

# Plädoyer für eine verfahrensbezogene Ausbildung und Praxis: Zur „methodenspezifischen Eigengesetzlichkeit therapeutischer Prozesse“

Susanne Walz-Pawlita<sup>1</sup>, Birgitt Lackus-Reitter<sup>2</sup>, Susanne Loetz<sup>3</sup>

1 Vorstand der LPPKJP Hessen

2 Vorstand der LPK Baden-Württemberg

3 Ausschuss „Ambulante Versorgung“ der LPK Baden-Württemberg

**Zusammenfassung:** Seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) begleiten die Begriffe Verfahrenorientierung, Methodenintegration und Störungsspezifität die anhaltende Auseinandersetzung über den „richtigen“ Weg der psychotherapeutischen Ausbildung und Praxis. Wir versuchen, aus dem Blick zweier Psychoanalytikerinnen und einer Verhaltenstherapeutin die Notwendigkeit einer verfahrensorientierten Ausbildung und Praxis darzulegen. Ausgangspunkt sind die aktuellen berufs- und sozialrechtlichen Begriffsbestimmungen, auf deren Hintergrund wir die Notwendigkeit verschiedener (Verfahrens-)Zugänge zum Menschen in unterschiedlichen kontextuellen Feldern untersuchen. Der Rückbezug auf eine handlungsleitende Theorie und Praxeologie schließt unserer Ansicht nach eine beliebige Kombinierbarkeit „passender“ Behandlungstechniken aus. Nur auf dem Boden theorie- und damit verfahrensgeleiteter Basiskompetenzen kann die therapeutische Beziehung und der therapeutische Prozess mit jedem einzelnen Patienten jeweils neu gewonnen und gestaltet werden.

rechtlichen Ausgangsbedingungen von Psychotherapie im Moment keine echte Alternative zur verfahrensorientierten Ausbildung böten. Gleichzeitig weisen sie auf eine Gefahr hin: „Ohne eine Berücksichtigung der unterschiedlichen wissenschaftstheoretischen und -methodischen Hintergründe der verschiedenen Verfahren und des jahrzehntelang erworbenen Erfahrungswissens in einem spezifischen Verfahren kann eine Übernahme verfahrensfremder Bausteine [...] zu einem Professionalisierungsverlust führen“ (Strauß et al., 2009, S. 371).

## 1. Die Ergebnisse des Forschungsgutachtens

Mit Veröffentlichung des Forschungsgutachtens im April 2009 (Strauß et al., 2009) wurde deutlich, dass ein Großteil der Profession auch für die nächste Zukunft am Modell der postgradualen Ausbildung festhalten und die im Psychotherapeutengesetz festgeschriebene Grundorientierung auf eine vertiefte verfahrensbezogene Ausbildung fortschreiben möchte. Die Gutachter stellen fest (Strauß et al., 2009, S. 392): „Zwar werden in der Forschung und der Profession mehrere Szenarien für Alternativen zur verfahrensorientierten Ausbildung diskutiert (störungs- oder wirkfaktorenorientierte Ansätze), die Befragungen [...] und die Diskussionen in diesem Kontext weisen klar darauf hin, dass die verfahrensbasierte Ausbildung weitgehend

als sinnvoll erachtet wird. Auch im europäischen Ausland gibt es keine eindeutigen Trends zu einer verfahrensunabhängigen Ausbildung.“

Für die Zukunft sei eine verstärkte Vermittlung „wirkungsvoller Konzepte und Methoden anderer Therapieverfahren“ und von Fragen der differentiellen Indikation anzustreben. „Unter Berücksichtigung zugrundeliegender divergierender therapeutischer Haltungen“ sollten vermehrt evidenzbasiertes Wissen, eine „forschende Grundhaltung“ sowie produktive Skepsis „auch gegenüber den Grundannahmen des eigenen Therapieverfahrens“ vermittelt werden (Strauß et al., 2009, S. 373).

