

Psychotherapie – eine Lagebestimmung

Thomas Slunecko

1 Eine Ausgangsdefinition

An Definitionen für Psychotherapie herrscht wahrlich kein Mangel. Stellvertretend für viele andere und ohne damit eine besondere Auszeichnung nahelegen zu wollen, soll einleitend jene Begriffsbestimmung angeführt und kommentiert werden, die als Ergebnis eines längeren Diskussionsprozesses in das österreichische Psychotherapiegesetz Eingang gefunden hat. Danach ist Psychotherapie „die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewusste und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern“ (BGBl. 361/1990). Mit dieser Definition ist ein Horizont für die Diskussion einiger Elemente eröffnet, die bei Auseinandersetzungen über Psychotherapie regelmäßig auftauchen:

- Psychotherapie wird sowohl bei Verhaltensauffälligkeiten (hier ist die Außensicht derjenigen im Vordergrund, denen ein Verhalten als gestört auffällt) als auch aufgrund eines Leidensdrucks (hier ist es die Innenperspektive des Leidenden, also sein oder ihr subjektives Empfinden) in Anspruch genommen. Dabei handelt es sich um zwei deutlich verschiedene Perspektiven, die auch den Erfolg von Therapie nach entsprechend unterschiedlichen Kriterien bewerten (wir werden darauf unter dem Stichwort Psychotherapieforschung zurückkommen). Am Ende der Definition klingt zudem an, dass Psychotherapie über eine *kurative* Zielsetzung, d. h. über die Behandlung von Störungen und Leiden, hinausgehen kann: etwa dann, wenn „gesunde“ Personen (also solche, die weder verhaltensauffällig sind noch sich selbst als besonders leidend empfinden) sich z. B. aus Interesse an Selbsterfahrung, an persönlicher Entwicklung und Reifung, an der Verbesserung ihrer Beziehungs- und Glücksfähigkeit oder an Emanzipation aus fami-

lären, beruflichen oder gesellschaftlichen Machtverhältnissen für eine Psychotherapie interessieren. An letztgenannte Motive sind Sozialversicherungen und Krankenkassen schlecht anschlussfähig. Sie wollen in aller Regel Psychotherapie nur dann finanzieren, wenn eine „krankheitswertige Störung“, etwas „Pathologisches“ oder eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vorliegt. In einer Zeit, in welcher der Druck der Verplanung und funktionellen Einvernahme jedes Einzelnen ständig zunimmt, lassen sich für Zielsetzungen jenseits des Krankheitsdiskurses öffentliche Mittel kaum zur Verfügung stellen.

- Die Interaktion und Beziehung zwischen Klient(en) und Psychotherapeut(en) ist von zentraler Bedeutung und stellt einen wesentlichen, wenn nicht überhaupt den wichtigsten Wirkfaktor der Psychotherapie dar. Dies belegen auch eine Reihe von Forschungsergebnissen, welche die Qualität der therapeutischen Beziehung als zentralen Faktor für die Wirksamkeit von Psychotherapie herausstellen (vgl. z. B. Strupp 1993; Grawe et al. 1994). So sind ausbleibende oder negative therapeutische Effekte sehr häufig mit einer wenig geglückten Beziehung zwischen Psychotherapeut und Klient assoziiert. Der Umstand, dass Interaktion und Beziehung in der Psychotherapie so entscheidend sind, begründet ihr spezifisches fachliches Selbstverständnis (eben als Wissen um Interaktion und Beziehung) und verleiht damit auch ihrer wissenschaftlichen Bearbeitung ein charakteristisches Anforderungsprofil.
- Dass es, um Psychotherapeut zu werden, einer *besonderen* Ausbildung, d. h. einer Ausbildung in einem *spezifischen* psychotherapeutischen Verfahren bedarf, man also – auch als Arzt oder Psychologe – nicht einfach zu praktizieren beginnen kann, sobald man sich dazu berufen fühlt, ist als Prinzip wenig umstritten. Die Frage, welcher *allgemeinen* Ausbildung es dazu vorab bedarf, insbesondere ob vor der psychotherapeutischen Ausbildung eine andere *universitäre* Ausbildung stehen muss und welche das zu sein hat, ist seit Freuds Schrift zur Frage der Laienanalyse (1926) Gegenstand kontroverser, im Kern von standespolitischen Interessen beherrschter Diskussionen. Im deutschsprachigen Raum sind die Regelungen dazu sehr unterschiedlich ausgefallen: Seitdem in Deutschland das *Psychotherapeutengesetz* gilt (1999), können neben Ärzten (für die eigene berufsrechtliche Regelungen gelten) nur Psychologen (bzw. für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auch Pädagogen und Sozialpädagogen) nach erfolgreicher Absolvierung einer staatlich anerkannten Therapieausbildung die *Approbation* erhalten. Ähnlich verhält es sich auch in der Schweiz, wo 2013 das *Psychologieberufegesetz* in Kraft getreten ist, das die bisherigen kantonalen Einzelregelungen vereinheitlicht; auch dort ist der Zugang zur Berufsausübung auf Ärzte und Psychologen fokussiert. In Österreich bestehen deutlich weniger Einschränkungen bezüglich der sogenannten Quellberufe von Psychotherapeuten; auch ein universitärer Abschluss war bislang in Österreich keine zwingende Voraussetzung, um nach Abschluss einer einschlägigen therapeutischen Ausbildung als Psychotherapeut anerkannt zu werden. Der österreichische Gesetzgeber folgte diesbezüglich einer bereits von Freud vorgezeichneten Argumentationslinie und legte diese sogar noch weiter aus: Freud hatte in seiner Schrift zur ‚*Frage der Laienanalyse*‘ vehement für die Möglichkeit plädiert, dass auch Nicht-Ärzte analytisch behandeln dürfen, wenn sie über die entsprechende therapeutische Spezialausbildung verfügen; er hatte als ‚Laien‘ dabei allerdings Personen im Sinn, die sehr wohl ein Studium, allerdings eben kein medizinisches abgeschlossen hatten (insbesondere seinen engsten Mitarbeiter Otto Rank).

- Aber auch *welche* besonderen Ausbildungen (z. B. Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, systemische Therapie, Gestalttherapie, Musiktherapie usw.) berufs- bzw. sozialrechtlich anerkannt werden, ist in verschiedenen Ländern sehr unterschiedlich geregelt. Auch diesbezüglich ist die Situation in Deutschland auf den ersten Blick deutlich restriktiver als in Österreich oder auch in der Schweiz (für eine Kritik dieses „deutschen Sonderweges“ siehe den Beitrag von Kriz in diesem Band, S. 280; für einen orientierenden Überblick über das komplexe Feld anerkannter Therapierichtungen vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Psychotherapie>). Dafür gibt es im deutschen Gesundheitssystem eine Besonderheit: das Heilpraktikergesetz, das nach einer im Vergleich zu einem Psychologie- oder Medizinstudium wenig aufwändigen Prüfung eine psychotherapeutische Betätigung auch für Nicht-Akademiker gestattet und dabei auch bezüglich der von diesen angewandten Therapiemethoden keine Einschränkungen macht; die Refundierung von in diesem Rahmen erbrachten therapeutischen Leistungen ist allerdings den gesetzlichen Krankenkassen nicht vorgeschrieben.
- Die einleitend zitierte Definition verweist weiters auf *wissenschaftlich*-psychotherapeutische Methoden, bringt die Psychotherapie also mit Wissenschaft in eine nahe Beziehung. Wissenschaftlich anerkannt zu sein, ist sowohl für das Schicksal einzelner therapeutischer Verfahren (denn wenn nur Therapien mittels bestimmter, eben wissenschaftlich und sozialrechtlich anerkannter Verfahren aus öffentlichen Mitteln refundiert werden, dann haben diese gegenüber anderen Verfahren einen ganz entscheidenden Wettbewerbsvorteil) als auch insgesamt für die Positionierung der Psychotherapie als Disziplin im Kreis der Gesundheits- und helfenden Berufe außerordentlich bedeutsam. Bei der Frage der wissenschaftlichen Anerkennung spielt die personelle Zusammensetzung des Feldes – zumindest implizit – eine wichtige Rolle: Sozialarbeiter, Hebammen oder Heilpraktiker beispielsweise können traditionell in geringerem Ausmaß auf Wissenschaftlichkeit rekurrieren, Ärzte und Psychologen in einem viel höheren Ausmaß. Diese Berufsgruppen sind nun aber recht unterschiedlich über die einzelnen Verfahren verteilt; so etwa sind Ärzte und Psychologen in der Psychoanalyse überrepräsentiert, in humanistischen Verfahren sind sie dagegen unterrepräsentiert (Norcross et al. 1988). Sobald und solange Ärzte und Psychologen das Feld dominieren – und dies gilt für die Psychotherapie insgesamt wie auch für ihre einzelnen Schulen –, fällt es dem *Common Sense* relativ leicht, diese als Wissenschaft zu sehen, und ebenso den Sozialversicherungen bzw. Krankenkassen, sich bei der Refundierung von Psychotherapie an den Maßstäben der Ärzte bzw. Psychologen zu orientieren. Dies ändert sich rasch, sobald sich – wie in Österreich – die Gewichtungen in Richtung anderer Quellberufe bzw. gar in Richtung auf Nichtakademiker verschieben. Allem Anschein nach stellen nicht akademisch ausgewiesene, dennoch selbstständig im Gesundheitswesen tätige Personen für Sozialversicherungsträger ein Grundsatzproblem dar, das umfassende und unkomplizierte Regelungen zur generellen Refundierbarkeit psychotherapeutischer Behandlungen behindert.
- Wissenschaftlich anerkannt zu sein, bedeutet für die Psychotherapie zudem noch nicht, *selbst* als Wissenschaft – d. h. als Wissenschaft in ihrem *eigenen* Recht, mit ihrer *spezifischen* Methodologie – anerkannt zu sein. Die Diskussion über die Art und Eigenständigkeit des wissenschaftlichen Profils der Psychotherapie – um *welche* Art von Wissenschaftlichkeit es sich dabei handelt bzw. ob man Psychotherapie eher als *Profession* verstehen sollte, in deren Umfeld Wissenschaft eine wichtige Rolle spielt – wird weiter unten noch gesondert aufgegriffen.

