique, conception RCT

Cela fait cinq ans que le « Conseil scientifique pour la psychothérapie » (WBP) allemand a non seulement refusé dans une expertise la psychothérapie humaniste en tant que « procédure scientifiquement reconnue », mais a même retiré en 2002 à la psychothérapie des entretiens déjà reconnue par la WBP la « recommandation de formation approfondie ». Cette évaluation a fini par marquer un temps d'arrêt à la suite de protestations de nombreux scientifiques et institutions à leur encontre, du fait que le WBP s'abstient de toute discussion sur cette critique et les évaluations contestées.

Cette contribution prend le prétexte de cette date anniversaire de cinq ans pour présenter un rapport des contextes et des circonstances de ce blocage de la psychothérapie humaniste en Allemagne. Car même dans leur propre pays – et davantage encore dans d'autres pays – la plupart des gens, y compris des membres de la profession, ne sont pas familiarisés avec la procédure de reconnaissance et d'agrément qui a été établie depuis la loi allemande sur les psychothérapeutes (PsychThG) en 1999. Les règles de cette dernière ont surtout été développées dans le nouveau « Conseil scientifique pour la psychothérapie » (WBP) créé par la PsychThG. Ce dernier est depuis lors presque exclusivement constitué de fonctionnaires pouvant être rapportés aux deux « procédures de directives » – thérapie du comportement et psychothérapie psychodynamique. Bien que ces deux procédures eussent elles-mêmes été définies en 1999 sans le moindre examen dans la procédure de législation comme « scientifiquement reconnues » et bien que le WBP ne dût, selon la loi, conseiller les autorités administratives du Land qu'« en cas de doute », le WBP a désormais développé une procédure complexe et très critiquée pour définir les critères qu'il aimerait voir satisfaits pour une « reconnaissance scientifique ».

Pour éclairer le contexte, la contribution montre qu'une taxonomie unique au monde de « procédures » et de « méthodes » a constitué une base essentielle pour le refus de la psychothérapie humaniste par le WBP. Celle-ci serait certes, selon le WBP, une orientation de base internationalement reconnue mais, contrairement aux 21 méthodes de la psychothérapie psychodynamique

et aux quelques 50 méthodes de la thérapie du comportement, ne présenterait pas une procédure unifiée. Bien que la décomposition d'une procédure en plusieurs approches isolées ait été explicitement exclue dans le document décrivant les méthodes du WBP, le WBP a procédé exactement de cette manière dans le cas de la psychothérapie humaniste : contrairement à la demande émise et en violant ses propres règles, il a d'abord retiré les études de la psychothérapie des entretiens du paquet des études complet. Il a alors constaté que (à part une) les études reconnues par le WBP 2002 ne pouvaient désormais plus être reconnues. De ce fait – et du fait de l'exclusion d'autres études – la liasse a, malgré 18 études nouvellement « reconnues », été réduite de telle façon qu'une (!) étude manquait désormais dans le domaine des troubles anxieux. Il a vu dans ce fait un motif d'annoncer qu'il ne pouvait désormais plus recommander la psychothérapie des entretiens en tant que procédure pour la formation approfondie.

Un tel verdict signifie factuellement l'élimination de cette approche : ceci se manifeste dans le fait que, quelques jours seulement après cette expertise, toute mention de la psychothérapie des entretiens avait été éliminée d'une nouvelle édition de la brochure destinée aux patients de la Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), la chambre fédérale des psychothérapeutes. La nouvelle expertise du WBP a – selon les termes du président du tribunal social du Land – « coupé l'herbe sous le pied » d'une action judiciaire intentée par des psychothérapeutes des entretiens contre le G-BA (Comité fédéral commun), qui était sur le point d'aboutir. La plainte a été sur ces entrefaites retirée parce que vouée à l'échec. Et la psychothérapie des entretiens n'a, du fait de l'expertise du WBP, plus pu être citée parmi les « procédures scientifiquement reconnues » lors du lancement en 2018 des négociations relatives à la mise en œuvre de la nouvelle loi sur les psychothérapeutes (de 2020). L'expertise du WBP a ainsi eu de graves effets sur la politique de la profession. Le WBP souligne cependant que seuls des motifs scientifiques et aucun motif relatif à la politique de la profession avaient eu de l'influence sur les décisions contestées. Tout ceci contraste fortement avec le fait que la quasi-totalité des

professeur-e-s d'université qualifié-e-s avaient demandé en 1998, les 15 chambres régionales en 2002/03 et en 2010 à nouveau une commission d'experts convoquée par la BPtK avaient exigé la reconnaissance immédiate de la psychothérapie des entretiens en tant que procédure de directive allemande.