Neben wissenschaftlichen und behandlingstechnischen Gründen führen die Autoren an, dass die sozial- und berufs-

## 2. Der Verfahrensbegriff der Psychotherapie-Richtlinien (PTRL) und des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP)

### 2.1 Der Verfahrensbegriff

Der in den verschiedenen berufs- und sozialrechtlichen Zusammenhängen verwandte Begriff des psychotherapeutischen Verfahrens wurde zunächst vom Gemeinsamen Bundesausschuss<sup>1</sup> (G-BA) in den Psychotherapie-Richtlinien (PTRL) defi-

<sup>1</sup> Gremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen zur Bewertung und Zulassung von medizinischen Heilmethoden und -mitteln im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (§§ 91 ff. SGB V).

niert, deren erste Fassung im Mai 1967 in Kraft trat (vgl. Rüter & Bell, 2004). Nach Erweiterung des Indikationsspektrums um die chronifizierten Neurosen kam es 1987 zur Aufnahme der Verhaltenstherapie in die PTRL – allerdings unter der Bedingung, dass ein einheitlicher Krankheitsbegriff für alle Anwendungsformen von Psychotherapie in der Gesetzlichen Krankenversicherung definiert wurde. Seither sind seitens des G-BA die Verhaltenstherapie, die analytische und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie zur Leistungsabrechnung in der ambulanten Psychotherapie zugelassen.

Dahm (2008, S. 399) schreibt, dass in dieser Fassung die PTRL erstmals eine Verbindlichkeit des Krankheitsbegriffs in der psychotherapeutischen Versorgung definiert und klare Entscheidungshilfen für die Auswahl geeigneter Therapieverfahren gegeben wurden i. S. „methodisch definierter Interventionen, die auf als Krankheit diagnostizierte seelische Störungen einen systematisch verändernden Einfluss nehmen.“ (PTRL, 3. Juli 1987, A. 4). Krankheit wird verstanden als ein ursächlich bestimmter Prozess, der mit wissenschaftlich begründeten Methoden untersucht wird und in einem Theoriesystem mit einer Krankheitslehre definitorisch erfasst ist. Diese Theoriesysteme müssen „seelische und körperliche Symptome als Ausdruck des Krankheitsgeschehens eines ganzheitlich gesehenen Menschen wahrnehmen und berücksichtigen. Sie müssen den gegenwärtigen, lebensgeschichtlichen und gesellschaftlichen Faktoren in ihrer Bedeutung für das Krankheitsgeschehen gerecht werden“ (PTRL, 3. Juli 1987, A. 3).

Mit Inkrafttreten des PsychThG zum 01.01.1999 wurde festgelegt, dass die Ausbildung in einem psychotherapeutischen Vertiefungsverfahren zu erfolgen habe. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie<sup>2</sup> (WBP) wurde zum entscheidenden Gremium für deren berufsrechtliche Anerkennung. Nachdem Unterschiede in der wissenschaftlichen Bewertung zwischen der berufsrechtlichen Anerkennung durch den WBP und der sozialrechtlichen Anerkennung durch den G-BA deutlich wurden (vgl. Beschlussfassung zur Gesprächspsychotherapie v. 24.4.2008), einigten sich

Ein **Psychotherapie-Verfahren** wird eingesetzt zur Krankenbehandlung. Es verfügt über

- eine oder verschiedene umfassende Theorie/n der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung auf der Basis gemeinsamer theoretischer Grundannahmen,
- eine oder mehrere darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsstrategie/n für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen,
- darauf bezogene Konzepte zur Indikationsstellung, zur individuellen Behandlungsplanung und zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung.

Eine **Psychotherapie-Methode** wird angewendet zur Behandlung einer oder mehrerer Störungen mit Krankheitswert. Sie besitzt

- eine Theorie der Entstehung und der Aufrechterhaltung dieser Störung bzw. Störungen und eine Theorie ihrer Behandlung,
- Indikationskriterien einschließlich deren diagnostischer Erfassung,
- die Beschreibung der Vorgehensweise und
- die Beschreibung der angestrebten Behandlungseffekte.

Eine **Psychotherapie-Technik** ist eine konkrete Vorgehensweise. Durch sie sollen

- die angestrebten Ziele im Rahmen der psychotherapeutischen Methode des indizierten Verfahrens erreicht werden. Techniken sind beispielsweise
- in den psychoanalytisch begründeten Verfahren die Übertragungsdeutung zur Bewusstmachung aktualisierter unbewusster Beziehungsmuster,
- in der Verhaltenstherapie: Reizkonfrontation in vivo.