Aus den letztgenannten Punkten erhellt, dass sich die Lage der Psychotherapie nicht allein über eine Gegenstandsdefinition bestimmen lässt. Sie existiert nicht in einem luftleeren Raum, sondern muss sich ständig mit für sie relevanten gesellschaftlichen Kräften, v. a. aus der Wissenschaft und dem Gesundheitssystem, auseinandersetzen. Mit zuverlässiger Regelmäßigkeit wird dabei ein Umstand zum Thema, der für das Verständnis von Psychotherapie eine ganz besondere Bedeutung hat: dass sie nicht in der Einzahl existiert, sondern als breiter und sich ständig weiter verzweigender Strom von Ansätzen und Modellen.

2 Schulenvielfalt und -integration

Psychotherapie ist kein einheitliches, in sich widerspruchsfreies und an einem gemeinsamen Gegenstandsverständnis ausgerichtetes Wissensfeld. Gerade für Neueinsteiger ist ein Sich-Zurechtfinden in den vielen therapeutischen Angeboten alles andere als leicht. Die Problematik, wie sich mit einer Vielfalt konkurrierender Entwürfe sinnvoll umgehen lässt, ist zwar in vielen wissenschaftlichen wie gesellschaftlichen Bereichen spürbar, für die Psychotherapie wird sie allerdings aus mehreren Gründen besonders brisant: Zum einen ist die Vielfalt therapeutischer Modelle, Schulen und Subschulen mittlerweile selbst für die im Feld langjährig Tätigen schwer überschaubar; zum anderen stellt diese Vielfalt kein Thema für Auseinandersetzungen in einem wissenschaftlichen Elfenbeinturm dar, sondern hat eine ganz lebenspraktische Bedeutung: Klienten, denen eine diesbezügliche Orientierung misslingt, geben möglicherweise an einem Punkt auf, an dem sie die Erfahrung Therapie noch gar nicht gemacht haben. Nicht zuletzt deswegen zählen Orientierungshilfen – sogenannte „Psychoführer“ – zu den auflagenstärksten Publikationen der Psychotherapieszene (z. B. Stumm 2014). Zum anderen orientiert sich auch das institutionelle Umfeld der Psychotherapie (Gesetzgeber, Sozialversicherung, Krankenkassen) an einem traditionellen, an die Schulmedizin angelehnten Verständnis, demzufolge eine ernst zu nehmende Disziplin ein verbindliches und also einheitliches und widerspruchsfreies Wissensgebäude vorweisen sollte, und neigt daher dazu, die Vielfalt der Schulen als Zeichen mangelnder Legitimation (miss-) zu verstehen.

Ein Argument, das sich zur Erklärung der Schulenvielfalt anbietet, stützt sich auf die Arbeiten des Wissenschaftshistorikers Thomas Kuhn (1962), der gemeint hat, dass jede Disziplin auf ihrem Weg zur Reife eine charakteristische Abfolge bestimmter Phasen durchlaufen würde. Mit dem Begriff *prä-paradigmatisch* wird in diesem Zusammenhang eine frühe, aber nicht zu überspringende Phase in der Entwicklung einer Disziplin bezeichnet, in der noch keine Einigung über die Natur des Forschungsgegenstandes und die akzeptablen Methoden zu seiner Erschließung, eben keine Einigung über das *Paradigma* besteht. Folgt man dieser Sichtweise, so lässt sich die Schulenvielfalt der Psychotherapie als prä-para-

digmatische Übergangsphase akzeptieren; meist ist damit zugleich die Hoffnung verbunden, dass sich dieser „Zustand“ einmal ändern und die Psychotherapie sich zu einer reifen und das heißt einheitlicheren Disziplin „auswachsen“ wird.

Neuere wissenschaftstheoretische Vorstellungen verstehen die Vielfalt psychotherapeutischer Modellvorstellungen allerdings nicht mehr als etwas notwendigerweise zu Überwindendes und damit auch nicht mehr als ein Zeichen von Unreife; Vielfalt erscheint heute vielmehr als unvermeidliche Bedingung der theoretischen Bearbeitung von sinnhaft verfasster und autopoietischer, d. h. sich selbst laufend weiter erzeugender Realität, wie sie die der Psychotherapie darstellt (Schüle 2002; 2016; Sluneczek 1996; 1997; 1999a; 1999b; 2008, S. 37 f.; 2012). Die Dynamik und Vielfältigkeit der Entwicklung psychotherapeutischer Modelle hat zudem mit der in der Psychotherapie besonders exponierten Stellung des erkennenden Subjektes zu seinem Erkenntnisgegenstand zu tun. Denn wenn „in einer Wissenschaft das Erkennende und das Erkannte sich undurchsichtig vermischen“, wie das Peter Sloterdijk (1985, S. 294) für die Psychoanalyse diagnostiziert, wenn sich also das Subjekt selbst zum Thema macht und sich Subjekt und Objekt der Erkenntnis gleichsam überschneiden, ergibt sich ein besonderes erkenntnistheoretisches Problem: Es wird ein Realitätsbereich thematisiert, dessen theoretische Modellierung sofort auf das Alltagsbewusstsein und die Lebenswelt „durchschlägt“: Ein Mathematiker kann seine Steuererklärung machen, ohne dass dies sein wissenschaftliches Tun sonderlich beeinflusst oder umgekehrt von diesem getragen wird. Im Gegensatz dazu hat Psychotherapie, potenziell zumindest, eine nicht enden wollende Relevanz für das gesamte Alltagsleben und -erleben derer, die sich mit ihr beschäftigen. Die eigene Identität ist dabei viel direkter und stärker angesprochen. Auch kann das Alltagsbewusstsein nicht mehr so eindeutig von der theoretischen Bearbeitung getrennt werden: Beispielsweise ist die theoretische Auseinandersetzung mit problematischen Beziehungsmustern dazu angetan, eigene Muster zu entdecken bzw. die Unmittelbarkeit der eigenen Muster ein Stück weit zu brechen (was natürlich keineswegs bedeutet, dass diese einfach verschwinden). Der Bezug des Psychotherapeuten zu seiner Theorie über Psychotherapie ist also selbstreflexiv, es handelt sich um ein Verhältnis von „Selbstbetroffenheit“ (Schüle 1986).

Theoretisches Wissen verändert in diesem Fall die Bedingungen des Alltagsbewusstseins und des lebensweltlichen Umgangs mit sich selbst und anderen. Der Einfluss läuft aber auch in umgekehrter Richtung: Das Alltagsbewusstsein wird nämlich nicht nur von Theorie verformt, es „lädt“ seinerseits ständig Theorie auf. Lebensweltliche Erfahrungen und Problemstellungen – und nicht etwa Experimente – stellen für psychotherapeutische Modellvorstellungen die Herausforderung und den eigentlichen Nährboden dar. Ein Austausch zwischen Alltagsbewusstsein und Theorie lässt sich also nicht nur nicht verhindern, es wäre gar nicht wünschenswert, dies zu verhindern, wäre doch damit die Theorie ihres Realitätskontaktes beraubt.

Mit diesem unvermeidlichen Einfließen lebensweltlicher Erfahrungen ist eine wesentliche strukturelle Bedingung für die Vielfalt bzw. auch für die Stabilisierungsprobleme therapeutischer Theorie freigelegt. Denn die einzelnen Theorieschöpfer stehen nun einmal in unterschiedlichen persönlichen, institutionellen, geistesgeschichtlichen, kulturellen, religiösen, medialen etc. Umwelten und Bezügen; mit anderen Worten: Psychotherapeutische Modelle sind notwendigerweise in Resonanz mit dem Orts- und Zeitgeist. Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass sich z.B. die französische, amerikanische oder deutsche Tradition der Psychoanalyse in charakteristischer Weise voneinander unterscheiden. Lokal unterschiedliche historische Bezüge, Interessen und gesellschaftlich-institutionelle Verortungen beeinflussen sowohl die Entwicklung von psychotherapeutischen Theorien als auch die Art und Weise, wie vorhandene Theorien jeweils von Therapeuten verwendet und genutzt werden. Aber gerade infolge dieses unauflöselichen Bezuges zu der jeweiligen Lebenswelt und Alltagsstruktur, gerade wegen dieser unabdingbaren „Verstrickung“ in das Getriebe der Zeit bleibt die psychotherapeutische Modellbildung lebendig und behält ihre Relevanz für die ebenfalls plastischen Ansprüche, Bedürfnisse und Anforderungen, die an sie herangetragen werden. Gerade deswegen ist sie allerdings auch anfällig für ideologische Aufladungen und Verzweckungen aller Art (Cushman 1990; 1991; 1995; Gergen 1985; 1997; 2006). Um es mit den Worten zweier bekannter Gestalttherapeuten zu sagen: Auch die Wahrheiten der Psychotherapie „wandeln und verändern sich von Generation zu Generation und setzen immer neue Maßstäbe“ (Polster/Polster 2002, S. 43).