Après avoir éclairé le contexte de l'expertise WBP, le présent article se focalise sur les publications faites à compter de 2018 – donc après l'expertise WBP. On montre ici que de nombreuses autres publications plaident en faveur de la psychothérapie humaniste et ne sont en rien inférieures aux « procédures de directive » autorisées en Allemagne si elles sont évaluées équitablement. C'est ainsi que le « Comité fédéral commun » (G-BA) s'est prononcé en faveur d'un arrêt de la procédure après environ onze ans de contrôle de la psychothérapie psychodynamique et de la thérapie du comportement. Dans les « principaux motifs » avancés pour cette décision, le G-BA énonce que ces deux procédures de directive ne remplissaient pas elles-mêmes des critères essentiels – raison pour laquelle le WBP avait rejeté la psychothérapie humaniste. L'auteur de ces contributions souligne cependant expressément que son point de vue ne consiste pas à considérer par là que ces deux procédures de directive seraient elles-mêmes non-scientifiques ou inefficaces. Elle consiste bien au contraire à montrer que le G-BA considère également que les critères de « reconnaissance » de thérapie en Allemagne sont contestables.

Nous rapportons également d'une nouvelle méta-étude dans l'ouvrage considéré au plan international *Garfield & Bergin's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, qui confirme maintenant dans cette 7^e édition de 2021 l'essentiel de la méta-étude de la 6^e méta-étude de 2013 : la psychothérapie humaniste est aussi efficace que les autres procédures. Notamment la supériorité sans cesse affirmée de la thérapie du comportement repose largement sur des artefacts méthodiques des études menées par des thérapeutes du comportement. C'est un point que Wampold, de son côté, n'avait jamais cessé de démontrer dans le cadre de ses analyses du « modèle contextuel » de la psychothérapie. Dans la nouvelle édition enrichie de 2015 (et en allemand en 2018), cet ouvrage souligne une fois de plus les résultats constatés et les arguments. Il apporte ainsi un soutien aux concepts contextuels du traitement psychothérapeutique, sur lesquels la psychothérapie humaniste repose également. C'est également

Wampold qui, dans une expertise poussée réalisée en 2021, avait exposé de nombreux aspects critiques contre le « document de méthode » du WBP. Comme le WBP n'a jusqu'à présent pas été prêt à se soumettre à une discussion portant sur son évaluation de la psychothérapie humaniste au vu de tels résultats, du moins les associations de la psychothérapie des entretiens ont décidé en 2023 de déposer une nouvelle demande au WBP. Toujours est-il que cette approche a déjà été « reconnue » et a joué jusqu'en 1999 un rôle considérable dans les universités allemandes.

En dépit des longues années de blocage de la psychothérapie humaniste en Allemagne, cette contribution s'achève sur une légère espérance : il y a des indices que le point de vue et les arguments de Wampold et les nombreux résultats obtenus, concluant à l'efficacité de la psychothérapie humaniste, viennent également en Allemagne alimenter les discussions sur la psychothérapie, et que la position isolée de l'Allemagne consistant à exclure la psychothérapie sera ainsi surmontée. Ce serait une bonne chose que la psychothérapie humaniste ne soit plus tant considérée comme une concurrence à combattre mais comme un enrichissement de l'offre thérapeutique aussi bien pour les patient-e-s, que pour le progrès de la psychothérapie dans son ensemble.

L'auteur

Prof. Dr. *Jürgen Kriz* est un professeur émérite pour la psychothérapie et la psychologie clinique à l'université d'Osnabrück, mais avait également été pendant plus de 25 ans titulaire de chaires professorales en statistique et en méthode de recherche. Il est membre honorifique de nombreuses associations spécialisées en psychothérapie, a été entre autres professeur invité à Vienne, Zurich, Berlin, Moscou, Riga et aux États-Unis. Il est l'auteur de plus de 20 livres et de 300 contributions spécialisées. Il a été membre du WBP de 2004 à 2008.