Abb. 1: Definitionen des WBP der Begriffe Verfahren, Methode, Technik

beide Gremien im sog. „Methodenpapier“ des WBP (2007, geändert 2009) auf ein im Wesentlichen einheitliches Procedere zur Bewertung von Psychotherapieverfahren, -methoden und -techniken (vgl. Nübling, 2008). Allerdings kann es durch die verschiedenen Prüfkriterien der beiden Gremien zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen: so ist die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie für Erwachsene als wissenschaftliches Verfahren anerkannt, aber nicht zur Versorgung im Rahmen der PTRL zugelassen worden. Berufsrechtlich sind seitens des WBP neben der Verhaltenstherapie und den psychodynamischen Verfahren auch die Gesprächspsychotherapie sowie die Systemische Therapie als wissenschaftliche Verfahren anerkannt.

Im „Methodenpapier“ werden – analog zur bisherigen Definition der PTRL – für ein Verfahren ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen, eine umfassende Krankheitstheorie, daraus abgeleitete Konzepte zur Indikationsstellung, Behandlungsstrategie und -planung sowie zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung gefordert (vgl. Abb. 1). Neu sind die Forderung des Wirkungsnachweises eines Psy-

chotherapieverfahrens bei verschiedenen Diagnosen und deren quantitative Bestimmung im sog. „Schwellenkriterium“. Im Unterschied dazu erfordert die Anerkennung einer psychotherapeutischen Methode ein engeres Anwendungsspektrum (WBP, 2007, S. 4 f).

Weiterhin sollen, so der WBP (Glossar<sup>3</sup>), Verfahren sich auf jeweils verschiedene psychotherapeutische Grundorientierungen und Menschenbilder beziehen lassen, die als eigenständige, differenzierte Hintergrundannahmen und Theoriesysteme selbst einer empirischen Validierung zugänglich sein sollten.<sup>4</sup>

2 Nach 1999 geschaffenes gemeinsames Gremium von Bundespsychotherapeutenkammer und Bundesärztekammer zur wissenschaftlichen Anerkennung der Vertiefungsverfahren nach PsychThG.

3 Verfügbar unter: <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.1.16>

4 In unserem Argumentationsgang und bei den klinischen Beispielen zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren beziehen wir uns überwiegend auf die kognitiv-behavioralen und psychodynamischen Ansätze, mit denen wir aufgrund unserer Ausbildung vertraut sind. Selbstverständlich gelten unsere Thesen auch für alle anderen wissenschaftlichen Verfahren.

Während sich die psychoanalytisch begründeten Verfahren bei aller Vielfalt auf eine gemeinsame Theorie des Unbewussten und der Übertragung beziehen, verfügt die Verhaltenstherapie heute über ein breites Spektrum von Methoden und Techniken, die sich grob in die Bereiche „Konfrontationstechniken“, „operante Techniken“ und „kognitive Ansätze“ aufteilen lassen. Insbesondere in der letzteren Gruppe finden sich Methoden wie die Rational-Emotive Therapie (Ellis, 1977), Selbstinstruktionstraining (Meichenbaum, 1979), Selbstmanagement-Therapie (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006) und in jüngster Zeit achtsamkeitsbasierte Therapien und die sog. Schematherapie (Young, Klosko & Weishaar, 2005), die in frühen Erfahrungen des Kindes erworbene Erinnerungen, Gefühle, Körperempfindungen und Kognitionen als maladaptive und dysfunktionale Schemata zum Gegenstand der therapeutischen Behandlung macht. Welche Technik aus dieser großen Spannbreite der Möglichkeiten bei einem konkreten Patienten in einer Verhaltenstherapie schließlich zum Einsatz kommt, hängt entscheidend von der vorangegangenen Verhaltensanalyse ab und muss darin begründbar sein.