So ist es also fraglich, ob es sich bei den vielen therapeutischen Zugängen und Ansätzen, die in den letzten mehr als 100 Jahren entwickelt wurden, um die prä-paradigmatische Phase eines Wissensgebietes handelt, das erst zu einem einheitlichen Paradigma ausholt. Eher sind hier strukturelle Kräfte am Werk, die eine Vielfalt an Modellen und Verfahren und eine mehr oder weniger starke Eigenentwicklung innerhalb dieser Modelle *prinzipiell* als unvermeidbar erscheinen lassen. Allerdings sind in den letzten Jahrzehnten auch verstärkte Bemühungen um eine Integration bestehender Modelle zu beobachten, die auch in der Gründung von Fachzeitschriften wie dem „Journal of Psychotherapy Integration“ oder dem „Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy“ ihren Niederschlag finden und die einen vorsichtigen Optimismus bezüglich einer zukünftigen Psychotherapientheorie und -praxis erlauben, welche die über die verschiedenen Schulen verstreuten (Er-)Kenntnisse wieder mehr integrieren (Fromme 2011; Magnavita/Anchin 2014; Norcross/Goldfried 1992; Parfy 1998; Scaturo 2005; Schneider 2008; Stricker/Gold 2006). Für den deutschen Sprachraum ist in diesem Zusammenhang die von Hilarion Petzold und Charlotte Bühler 1975 begründete „Integrative Therapie – Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration“ zu nennen (der integrative Therapieansatz von Petzold wird auf S. 82f. vorgestellt).

3 Psychotherapieausbildung

Ob sich diese Zentripetalkräfte durchsetzen, wird kurz- bis mittelfristig weder anhand von wissenschaftstheoretischen Kriterien noch durch Ergebnisse aus der Therapieforschung entschieden; entscheidend dafür wird vielmehr die Frage sein, ob sich die bestehenden, an einzelnen Verfahren orientierten Ausbildungsgänge und Approbationsregelungen von bzw. für Psychotherapie in dieser Form halten werden. Neue, auf Psychotherapie spezialisierte Universitätsstudiengänge sind Anzeichen dafür, dass sich die über viele Jahrzehnte von privaten Vereinen und vielfach ohne systematische akademische Anbindung betriebene Psychotherapieausbildung wieder stärker an das akademische System und damit auch an Forschung ankoppelt – eine Entwicklung, die für beide Seiten reizvolle Herausforderungen bietet. Otto Kernberg hat in diesem Zusammenhang, auf der Basis langjähriger Problemerkahrungen in der Psychoanalyseausbildung, einer Kombination von Universität und Kunstakademie das Wort geredet (Kernberg 1986; 1995; 2000). Ein universitärer Rahmen mit dem für ihn typischen polylogischen Diskussionsklima würde bewirken, dass sich der diskursarme und von Vorurteilen bzw. Diskreditierungen (die Verhaltenstherapie sei technizistisch, die Psychoanalyse trieborientiert, das Psychodrama aktionistisch, die Gestalttherapie „Gewalttherapie“, die Integrative Therapie bloßer Eklektizismus etc.) erfüllte Raum zwischen den Schulen schließen könnte und die in den derzeitigen schulenspezifischen Ausbildungen üblichen Ablendungen anderer Therapietechniken und -entwürfe nicht länger möglich wären; von der Kunstakademie wäre das Prinzip hoch individualisierter Ausbildungsmodelle zu übernehmen, die sowohl langfristige Bindungen (d. h. eine Art Meisterklassenprinzip, wie es in den gegenwärtigen Universitätsstudien nahezu völlig untergegangen ist) als auch kreative Freiräume ermöglichen.

Eine der wichtigsten Diskussionen in puncto Therapieausbildung wird unter dem Stichwort „Direktausbildung“ geführt: Sieht man von der weiter oben geschilderten österreichischen Sonderregelung ab, so führt der Weg zu einer Vollapprobation als Psychotherapeut, der dann auch relativ friktionsfrei mit Krankenkassen verrechnen kann, bisher für die allermeisten über ein Medizin- oder Psychologiestudium. In der schon zitierten Schrift zur Laienanalyse hat Freud, selbst Arzt, allerdings ganz unmissverständlich zu Protokoll gegeben, „daß der Arzt in der medizinischen Schule eine Ausbildung erfahren hat, die ungefähr das Gegenteil von dem ist, was er als Vorbereitung zur Psychoanalyse brauchen würde“ (Freud 1926, S. 261–262). Die ärztliche Ausbildung erschien ihm als „ein beschwerlicher Umweg zum analytischen Beruf“ (Freud 1927, S. 287), sie würde dem Arzt nämlich zu viel aufladen, „was er [dafür] nie verwerten kann“, und die Gefahr mit sich bringen, „daß sein Interesse wie seine Denkweise von der Erfassung der psychischen Phänomene abgelenkt wird“ (ebda.). Sehr Ähnliches

gilt für das Psychologiestudium in seiner heute dominanten Orientierung an den Neuro- und Naturwissenschaften und an der Statistik.

Was läge also näher als ein Studium, das sich von Anbeginn an ganz gezielt an der Psychotherapie orientiert und an angehende Psychotherapeuten wendet, mit einem Unterrichtsplan, der – um nochmals Freud zu zitieren – „geisteswissenschaftlichen Stoff, psychologischen, kulturhistorischen, soziologischen ebenso umfassen [müßte] wie anatomischen, biologischen und entwicklungsgeschichtlichen“ (ebda.), aber alles wegließe, was keinen direkten Bezug zur therapeutischen Tätigkeit hätte? Die Vorteile für viele angehende Therapeuten wären beträchtlich: Studierende der Psychologie wissen z.B. meist relativ früh (Laschenko/Slunecko 2006), ob sie eine psychotherapeutische Karriere anstreben; oft ist dies sogar die primäre, in der Folge schwer enttäuschte Motivation für das Psychologiestudium. In diesem Fall wird ein Großteil des Psychologiestudiums – ein Studium, das sich mit Psychotherapie, wenn überhaupt, nur am Rande und dann meist in einem sehr naturwissenschaftlich-experimentellen Zuschnitt befasst – ohne große intrinsische Motivation durchlaufen; es ist dann nur mehr eine Art Pflichtübung, um danach jene Ausbildung beginnen zu können, die man eigentlich anstrebt: diejenige zum Psychotherapeuten. Auch für einige Medizinstudierende mag die Lage nicht unähnlich sein, wiewohl hier der Berufswunsch Psychotherapie für die Studienwahl weniger Bedeutung hat als in der Psychologie. Eine Direktausbildung würde bedeuten, angehenden Therapeuten diese Umwege zu ersparen, die ja nicht zuletzt auf Umwegen verbrachte Lebensjahre sind und die, wie Freud richtig sagt, Gefahren mit sich bringen – nämlich sich einen Handlungs-, Denk- und Wahrnehmungsstil ‚einzuhandeln‘, der für therapeutisches Handeln inadäquat ist und dieses verstellt.

So stark diese Argumente auch sein mögen: Die Frage der Direktausbildung wird sich nicht in erster Linie an rational vorgebrachten inhaltlichen Argumenten entscheiden. Lobbygruppen, in diesem Fall Ärzte- und Psychologenverbände, verteidigen zunächst und zumeist einmal ihre angestammten Pfründe. Immerhin ist in den letzten Jahren stärkere Bewegung in diese Frage gekommen; nicht zuletzt sind es die neuen europaweit eingeführten Studienmodelle bzw. die generelle Flexibilisierung und Dynamisierung des tertiären Bildungssektors, die für diese zentrale Frage der Psychotherapieausbildung neue Spielräume eröffnen.

4 Psychotherapieforschung

In der einleitenden Diskussion wurde bereits darauf hingewiesen, dass das Etikett „wissenschaftlich“ für die Psychotherapie eine wichtige Rolle spielt. Was aber bedeutet Wissenschaftlichkeit in Bezug auf Psychotherapie überhaupt und wie wird Psychotherapie „wissenschaftlich“?

Üblicherweise definiert sich eine Wissenschaft durch den Anspruch auf einen bestimmten Realitätsbereich, den sie wissenschaftlich durchdringen will, und durch die Wahl der Methoden, derer sie sich dazu bedient. Aus der eben diskutierten Vielfaltsproblematik lässt sich jedoch unschwer ermes sen, dass eine Einigung darüber, welche Erkenntnismethode dem Gegenstand der Psychotherapie angemessen ist, ebenfalls nicht leicht zu erzielen ist. Denn mit den jeweiligen therapeutischen Modellen sind immer auch Wahlverwandschaften zu bestimmten Erkenntnismethoden begründet. Die Vielfaltsproblematik findet sich also auch in jener Unternehmung, mit der traditionell der Anspruch auf Wissenschaftlichkeit angemeldet wird: indem nämlich *Forschung* betrieben wird. Dementsprechend war die Psychotherapieforschung die längste Zeit polarisiert und ist es teilweise auch heute noch: auf der einen Seite klinisch-naturalistische Falldarstellungen und *hermeneutische Methodik*; auf der anderen Seite experimentelle, oft an einem pharmakologischen Modell („drug-metaphor-research“, vgl. Russell 1994) Maß nehmende Untersuchungsstrategien mit möglichst großen Fallzahlen und Statistik.