Contact

Prof. Dr. Jürgen Kriz
Universität Osnabrück
Institut für Psychologie
Seminarstr. 20, Poststelle
D-49074 Osnabrück
kriz@uos.de



Wolfgang George, Karsten Weber (Hg.)
**Wie werden wir
in Zukunft sterben?**
Szenarien zu Sterben,
Tod und Trauer im Jahr 2045

331 Seiten
Broschur • € 44,90
ISBN 978-3-8379-3232-4

Experten*innen aus unterschiedlichen Handlungsfeldern und wissenschaftlichen Disziplinen entwickeln Szenarien, wie Sterben, Tod und Trauer in der Zukunft gesellschaftlich und versorgungssystematisch organisiert werden. Zudem machen sie »wünschenswerte« Perspektiven sichtbar und zeigen auf, was zu tun ist, damit diese Ausblicke Realität werden können.



Wolfgang George, Karsten Weber (Hg.)
**Fehlendes Endlichkeits-
bewusstsein und die Krisen
im Anthropozän**

247 Seiten
Broschur • € 29,90
ISBN 978-3-8379-3176-1

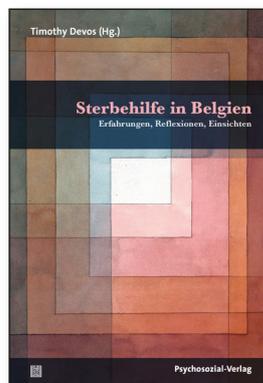
Die Beiträge*innen ermöglichen einen transdisziplinären Blick, der den Zusammenhang gegenwärtiger Krisen wie Umweltzerstörung, Ressourcenverbrauch, Klimawandel und soziale Verwerfungen mit einem fehlendem Endlichkeitsbewusstsein erkennbar macht. Sie regen zur Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit an und bieten Ansätze zur gesellschaftlichen und politischen Veränderung.



Joachim Küchenhoff, Martin Teising (Hg.)
**Sich selbst töten
mit Hilfe Anderer**
Kritische Perspektiven
auf den assistierten Suizid

275 Seiten
Broschur • € 29,90
ISBN 978-3-8379-3171-6

Die Absicht, sich das Leben zu nehmen, noch dazu mit Hilfe Anderer, wirft existentielle Fragen auf. Vor dem Hintergrund der in Deutschland anstehenden Legalisierung und gesetzlichen Regelung des assistierten Suizids befassen sich die Autor*innen aus verschiedenen fachspezifischen Perspektiven mit den zentralen Fragen rund um die Thematik.



Timothy Devos (Hg.)
Sterbehilfe in Belgien
Erfahrungen, Reflexionen, Einsichten

338 Seiten
Broschur • € 24,90
ISBN 978-3-8379-3165-5

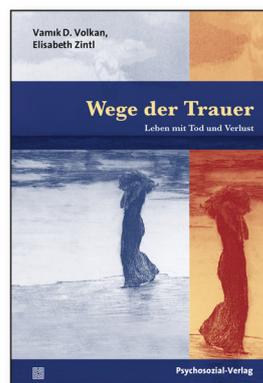
Seit 2002 ist die aktive Sterbehilfe in Belgien unter bestimmten Voraussetzungen gesetzlich zulässig. Mit der steigenden Verbreitung in den vergangenen 20 Jahren ist sie zunehmend zu etwas »Normalem« geworden. Dieser »Normalität« stellen sich Mediziner*innen und Pflegekräfte aus verschiedenen Fachbereichen, wie Onkologie, Palliativversorgung, Psychiatrie, entgegen.



Jürgen Grieser
Der Tod und das Leben
Vergänglichkeit als Chance
zur Entwicklung von Lebendigkeit

227 Seiten
Broschur • € 22,90
ISBN 978-3-8379-2831-0

Basierend auf einer breiten Übersicht über die Erscheinungsformen des Todes im Verlauf des Lebens stellt Grieser Lösungsstrategien vor, die der Mensch entwickeln kann, um mit dem Wissen um seine Sterblichkeit konstruktiv umzugehen: Mobilisierung der Libido, Erleben der Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens und schließlich Erfahrungen der Transzendenz.



Vamik D. Volkan, Elisabeth Zintl
Wege der Trauer
Leben mit Tod und Verlust

173 Seiten
Broschur • € 19,90
ISBN 978-3-8379-2613-2

Vamik D. Volkan und Elisabeth Zintl zeigen anhand zahlreicher authentischer Fallgeschichten die Vielseitigkeit des Trauervorgangs. Volkan hat eine außergewöhnliche Therapie zur Bewältigung der Trauer entwickelt – eine Therapie zur Wiederbelebung des steckengebliebenen Trauerprozesses.