## **2.2 Zur „Verfremdung der methodenspezifischen Eigengesetzlichkeit therapeutischer Prozesse“ – das Kombinationsverbot der PTRL**

Während im stationären und teilstationären Bereich vielfältige Kombinationen einzelner Methoden und Techniken vorkommen und indiziert sein können (v. Wietersheim et al., 2008), gilt im ambulanten Bereich der Psychotherapie-Richtlinien nach wie vor das Verbot der Kombination zwischen psychoanalytischen (Psychoanalyse und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) und behavioralen Verfahren. Auch wenn es in den Anwendungsformen (Einzel- und/oder Gruppentherapie, Behandlung der Bezugspersonen) z. T. Kombinationsmöglichkeiten (§ 14 PTRL, 2009) gibt, wird die Kombination von psychoanalytisch begründeten Verfahren und Verhaltenstherapie sowie der Einsatz suggestiver Techniken während einer psychoanalytischen oder tiefenpsychologisch

fundierten Behandlung ausgeschlossen. Die Begründung lautet: „Psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie sind nicht kombinierbar, weil die Kombination der Verfahren zu einer Verfremdung der methodenbezogenen Eigengesetzlichkeit des therapeutischen Prozesses führen kann“ (PTRL, 2009, B § 16). Die PTRL weisen somit darauf hin, dass jedes Psychotherapieverfahren nach eigenen verfahrensimmanenten Gesetzmäßigkeiten abläuft und eine Verfremdung dieses Prozesses durch Kombination mit Anteilen anderer Verfahren für die Patienten nachteilige Wirkungen haben kann.

Gleichzeitig macht der G-BA mit dieser Denkfigur in den PTRL deutlich, dass psychotherapeutische Verfahren zu ihrer Wirksamkeit und für die Entfaltung eines therapeutischen Prozesses bestimmte Zeit- und Rahmenkontingente benötigen. Diese methodenbezogene Eigengesetzlichkeit des therapeutischen Prozesses begründet als logische Folge die später in den Richtlinien festgelegten Stundenkontingente. Auf die zu enge Bemessung der Behandlungskontingente für die Verhaltenstherapie hat Bowe (2008) hingewiesen.

Dahm (2008, S. 401) hält für möglich, dass künftig zwischen G-BA und WBP eine Diskussion stattfinden wird, die Richtlinien eventuell dahingehend zu flexibilisieren, dass sinnvoll erachtete Kombinationsbehandlungen ermöglicht werden und die strikte „Ausschlusstrennung“ nach den geltenden Richtlinien überprüft wird. „Dabei wird auch zu diskutieren sein, ob es Indikationen gibt, die gerade eine entsprechende Kombinationsbehandlung sinnvoll erscheinen lassen.“

## **3. Szenarien der Verfahrensdiskussion**

### **3.1 Die Auflösung theoretischer Paradigmen und der Eklektizismus**

Die strikte Trennung in Verfahren, Methoden und Techniken scheint im Zuge der Auflösung des Verfahrensbegriffs zunehmend schwieriger zu werden. Kächele

und Strauß (2008) kommen aufgrund ihrer Erfahrungen im WBP zur Auffassung, „dass die Unterscheidung von Verfahren als Grundorientierung und Methode bzw. Technik als Anwendung im Rahmen einer Grundorientierung zunehmend unscharf wird. Strikte Zuordnungen von Methoden zu Verfahren und/oder zu Grundorientierungen werden immer schwieriger oder gehen vielleicht bald ganz verloren“ (S. 409).

Auch Linden (2007, S. 149) hinterfragt in seiner Arbeit die neue Sprachregelung in Richtung auf eine störungsorientierte oder integrative Psychotherapie: „Es stellt sich damit auch die Frage, ob die Bezeichnung ‚Verhaltenstherapie‘ nicht allmählich anachronistisch wird und man an Ansehen gewinnen könnte, wenn man stattdessen von ‚evidenzbasierter Psychotherapie‘ oder Ähnlichem spräche.“ Als Beleg für diese Tendenz kann auch eine mündliche Mitteilung von D. Schulte angesehen werden, wonach im Grunde „jede empirisch geprüfte Form von Psychotherapie zur Verhaltenstherapie“ zu zählen sei (zit. nach Kächele & Strauß, 2008, S. 409 f). Längst gibt es Erweiterungen des verhaltenstherapeutischen Ansatzes, die in ihren Denkmustern und Fallkonzeptionen Grundmuster ähnlich der psychodynamischen Repräsentanzmodelle erkennen lassen. Damit verliere sich in der aktuellen „evidenzbasierten“ Diskussion die wissenschaftliche Systematik der verschiedenen Verfahren, die im ursprünglichen Sinne eigentlich in sich konsistente Theoriesysteme mit jeweils eigenem Menschenbild und Modellen psychischer Entwicklung darstellen, zugunsten einer allgemeinen „Hybridisierung“ (Kächele & Strauß, 2008, S. 412).