Die frühe, vorwiegend psychoanalytisch geprägte *kasuistische Phase* der Psychotherapieforschung mit ihren retrospektiv gedeuteten Einzelfallgeschichten (klassisch etwa Breuer/Freud 1895; Freud 1909a; 1909b) geriet ab den 1950er-Jahren jedenfalls in Widerspruch zu einem neuen Forschungsprogramm in den Humanwissenschaften, dem inhaltliche Argumente nicht mehr genügten und das seine Hypothesen mathematisch überprüfen wollte. Die Kritik dieses neuen Forschungsprogramms an der Kasuistik betraf im Wesentlichen die unsystematische Datensammlung und -darstellung, die Konfusion von theoretischen Vorannahmen und Interpretation sowie die eingeschränkte Möglichkeit zum interindividuellen Vergleich; sie kulminierte in der provokanten Behauptung von Eysenck (1952), die Wirkung von Psychotherapie sei nicht größer als die Spon tanremission.

Damit trat die Psychotherapieforschung in die *Phase der Rechtfertigung* (Meyer 1990) ein – mit dem vordringlichen Bemühen, ihre Wirksamkeit durch den Vergleich mit unbehandelten oder unspezifisch behandelten Vergleichsgruppen, aber auch im Vergleich der einzelnen Schulen untereinander nachzuweisen. In einigen gut kontrollierten Vergleichsstudien (z.B. Elkin et al. 1989; Lambert/Bergin 1994; Sloane et al. 1975) gelang es in der Folge zwar, den prinzipiellen Wirksamkeitsnachweis für Psychotherapie zu erbringen und damit Eysencks Behauptung zu widerlegen (vgl. auch die bei Grawe et al. 1994 zitierten Befunde); hinsichtlich des Wettbewerbes zwischen den Schulen war allerdings kein Sieger auszumachen: „Everyone has won and all must have prizes“, wie Luborsky et al. (1975) in Anlehnung an das Dodo-Verdikt in Carolls „Alice in Wonderland“ formulieren. Für dieses Äquivalenzparadoxon, d.h. für den Umstand, dass sich zumindest bei den gängigen Therapiemodellen annähernd vergleichbare Wirksamkeiten ergeben hatten, wurden (und werden; vgl. Wampold 2001; Laska et

al. 2014) v. a. *schulenübergreifende Wirkfaktoren* verantwortlich gemacht. Unterschiedliche Psychotherapiemethoden wirken, so ist hier die Annahme, deswegen in vergleichbarem Ausmaß, weil sie gemeinsame Kernelemente aufweisen (z. B. eine tragfähige therapeutische Beziehung, die es gestattet, korrektive emotionale Erfahrungen zu machen, eigene Ressourcen zu aktivieren etc.), wenn diese Elemente in den einzelnen Schulen auch unterschiedlich, ja vielleicht sogar überhaupt nicht benannt werden. Eine andere Interpretation für das Fehlen von Wirksamkeitsunterschieden zwischen den Therapieformen besagte, dass einzelne Therapien sehr wohl unterschiedliche Effekte auf verschiedene Klienten- oder Diagnosegruppen haben, diese sich jedoch mangels systematischer Zuordnung im Endeffekt ausgleichen.

So beruhigend die Feststellung, dass die meisten Psychotherapiemethoden wirksam sind, unter dem Aspekt der Legitimation war, so unbefriedigend blieb sie im Hinblick auf die Forschung. Im Verein mit den vermuteten störungsspezifischen Wirksamkeitsunterschieden gab dies den Anstoß für einen weiteren Entwicklungsschub im Bereich der Psychotherapieforschung: Am Beginn dieser *differenziellen Effizienzforschung* konzentrierte man sich – nicht zuletzt aus Kostenüberlegungen – auf die Ausgangsbedingungen der Klienten (ihre „Störung“), um dafür das jeweils am besten geeignete bzw. das effizienteste Therapieverfahren zu finden. Beide Voraussetzungen dieser Forschungsstrategie, dass es nämlich einerseits klar abgrenzbare Störungsbilder sowie andererseits klar standardisierbare Interventionen geben müsse, erwiesen sich jedoch zunehmend als „Kuckucksei“ (Revenstorf 2005), d. h. als problematisches Erbe einer noch zu stark an die Substanz-, Eingriffs- und Dosismetaphorik der Pharmakologie angelehnten Effizienzforschung: Die zunächst forschungsleitende Idee, monosymptomatische Beschwerden als Maß zu nehmen, um die Klienten in klar differenzierte und in sich homogene Gruppen einzuteilen, mit deren Hilfe dann die je störungsspezifischen Erfolgsaussichten der einzelnen therapeutischen Verfahren beurteilt werden könnten, musste jedenfalls, wenn auch „schweren Herzens“ (Grawe et al. 1994, S. 72), aufgegeben werden. Gleichzeitig wurde immer deutlicher, dass es auch mit der Feststellung der offiziellen Schulenzugehörigkeit eines Therapeuten nicht getan ist. Zwar ließen sich in einer groß angelegten, mit 2376 Psychotherapeuten durchgeführten Studie im Rahmen des „collaborative network“ der „Society for Psychotherapy Research“ (Ambühl/Orlinsky 1997) neben schulenübergreifend konsensuellen Therapiezielen wie der Stärkung des Selbstwertgefühls oder der Förderung der eigenen Identität des Klienten auch Einflüsse der schulenspezifischen Orientierung auf verschiedene Aspekte der praktischen Tätigkeit, z. B. auf die von den Therapeuten als wichtig erachteten Therapieziele, ausmachen. Die Studie erbrachte jedoch ebenfalls Ergebnisse, die es zweifelhaft erscheinen lassen, ob mit der bloßen Feststellung, in welcher Therapieschule die Ausbildung durchlaufen wurde, auf den Einzelfall bezogen sinnvolle Festlegungen möglich sind. Zu sehr verändern Therapeuten ihr eigenes Therapieverständ-

nis im Lauf ihrer Karriere (Ambühl/Orlinski 1997), zu sehr dürften jeweils die „begabten“ Therapeuten jeder Schule für die in den Therapievergleichsstudien festgestellten Wirksamkeiten verantwortlich sein (Crits-Cristoph 1991; Laska et al. 2014), wobei die Begabung nicht zuletzt in der flexiblen Anpassung des eigenen Vorgehens an das Problemverständnis und die Bedürfnisse des jeweiligen Klienten liegen könnte. Eine großangelegte aktuelle Studie zur Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie (v. Wyl et al. 2016) hat solche Befunde replizieren und dabei insbesondere belegen können, dass die Schulenzugehörigkeit des Therapeuten eine untergeordnete Rolle spielt.

Damit fällt aber nach der eindeutigen Abgrenzbarkeit der Störungsbilder auch die zweite Prämisse der an der Erstellung differenzieller Indikationen interessierten Psychotherapieforschung: Die Passung von Therapeut und Klient lässt sich offensichtlich nicht so einfach auf eine Relation zwischen Diagnose und Therapiemethode hin abbilden. Dazu gesellten sich schließlich noch Befunde (für eine zusammenfassende Darstellung siehe Bohart/Tallman 1999), die auch für die andere Seite der therapeutischen Gleichung eine beträchtliche Flexibilität feststellten: Klienten nehmen sich offenbar aus einem immer überreichen und polyvalenten therapeutischen „Angebot“ bevorzugt jene Elemente heraus, an die sie jeweils anschlussfähig sind (Slunecko 2006). Dieses Prinzip, das heißt, dass der Therapeut nicht bestimmte Techniken „verabreicht“, sondern Kontexte schafft, innerhalb derer Klienten ihre Selbstheilungskräfte mobilisieren, ist ebenso vor einem systemtheoretischen wie vor einem humanistischen Theoriehorizont formulierbar.

Allmählich wurde also mit jener dem pharmakologischen Dosis-Wirkungs-Paradigma verpflichteten Forschungstradition gebrochen, die infolge ihrer Orientierung am Erfolg einer bestimmten „Applikationsform und -menge“ von Psychotherapie, die der Therapeut „verabreicht“, das eigentliche Geschehen – den therapeutischen Prozess – und den Hauptakteur – den Klienten – schlecht fokussieren konnte. Mit dieser Einsicht in die Grenzen traditioneller vergleichender Ergebnisforschung verlagerte sich die Aufmerksamkeit verstärkt auf den *therapeutischen Prozess* bzw. auf die Verschränkung von Prozess und Ergebnis (vgl. Orlinsky et al. 1994). Über weite Strecken bewegte sich allerdings auch die *Prozess-Ergebnis-Forschung* innerhalb einer naturwissenschaftlich-quantifizierenden Forschungstradition – mit der für sie typischen Fixierung auf die Perspektive des „objektiven“ Außenbeobachters. Modellvorstellungen wie Ergebnisdarstellungen erreichten hier zudem schnell einen Grad von Komplexität (z. B. Schiepek et al. 1995), der von Praktikern kaum mehr rezipierbar war. Überhaupt wurde die Forderung nach einer praxisbezogenen und praxisgerechten Psychotherapieforschung immer deutlicher erhoben (Rudolf 1990; 1996). Zunehmend wurde offensichtlich, dass zum einen der Binnenperspektive der unmittelbar am „Prozess Psychotherapie“ Beteiligten – Praktiker wie Klienten – in einer direkteren Weise Gehör verschafft, zum anderen die über ein halbes Jahrhundert zurückgedrängte

hermeneutische Tradition wieder fruchtbar gemacht werden müsste, um nicht an der Natur des psychotherapeutischen Prozesses als eines selbstreflexiven Bedeutungs-, Beziehungs- und Interaktionssystems (Dörner 1983) vorbeizulaufen. An diesem Punkt setzte, verstärkt ab den späten 1980er-Jahren, die *qualitative Psychotherapieforschung* ein (vgl. Faller/Frommer 1994; Frommer/Rennie 2006; Sluneko et al. 2015).