Linden (2007, S. 149) hat in seinem Plädoyer für die Beibehaltung des Begriffs „Verhaltenstherapie“ nachdrücklich daran erinnert, dass die Begriffsbildungen innerhalb der Psychotherapie hypothetische Konstrukte sind, die keine (beobachtbaren) „Dinge“ an sich darstellen, sondern nur im Rahmen einer zugrundeliegenden Theorie verstehbar und erschließbar sind. „Das Herausnehmen theoretischer Konstrukte aus ihrem Theoriekontext ist in der Wissenschaftstheorie als ‚Reifizierung‘

beschrieben und gilt als Denkfehler.“ Besonders wendet er sich in diesem Kontext gegen die Übernahme z. B. psychoanalytischer Prozessbegriffe (Widerstand, Übertragung) in die Verhaltenstherapie oder eine ihrer Modifikationen, da sie die psychoanalytische Situation voraussetzen, um innerhalb des dortigen Theoriesystems überhaupt wahrnehmbar zu werden. Gleiches gelte vice versa für den Einsatz von Expositionsbehandlungen durch Tiefenpsychologen, ohne diese in eine entsprechende Kontingenztheorie einzubetten.

Wie weit damit zusammenhängende Begriffsverschiebungen inzwischen gehen, zeigt eine Passage aus den einführenden Bemerkungen des neuen Lehrbuchs von Jaeggi und Riegels (2008), die für die tiefenpsychologisch fundierte Behandlung die gezielte Arbeit mit Techniken anderer Psychotherapieverfahren (u. a. Rollentausch, Focusing, körpertherapeutische Techniken, Hausaufgaben) vorschlagen – „ohne den theoretischen Rahmen der Psychoanalyse zu verlassen“ (S. 19). Gleichzeitig berufen sie sich an anderer Stelle explizit auf den „Intersubjektivismus“ und die „Control-mastery-Theorie“, beides Richtungen, in denen der „Vorrang“ interpersonellen Geschehens über Intrapyschisches festgestellt wird (S. 35). Um auch Zugang zu „Patienten mit strukturellen Störungen“ (S. 22) zu erhalten, hoffen sie, „dass diese Erweiterungen auch den Blick weiten dafür, dass die Identität eines Psychoanalytikers nicht in Identifikation mit Schulen oder bestimmten Menschen erfolgt, sondern ... sich vom ergebnisoffenen Blick des Wissenschaftlers leiten lässt“ (S. 19). Hier wird beispielhaft die von Linden kritisierte „neue“ Sprachregelung vorgeführt, die eine Orientierung an den erprobten Techniken und Methoden eines Verfahrens als verengt und nicht mehr wissenschaftlich begründet erscheinen lässt. Es wird suggeriert, als ob ohne Einsatz dieser Techniken keine erfolgreiche Therapie mit dieser Patientengruppe stattfinden könne. Unter Berufung auf das „brüchig gewordene Selbstverständnis der Psychoanalytiker“ (S. 19 f) wird für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – vormalis „Stiefkind“ (S. 20) der Psychoanalyse – eine neue theoretische Fundierung gesucht, die den Einsatz einzelner Techniken, die teil-

weise aus anderen Verfahren entnommen sind, rechtfertigt.