Qualitative Forschungsmethoden erheben den Anspruch, die Polarisierung „hie kasuistische Hermeneutik – da Überprüfung von Wirkungszusammenhängen an großen Fallzahlen“ zu überwinden: „In Abhebung zur nur quantifizierenden Empirik sträubt sich qualitative Forschung gegen die Reduzierung des psychischen Lebens auf Maß und Zahl; gegenüber der hermeneutischen Tradition stellt sie die Beweiskraft des Einzelfalles in Frage und will die kasuistische Heuristik, Illustrierung und Exemplifizierung forschungslogisch durchdringen“ (Faller 1994, S. 19). Der „Reichtum des Subjektiven“ wird in der qualitativen Psychotherapieforschung wesentlich schon damit behalten, dass die Subjekte auch wirklich zu Wort kommen und nicht bloß mit „objektiven“ Skalierungs- und Testinstrumenten „vermessen“ werden. Damit wird an die Binnenperspektive der am Psychotherapieprozess Beteiligten Anschluss gefunden und die „epistemologische Autorität“ oder zumindest der empirische Ausgangspunkt bei den unmittelbar Beteiligten belassen. Charakteristisch für diesen Zugang sind daher auch nicht mehr experimentelle, sondern lebensweltlich verankerte, praxisnahe Forschungsdesigns, die von offenen oder teilstrukturierten Erhebungssituationen ausgehen. Der Unterschied zur klassischen Kasuistik besteht darin, dass diesen Untersuchungen meist mehr als ein einzelner Fall zugrunde liegt oder dieser Einzelfall wesentlich detaillierter, geplanter und methodisch kontrollierter bearbeitet wird, als das auf die klassischen Fallgeschichten am Beginn des 20. Jahrhunderts zutrif. Methodische Kontrolle bedeutet u.a., dass es sich nicht um die Interpretation eines einzelnen Forschers, sondern um eine bereits im Kreis mehrerer Interpreten intersubjektiv validierte oder zumindest um eine prinzipiell validierbare Verständnisleistung handelt, d.h. um eine Interpretation, deren Zustandekommen im Detail nachvollziehbar ist.

Die qualitative Psychotherapieforschung hat sich in den letzten Jahrzehnten enorm ausdifferenziert. Es liegt nahe, dass sie sich zunächst mit dem ‚Subjektiven‘ auseinandersetzen will, damit also, welchen subjektiv gemeinten Sinn (sensu Mannheim 1980) Klienten mit Therapie verbinden – etwa was sie von einer Therapie überhaupt erwarten, was sie zur Therapie motiviert, welche Therapieziele sie haben etc. (Faller 1997; 1998). Solche subjektiven Krankheitstheorien, Therapieerwartungen, -ziele und -motive und insbesondere deren Passung mit den entsprechenden Theorien, Erwartungen, Angeboten und Zielen von Therapeuten sind für die Begründung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung von größter Bedeutung (vgl. Rudolf 1991; Adler et al. 1996). Mit dieser Beziehung aber steht und fällt die ganze Therapie; im Fall nicht geglückter therapeu-

tischer Beziehungen nehmen Therapieabbrüche bzw. (von der Therapeutenseite her gedacht) Überweisungen zu – entscheidende Momente für die „Karriere“ von Psychotherapieklienten bzw. für ihr „Schicksal“ in Institutionen (Faller/Rudolf 1998; Slunecko et al. 2007).

Theorien über die Ursachen des eigenen Leidens, Erwartungen, Motive und Ziele in Bezug auf Psychotherapie – all das lässt sich von Klienten recht bewusstseinsnah formulieren und dann inhaltsanalytisch auswerten. Qualitative Inhaltsanalysen konzentrieren sich, wie der Begriff nahelegt, auf Inhalte, und zwar so, wie sie von den Sprechern selbst gemeint sind, und verdichten dieses manifest inhaltlich Gesagte oder Geschriebene in der Folge zu inhaltlichen Kategorien oder Clustern, deren Auftreten im Textmaterial dann ausgezählt werden kann, was wiederum leichten Anschluss an quantitative Verfahren ermöglicht. Oft verbleiben qualitative Inhaltsanalysen daher auch noch in der eigentlich für das quantitative Paradigma charakteristischen Forschungslogik des Hypothesentestens mitsamt dem zugehörigen Streben nach großen Fallzahlen (ein paradigmatisches Beispiel für ein derartiges inhaltsanalytisches Forschungsdesign findet sich in Slunecko et al. 2007).

Aber wie steht es um das, was man auf direkte Befragung gar nicht recht anzugeben vermag, was also jenseits des subjektiv gemeinten Sinns liegt, also jenseits der Intentionen, Absichten und guten Gründe, die wir selbst mit unserem Handeln verbinden – oder etwas pointierter gesagt: jenseits dessen, was wir (über uns selbst) zu wissen meinen? Gerade solches implizites, inkorporiertes, habituelles Wissen, das nicht ein Wissen um Fakten ist, sondern um Strukturen der Praxis, lenkt unser Handeln in der Welt doch sehr grundlegend, auch und gerade in für die Psychotherapie relevanten Bereichen. Um Zugang zu diesen Ebenen des Wissens zu finden, braucht es avanciertere Verfahren, die sich nicht allein und nicht vorrangig auf das konzentrieren, *was* (inhaltlich) gesagt wird und wie oft, sondern zusätzlich oder sogar vorrangig auf die *Qualia* abstellen, also darauf, *wie* etwas gesagt oder getan wird: Das Spektrum solcher Verfahren hat sich in den letzten Jahrzehnten erstaunlich erweitert und differenziert. Zum einen haben Methoden der rekonstruktiven Sozialforschung Eingang in die Psychotherapieforschung gefunden (z. B. Kühnlein 2002; Perleberg et al. 2006; Richter 2006; Bakels 2015; Lutz-Kopp 2015), deren Forschungslogik sich vollständig von der des Hypothesentestens emanzipiert hat und die sich methodologisch oft an der Grounded Theory orientieren (Glaser/Strauss 1996; Strauss/Corbin 2010; Mey/Mruck 2007). Zum anderen konnten Methoden, die ihren Ursprung in der Linguistik haben, wie Metaphernanalysen (z. B. Buchholz 2003; Buchholz/von Kleist 1997) oder Konversationsanalysen (für eine allgemeine Einführung in diese siehe Schegloff 2007; für deren grundlegende Bedeutung in der Psychotherapie siehe Labov/Fanshel 1977; Streeck/Streeck 2002; rezente Forschungsbeispiele: Buchholz 2014; Buchholz et al. 2015; Muntigl/Horvath 2014; Weiste/Peräkylä 2014), deutlich machen, dass das *Wie* des Gesagten – In-

tonation, Akzent, Tempo, Sprecherwechsel oder etwa das plötzliche Eindringen fremdsprachlicher Wörter – oft ›sprechender‹ ist als der manifeste Inhalt. *Was* in der Therapie – und überhaupt – gesagt wird, kann ohne Beachtung dessen, *wie* es gesagt wird, nicht umfassend verstanden werden. Für Psychotherapeuten ist dies zwar ›täglich Brot‹ ihrer Arbeit, doch systematisch ausgebildet werden sie dafür nicht. Abseits von Fragen der Therapieprozessforschung lassen sich aus Konversationsanalysen daher wichtige Impulse für die Psychotherapieausbildung gewinnen, die solche im performativ Sprachlichen liegenden therapeutischen Basic Skills viel gezielter als bisher einbeziehen könnte. Lediglich allgemein gehaltene Hinweise auf eine für Therapeuten „nötige Gesprächskompetenz“, die nicht benennen, worin genau diese besteht oder wie sie trainiert werden kann, helfen an diesem Punkt hingegen nicht weiter.

Gegenstandsverständnis wie Methodik der Psychotherapieforschung haben sich also im Laufe der Zeit mehrmals entscheidend verändert: Nach der initialen klassisch-kasuistischen Phase und der mit großen Fallzahlen und Versuchs-/Kontrollgruppenplänen arbeitenden „naturwissenschaftlichen“ Phase, in der zunächst die generelle Wirkung von Psychotherapie unterschiedlicher Therapieverfahren und dann der Erfolg spezifischer Interventionen für spezifische Störungen interessierte, sind später das „Subjektive“, d. h. die Innensichten von Klienten und Therapeuten, und zuletzt auch z. B. sprachliche Bedingungen für glückende oder misslingende therapeutische Interaktion und Verständigung in das Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt und wurden jeweils mit gänzlich anderen Methoden untersucht. Zwar wird die Polarisierung zwischen dem geisteswissenschaftlich-hermeneutischen und dem empirisch-analytischen Ansatz in vielen akademischen Communitys heute zunehmend als unproduktiv erkannt; vollständig überwunden ist sie allerdings noch nicht. In der weit rezipierten Meta-Analyse von Wampold (2001) taucht sie in einer veränderten Form wieder auf: als Gegensatz von „evidenzbasierter“ und „kontextbasierter“ Psychotherapieforschung.

Der Begriff „evidenzbasiert“ hatte in den letzten Jahrzehnten eine beispiellose Erfolgsgeschichte in der Medizin zu verzeichnen. Gemeint ist damit, dass nur Verfahren zur Anwendung kommen sollen, deren Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen ist – eine Forderung, der an sich kaum jemand widersprechen wollen wird. Allerdings stellt sich auch hier sofort wieder die Frage: wissenschaftlich nach welchen Kriterien? Um wessen Evidenz geht es? Wessen Evidenz zählt? Sobald und solange evidenzbasierte Psychotherapie nur Wirksamkeitsbeweise zulässt, die mit bestimmten, dem quantitativen Paradigma verpflichteten Methoden erbracht werden – und dies ist eindeutig die Erfahrung (vgl. Walach/Loef 2015) –, hat sich an der problematischen Ausgangslage letztlich nur der Name geändert. Evidenz ist heute zu einer Art von Kampfbegriff geworden, mit dem eine bestimmte wissenschaftliche Lobby ihre Forschungsmethoden durchsetzt. Autoren wie Wampold (2001) oder Gergen (2000; 2006) schlagen

demgegenüber vor, die Wirksamkeit therapeutischer Prozesse nicht nach Universalkriterien, sondern nach *kontext-* bzw. *dialogbasierten* Kriterien und damit gleichzeitig auch milieu- und kultursensitiv zu ermitteln. Will man wissen, ob und in welchem Ausmaß Therapieziele wie „persönliches Wachstum“ oder „psychische Gesundheit“ erreicht worden sind, muss man sich in diesem Fall jeweils darauf einlassen, was Klienten selbst darunter verstehen. Vorab festgelegte, an alle „Fälle“ in gleicher Weise anzulegende Checklisten und Standards – typisch für herkömmliche evidenzbasierte Forschung – sind hierbei nicht zielführend. Es bedarf dann vielmehr eines Verständnisses der lebensweltlichen Gesamtsituation, in der der Klient sich befindet und auf deren Basis er therapieinduzierte Veränderungen versteht und wahrnimmt.

Zum Abschluss der in diesem Rahmen nur skizzenhaften Darstellung der Psychotherapieforschung ist noch eine Klarstellung anzubringen, die gleichzeitig das Stichwort für einige abschließende Überlegungen liefert: Die Ergebnisse von Psychotherapieforschung fließen nämlich alles andere als direkt und unwidersprochen, sondern z. T. mit großer Verzögerung, z. T. auch überhaupt nicht in die psychotherapeutische Praxis ein. Jaeggi (1994) spricht in diesem Zusammenhang von einer „problematischen Beziehung“ und einem „gebrochenen Verhältnis“ zwischen Psychotherapieforschern und Praktikern. Offensichtlich ist Psychotherapieforschung nicht etwas, das therapeutische Theorie und Praxis direkt anleitet, sondern das zu ihr in einem Spannungsverhältnis steht. Es wäre aber verfehlt, die geringe Rezeption der Psychotherapieforschung einfach als Ausdruck der Ignoranz der Praktiker abzutun; das Phänomen verweist vielmehr auf eine umfassendere Krise des Modells von Praxis als angewandter Wissenschaft, demzufolge professionelles Handeln in einer möglichst optimalen Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse bestünde – ein Modell, das notabene eine Hierarchie zugunsten der mit höherem Prestige ausgestatteten Wissenschaft nahelegt.

5 Die Psychotherapie und ihre Umwelten

Wie verlockend das Etikett „wissenschaftlich“ aus standespolitischen Gründen also auch sein mag – unter Umständen eröffnet sich eine produktivere Perspektive, wenn man Psychotherapie nicht von vorneherein mit Wissenschaft gleichsetzt, sondern sie als eine Profession versteht, in deren Umwelt Wissenschaft – etwa in Form von Psychotherapieforschung – vorkommt und eine gewisse, durchaus nicht unwesentliche Rolle spielt (Reiter/Steiner 1996). Diese These bedarf einiger Erläuterungen, denn sie verweist auf jene Theorie der funktionalen Differenzierung moderner Gesellschaften, die in den letzten drei Jahrzehnten von systemtheoretisch orientierten Soziologen ausgearbeitet worden ist (Alexander 1993; Münch 1995 und v. a. Luhmann 1984; 1990a; 1990b; 1995; 2002). Diese Autoren beschreiben moderne Gesellschaften als aus ausdifferenzierten

und verselbstständigten sozialen Teilsystemen zusammengesetzt; diese sind insofern autonom, als sie ihre Funktion für das Gesamtsystem selbstreferenziell, d. h. ausschließlich auf der Basis ihrer eigenen Standards und inneren Kommunikationslogik erfüllen. Dazu bilden sie einen eigenen binären Kode – eine sogenannte „Leitdifferenz“ – aus: wahr/unwahr in der Wissenschaft, gesund/krank in der Medizin, recht/unrecht im Rechtssystem. Ob Wissenschaft tatsächlich Wahrheit generiert, Medizin wirklich heilt oder das Rechtssystem Gerechtigkeit durchsetzt, bleibt dabei offen. Dies alles würde einen übergeordneten Beobachterstandpunkt voraussetzen, von dem aus beurteilt werden kann, was der Gesellschaft wozu dient; ein solcher ist aber unerreichbar. Zu beobachten sind nur jene Codes, an denen sich die einzelnen Funktionssysteme orientieren, die aber bei Luhmann nichts mit den herkömmlichen Begriffen von Wahrheit, Recht oder Gesundheit zu tun haben. Von hier aus werden auch die Verselbstständigungstendenzen in modernen Gesellschaften (Mayntz et al. 1988) verstehbar: Denn aufgrund dieser Selbstreferenzialität bleiben z. B. die Vorgänge innerhalb des Teilsystems Wissenschaft anderen Systemen (etwa dem der Politik) zunächst verschlossen.

Wichtig für die weitere Diskussion ist v. a., dass jedes Funktionssystem zur Umwelt aller anderen gehört. Damit ist zum einen gesagt, dass es sich hier um kein hierarchisches Verhältnis handelt, sondern um „strukturelle Koppelungen“ (im Sinne von Luhmann, z. B. 1990b; 2002) autonom funktionierender Teilsysteme. Zum anderen bedeutet Umwelt, auch ohne in die innere Struktur und Funktionslogik der einzelnen Teilsysteme direkt eingreifen zu können, für deren Entwicklungsmöglichkeiten und Leistungen mitentscheidend zu sein. So etwa generiert Wissenschaft Wissen aufgrund ihrer eigenen Entwicklungsdynamik und ohne zunächst auf die Brauchbarkeit dieses Wissens zu achten – das ist erst die Aufgabe anderer Teilsysteme.

Wenn Reiter und Steiner (1996) Psychotherapie als eine Profession verstehen wollen, in deren Umfeld Wissenschaft eine Rolle spielt, gehen sie also davon aus, dass es sich bei Psychotherapie und Wissenschaft um zwei verschiedene, funktional ausdifferenzierte Teilsysteme handelt und dass die Wissenschaft der Psychotherapie wohl Anregungen liefern, sie aber nicht direkt anleiten kann. Damit ist zumindest einmal ausgesagt, dass die gesamtgesellschaftliche Relevanz und Position der Psychotherapie nicht ausschließlich aus einer Diskussion um ihre Wissenschaftlichkeit verstanden werden sollte; genauso wie etwa die Medizin konstituiert sie sich vorwiegend ja nicht aus wissenschaftlichen, sondern größtenteils aus praktischen Handlungen und Versorgungsleistungen.

Was aber ist eigentlich eine Profession? Schwendenwein (1990) findet folgende Strukturmerkmale einer Profession (von denen die meisten auf entsprechende Rechtsgrundlagen verweisen): das Vorhandensein berufsrelevanter Forschung, die obligatorische Beachtung gesellschaftlicher Zentralwerte und berufsspezifischer Leitziele, einen Berufskodex mit berufsspezifischen Verhaltensregeln, die von allen aktiven Mitgliedern einzuhalten sind, eine berufeigene

Interessenvertretung, die eigenverantwortliche Fortbildung sowie die konkurrenzlose Ausübung einer für die Gesellschaft wichtigen Tätigkeit. In Fortführung der systemtheoretischen Argumentation schlägt Stichweh (1992) vor, von einer Profession nur dann zu sprechen, „wenn eine Berufsgruppe in ihrem beruflichen Handeln die Anwendungsprobleme der für ein Funktionssystem konstitutiven Wissensbestände verwaltet und wenn sie dies in entweder *monopolistischer* oder *dominanter* – d. h. den Einsatz der anderen in diesem Funktionssystem tätigen Berufe steuernder oder dirigierender – Weise tut“ (S. 40; Herv. i. Orig.). Die Bezeichnungen „konkurrenzlos“, „monopolistisch“ und „dominant“ unterstreichen, wie wichtig es offenbar für eine Profession ist, den beanspruchten Bereich selbstbestimmt gestalten zu können. Für die professionelle Identität der Psychotherapeuten ist bzw. wäre es daher prinzipiell wesentlich, weder nach Verordnung noch unter Aufsicht einer anderen Berufsgruppe tätig zu sein. In der Vernetzung mit anderen Fachbereichen wird aus diesem Grund zumeist von einem „Kooperationsprinzip“ ausgegangen, welches eben diese eigenbestimmte Verfügung und Definitionsmacht über die eigentlich therapeutische Tätigkeit beinhaltet; Varianten eines „Delegationsprinzips“ (z. B. der Arzt muss die Indikation zur Psychotherapie stellen oder vor einer Psychotherapie vom Patienten konsultiert werden) müssen aber oft als standespolitischer Kompromiss akzeptiert werden.

In der eben angeführten Definition von Stichweh finden wir einen Hinweis darauf, dass eine Berufsgruppe nicht alleine ein Funktionssystem bilden muss. Genau dieser Befund ist für die Psychotherapie zutreffend: In einem Funktionssystem, das wir als Gesundheits- und/oder Helfersystem bezeichnen können, „kämpft“ sie in einem Kreis von verschieden gut etablierten Professionen um ihren Platz. Die Dynamik dieser Entwicklung hat sich in den letzten beiden Jahrzehnten, nicht zuletzt durch gesetzliche Vorgaben, beschleunigt; für den Prozess der Professionalisierung ist eine gelungene Koppelung mit dem Rechtssystem nun einmal ein entscheidendes Kriterium. Von besonderer Bedeutung für die Professionalisierung eines Berufsfeldes in einer modernen Gesellschaft ist aber weiters jene Koppelung, mit der wir uns bei dem Streifzug durch die Psychotherapieforschung schon ausführlicher auseinandergesetzt haben: die Beziehung zum System Wissenschaft. Das Etikett „wissenschaftlich“ ist insbesondere auch für die Positionierung gegenüber anderen Professionen innerhalb des Gesundheitssystems wichtig, ist es doch wesentlich daran beteiligt, aus einer Profession eine (evtl. auch akademische) „Disziplin“ zu machen. Ein nicht psychologisch oder psychotherapeutisch ausgebildeter Eheberater etwa kann in geringerem Ausmaß auf seine Wissenschaftlichkeit verweisen und für seine Berufsgruppe den Status einer Disziplin einfordern, obwohl auch er unbestritten Fachwissen zur Problemlösung einsetzt. Was die Psychotherapie betrifft, gibt es allerdings unterschiedliche Strategien, wie der Anspruch auf Wissenschaftlichkeit erhoben und begründet wird.

Zum einen gibt es Autoren, die davon ausgehen, dass Psychotherapie eine *neue* Wissenschaft vom Menschen ist, wie das Pritz (1996) als Titel eines von

ihm herausgegebenen Sammelbandes programmatisch formuliert. Sie ist, so wird argumentiert, deswegen eine Wissenschaft „in ihrem eigenen Recht“, weil sie einen spezifischen Gegenstand aufweist: „Psychotherapie befaßt sich [...] in Theorie und Praxis mit der Selbstregulation sowie der wechselseitigen Regulation des Menschen“ (Frischenschlager 1996, S. 273). Insofern diese Regulationsprozesse auf psychischer, sozialer und biologischer Ebene stattfinden, reicht die Psychotherapie zwar in die damit angesprochenen Wissenschaften (Psychologie, Medizin, Kommunikationswissenschaften etc.) hinein und mag auf deren Erkenntnisse und Erkenntnismethoden zurückgreifen, doch tut sie das aufgrund des ihr eigenen Problemprofils in einer so spezifischen und selektiven Weise, dass keines dieser Fächer in Bezug auf das genuin Psychotherapeutische irgendeine Autorität beanspruchen kann. Psychotherapie ist also deswegen eine eigenständige Wissenschaft, weil sie ein spezifisches Forschungsprofil bzw. Erkenntnisinteresse aufweist, das sich von dem anderer Fächer unterscheidet.

Eine andere Möglichkeit der (wissenschaftlichen) Legitimierung besteht darin, die Psychotherapie an etablierte Disziplinen anzugliedern, deren Wissenschaftlichkeit außer Frage steht. Beispielsweise traten Grawe et al. (1994) dafür ein, die gesamte psychotherapeutische Theorienlandschaft in einem Begriffsrahmen zu reformulieren, der sich auf die psychologischen Lern- und Schematheorien stützt; Grawe (1998) spricht daher auch von *psychologischer* Therapie. Auch die Medizin, im Speziellen die Psychiatrie, kommt hier als Orientierungspunkt in Betracht. In gewissem Maß sind solche Wahlverwandtschaften für die eine oder andere Disziplin dem Umstand geschuldet, dass die Ausbildung in Psychotherapie oft die zweite Berufsausbildung nach derjenigen zum Mediziner oder Psychologen ist – mit entsprechend vorgeformten Identitäten (es gibt vereinzelt allerdings auch „Anti-Identitäten“: Man kann sich z.B. nach einem persönlich frustrierenden Psychologiestudium der Psychotherapie als Hoffnungsfeld zuwenden und will diese dann gerade nicht als Fortsetzung von Psychologie mit anderen Mitteln verstehen).

Es gehört jedenfalls nicht viel Phantasie dazu, die wissenschafts- und berufspolitische Relevanz solcher Berufungen auf andere Fächer zu ermessen; zum einen ist der Status der Psychotherapie als eigenberechtigte Wissenschaft nicht mehr zu rechtfertigen, wenn sie sich auf eine „Führungswissenschaft“ beziehen muss. Vor allem aber stellt die Angliederung an etablierte andere Professionen die Selbstständigkeit als Disziplin dann infrage, wenn – wie das von den gut etablierten ärztlichen und den etwas weniger gut etablierten psychologischen Berufsverbänden regelmäßig zu hören ist – Psychotherapie als Teilbereich des jeweils eigenen Faches reklamiert und demnach als eine Form *ärztlicher* oder/und *psychologischer* Behandlung angesehen wird. Auch wenn juristische Regelungen und berufsständische Interessen mancherorts in diese Richtung weisen: Eine Aufsplitterung in berufsständische Psychotherapien (d.h. ärztliche Psychotherapie, psychologische Psychotherapie) erscheint vor dem Hintergrund der

tatsächlichen Ausbildungsinhalte wenig angemessen. Die Curricula der Medizin und Psychologie schenken dem psychotherapeutischen Denken und Handeln derzeit de facto einfach zu wenig Beachtung, als dass in deren Rahmen von einer entscheidend relevanten psychotherapeutischen (Vor-)Ausbildung ausgegangen werden könnte.

Ein wichtiger Punkt muss in diesem Zusammenhang noch erwähnt werden: Der Anschluss an eine „Führungswissenschaft“ ist nämlich weniger offensichtlich, wenn man meint, bloß ihre Produkte zu verwenden. Im Fall der Psychotherapie sind hier die Diagnosesysteme ICD (International Classification of Diseases) und DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) relevant, die tatsächlich zum Standard einer psychologischen oder ärztlichen Ausbildung und Praxis gehören. Mit diesen Diagnosesystemen wird nun aber eine bestimmte Art von klinisch-psychiatrischem Denken, ein Denken entlang von Symptomen und Krankheitseinheiten transportiert und in die Psychotherapie importiert. In der Regel verpflichteten Versicherungen und Krankenkassen Psychotherapeuten, denen sie ihre Leistungen vergüten, zu dieser Art von Diagnose. Sozusagen durch die Hintertür wird damit ein Bestandteil des psychiatrischen Diskurses übernommen, womit sich das gesamte Feld in die Richtung auf ein medizinisches Paradigma und einen Krankheitsdiskurs verschiebt. Dies geschieht nicht unbedingt zur Freude aller: Zum einen nicht zur Freude der „Patienten“, für die eine krankheitswertige Diagnose gleich am Beginn ihrer Therapieerfahrung steht. Zum anderen bleibt auch die implizite Sozialpsychologie der therapeutischen Situation von dem Diagnoseereignis im Regelfall nicht unberührt: Sie verschiebt sich in Richtung auf eine klassische Arzt-Patient-Interaktion mit dem ihr inhärenten Wissensgefälle und weg von einem Begegnungsmodell. Gelegentlich werden an den Rändern des Feldes kritische Stimmen laut (Gergen 2000; 2006), die eine vollkommene Abschaffung dieser Form von Psychodiagnostik fordern und den Zugang zu psychotherapeutischer Hilfe von jeglichem „deficit labelling“ entkoppeln wollen. Dies geschieht vor dem Hintergrund der Überzeugung, dass die genannten Diagnosesysteme die Weltansicht einer kleinen und privilegierten Gruppe repräsentieren, die kraft dieser Diagnostik ihre Standards und Stereotype allen anderen Gruppen aufoktroziert und dabei noch wirtschaftlich profitiert (Cosgrove et al. 2006; Cosgrove/Krimsky 2012). Als eine Art Kompromiss lassen sich jene Bestrebungen verstehen, die alternativ zu den ICD- bzw. DSM-Systemen eine *genuin psychotherapeutische* Diagnostik entwickeln wollen, wie dies im deutschen Sprachraum seit Mitte der 1990er-Jahre unter dem Titel „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ (Arbeitskreis OPD 2006) zu beobachten ist.

6 Fazit

Auf den letzten Seiten ist im Zuge der Diskussion um ihre Wissenschaftlichkeit eine für die gegenwärtige Situation der Psychotherapie charakteristische Spannung freigelegt worden: Auf der einen Seite will sie eine Wissenschaft in ihrem eigenen Recht, eine eigenberechtigte Disziplin sein, auf der anderen Seite beruft sie sich auf wissenschaftliche Diskurse bzw. auf Kriterien anderer Fächer und schließt strategische Allianzen, dies v. a. mit der Medizin und Psychologie, um auf die dort etablierten Mechanismen der Ressourcenverteilung zugreifen zu können – jedes Funktionssystem braucht schließlich eine einigermaßen gelungene Koppelung mit der ökonomischen Realität. Das etablierte Gesundheitswesen tritt an diesem Punkt mit seiner Leitdifferenz von „gesund/krank“ an die Psychotherapie heran; wer die Ressourcen dieses Systems nutzen möchte, damit seine Behandlungen über Krankenkassen oder Sozialversicherungen refundiert werden, muss sich dieser Logik unterwerfen, auch wenn mit dem „gesund/krank“-Kode nicht alles abgebildet werden kann, was Psychotherapie zu tun beansprucht und damit – wie einleitend diskutiert – präventive Aufgaben, Persönlichkeitsentwicklung oder gar emanzipative Ambitionen an den Rand gedrängt werden. Innerhalb der Schulenvielfalt der Psychotherapie erhalten dadurch jene Ansätze Aufwind, die sich nicht an den herrschenden Krankheitsdiskursen oder an der gegenwärtigen Praxis der Psychodiagnostik (ICD, DSM) stoßen. Die Widerständigkeit einiger Therapeuten v. a. aus dem humanistischen und psychoanalytischen Lager gegen manche als Vereinnahmung, Verzweckung, Kontrolle und Überregulierung erlebten Forderungen der Gesundheitsbehörden ist allerdings ebenfalls beachtenswert.

Insgesamt ist die Lage der Psychotherapie als die eines Systems mit innerer Dynamik und Vielfalt beschreibbar, das zusätzlich in mannigfacher Spannung zu seinen relevanten Umwelten – allen voran der Wissenschaft und dem Gesundheitssystem – steht. Die Frage, ob und wie sich Psychotherapie als eigene Disziplin, als eigenständiges Funktionssystem innerhalb oder am Rand des bestehenden Gesundheitswesens – oder gar weitgehend von diesem entkoppelt – in Zukunft etablieren wird, wird dabei nicht allein aufgrund wissenschaftlicher Kriterien (d. h. dass sie einen abgrenzbaren Gegenstand und eine spezifische Erkenntnismethode besitzt) entschieden werden. Die Etablierung einer Disziplin bedarf „darüber hinausgehender Prozesse der sozialen Differenzierung, die bestimmte Institutionen hervorbringen, welche von maßgeblichen Vertretern bereits bestehender Disziplinen, von gesetzgebenden Gremien, von politischen Entscheidungsträgern etc. explizit oder implizit anerkannt, mitgetragen und mitgestaltet werden“ (Datler/Felt 1996, S. 53). Es handelt sich hier um komplexe Aushandlungsprozesse, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt international, ja selbst innerhalb des deutschen Sprachraumes (vgl. die eingangs angeführten unterschiedlichen Regelungen bezüglich der Ausübung des Psychotherapeutenberufs) keineswegs zu gleichlautenden Ergebnissen geführt haben.

Welche Entwicklungen sich in welchen Zeithorizonten und in welchen nationalen Schattierungen realisieren werden, lässt sich natürlich nicht genau voraussehen. Zumindest bezüglich einiger Entwicklungslinien braucht man allerdings kein großer Prophet zu sein: Zum einen werden die Spielräume für Psychotherapeuten ohne akademische Qualifikation mittelfristig wohl eher ab- als zunehmen. Zu erwarten ist auch, dass sich die Bedingungen von psychotherapeutischer Praxis in jenen Bereichen, in denen sie sich mit dem Sozialversicherungswesen koppelt, weiter in Richtung auf die der medizinischen Krankenbehandlung verschieben werden. Eine derart engere Anbindung von (Teilen der) Psychotherapie an das Gesundheitssystem und seine Diskurse geht vorhersehbar mit einer Aufwertung bzw. Aufblähung von Diagnostik, Dokumentations- und Berichtspflichten, Haftpflichtversicherungen, Beschwerdemanagement, Schadenersatzprozessen usw. und umgekehrt mit einer Abblendung aller nichtkurativen, etwa an der allgemeinen sozialen und emotionalen ‚Reifung‘ der Kulturteilnehmer, an der Vermittlung von sinnhafter persönlicher Orientierung und Lebensphilosophie oder gar an spiritueller Entwicklung orientierten Aspekte von Psychotherapie einher. Verstärkte Abgrenzungsbedürfnisse einer sich als Krankenbehandlung auf wissenschaftlicher Basis verstehenden Psychotherapie gegenüber spirituellen Ambitionen oder auch nur Obertönen von Psychotherapie sind bereits heute spürbar, bisweilen nehmen diese Abgrenzungen selbst schon wieder sektenhafte Züge an (Egger 2015), so wie das Horkheimer und Adorno (1969) in ihrer klassischen Arbeit zur *Dialektik der Aufklärung* vorhergesehen hatten.

Es sieht also ganz so aus, als hätten die Mächte des Bestehenden die idealistischen und emanzipatorisch-gesellschaftsverändernden Potenziale, die für große Teile der Psychotherapie in den „wilden“ 1960er- und 1970er-Jahren kennzeichnend waren, weitgehend wieder zurückgedrängt. Nahezu überall haben die Gesetze nach der Psychotherapie gegriffen; nahezu überall ist sie engmaschig berufsständisch organisiert, an Politik und Verwaltung über Institutionen wie Psychotherapiebeiräte oder -kammern angebunden und entsprechend mobilisier- und kontrollierbar. In ihren staatlich approbierten Formen ist Psychotherapie mehr oder weniger Bestandteil der neoliberalen Gouvernamentalität geworden. Unter diesem, nur auf den ersten Blick sperrigen Begriff hat Foucault (2003; 2004a; 2004b) eine hoch differenzierte Perspektive darüber entwickelt, wie zeitgenössische Gesellschaften regiert werden: indem nämlich die Selbstführung der Subjekte regiert wird (Bröckling et al. 2000).

‚Psycho-Experten‘ spielen bei dieser Verschränkung von Herrschafts- und Selbsttechniken eine zentrale Rolle, insofern sie – und dies scheinbar frei von institutionellem Einfluss – vermitteln, wie das „richtige“, das „gesunde“, das sich selbst steigernde Leben geführt und gestaltet werden soll (Rose 1989; 1998). Denn nur auf diese Weise, d. h. orientiert an einem von staatlichem Einfluss vermeintlich freien – eben wissenschaftlichen, also nicht offensichtlich ideologisch gestützten – Wissen können in der heutigen Weltlage unsere privaten Sphären,

auf die doch eigentlich keine öffentliche Macht mehr ausgeübt werden kann, dennoch reg(ul)iert werden. Dann nämlich, wenn wir in den Praxen der ‚Psycho-Experten‘ in Wissensbestände einwilligen und uns Selbstregimes beibringen lassen, die uns erst recht zu beherrschbaren und wirtschaftlich brauchbaren – flexiblen und in Konkurrenzsituationen aller Art einspannbaren – Subjekten machen.

Mehr denn je zuvor läuft eine von Gesetzen und Krankenkassen „gezähmte“ Psychotherapie dieser Tage daher Gefahr, jenen (Macht-)Verhältnissen zuzuarbeiten, die wesentlich für das Leiden der Therapieklienten bzw. für das allgemeine Unbehagen an der kulturellen Situation verantwortlich sind. Dann nämlich, wenn sie lediglich mithilft, diese Verhältnisse so in Formen von Subjektivierung zu transponieren, dass die resultierenden Subjekte sich auch bei seelischen Irritationen in den von diesen Verhältnissen aufgespannten Weltlauf bloß (wieder) geräuschlos einfügen und sich ihm jedenfalls nicht widersetzen oder aus ihm ausscheren wollen.

Glücklicherweise hat jede Generation auch ihre Chancen. Mag sein, dass diese in den neuen Medien liegen, kraft derer sich neue Formen für das Therapeutische und seine De-Institutionalisierung eröffnen, die wir heute noch nicht vorhersehen; mag sein, dass sich die emanzipatorischen, gesellschaftskritischen Kräfte unter einem anderen Etikett neu formieren; mag auch sein, dass bei der Absorption der Psychotherapie in das Gesundheitssystem in dieses „semantische Viren“ eingeschleust werden, die es von innen heraus verändern. Neben dem Aushalten interner Vielgestaltigkeit dürfte es ein Charakteristikum von Psychotherapie sein, dass sie dauerhaft solchen im Zuge von gesellschaftlichen Aushandlungsprozessen auftretenden Spannungen ausgesetzt bleiben wird.