Neben dem Vorwurf des Eklektizismus (vgl. Kächele & Strauß, 2008, S. 411) heißt das aber auch, die prozessualen Gegebenheiten unterschiedlicher Behandlungszugänge zum Seelischen zu ignorieren und einzelne Techniken ohne Integration in einen regelhaft zu erwartenden Verlauf eines psychotherapeutischen Prozesses zu benutzen. Die Flut potenziell einsetzbarer Techniken macht damit auch die theoriegeleiteten Vorgaben notwendiger Rahmenbedingungen nicht mehr begründbar. Der Einsatz von Hausaufgaben, Rollenspielen oder Focusing-Techniken verlässt das psychoanalytische Paradigma der Arbeit in bzw. mit der Übertragung, indem diese nicht mehr systematisch reflektiert wird und das Material des Patienten nicht mehr systematisch daraufhin gedeutet, überprüft und verstanden werden kann. Auch wenn die Art der Arbeit in bzw. mit der Übertragung sich technisch zwischen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und analytischer Psychotherapie unterscheiden kann, ist ihre systematische Reflexion elementarer Teil beider Verfahren (vgl. Rotmann, 1996; Dreyer & Schmidt, 2008). Hier sind Grundfragen unterschiedlicher therapeutischer Haltungen und Rollen in den verschiedenen Verfahren, Fragen der Abstinenz und der Gestaltung des therapeutischen Prozesses berührt, die nicht ohne weiteres ineinander überführbar erscheinen.

### 3.2 Überlegungen zur „methodenspezifischen Eigengesetzlichkeit“

Die Einleitung eines therapeutischen Behandlungsprozesses geschieht in allen Verfahren in einem bestimmten äußeren Rahmen (zeitliche, räumliche, finanzielle Gestaltung) und Setting, die die Grundbedingungen der Interaktion, der Abstinenz und der gegenseitigen Verpflichtungen zur Einhaltung bestimmter Grenzen in einer prinzipiell asymmetrischen Beziehung regeln. Die Anerkennung dieser prinzipiellen Asymmetrie ist Teil jeder Psychotherapie als Profession. Sie begründet die ethischen und berufsrechtlichen Normierungen zur Sicherung des Patientenschutzes und der

für die Psychotherapie besonders schwierigen Balance zwischen diffuser Intimisierung und spezifischer, rollengebundener Interaktion (vgl. Pollack, 1999; Stanko, 2008).

Während in der Psychoanalyse (und den von ihr abgeleiteten Verfahren<sup>5)</sup> der Regression eine bedeutende Rolle für den Aufbau der notwendigen Übertragungsneurose zukommt und ihre Förderung und Bearbeitung (Durcharbeiten) die Gestaltung der therapeutischen Interaktion bestimmt, werden in der (kognitiven) Verhaltenstherapie nach Analyse der Problemlage, Motivation und der Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten gemeinsam Ziele definiert und entsprechende Änderungen geplant. Dabei ist die Erhöhung der allgemeinen Problemlösefähigkeit des Patienten ein übergeordnetes Ziel.

Gleichzeitig gibt es in allen Verfahren lern- und vermittelbare Basiskompetenzen, die den (mit jedem Patienten hochindividuellen) Beziehungs- und Behandlungsverlauf strukturieren und gestalten. Aus den jeweiligen Menschenbildern und Theorien seelischer Prozesse und psychischer Entwicklung abgeleitet, verfügen die unterschiedlichen therapeutischen Verfahren somit über „Grundmodelle therapeutischer Prozessverläufe“, die eine Einschätzung eines produktiven oder unproduktiven Behandlungsverlaufs ermöglichen (vgl. z. B. Klüwer, 1995, S. 62 ff).

So entwarfen z. B. die Modelle Kanfers zur Analyse des Problemverhaltens sowie seine Beschreibung des therapeutischen Prozesses in sieben Schritten modellhafte Verlaufsformen verhaltenstherapeutischer Behandlungsprozesse, die in einer Therapie mit Feedbackschleifen durchlaufen und damit immer wieder erneut einer Evaluierung unterzogen werden. Diese Grundmodelle therapeutischer Prozessverläufe werden in den letzten Jahren in allen Verfahren zunehmend differenzierter empirisch beforcht. Hier zeigen sich in den Datenanalysen charakteristische Cluster, die bestimmte Gruppen von Patienten nach bestimmten moderierenden Variablen voneinander unterscheiden lassen (so sind z. B. hohe Perfektionismus-Scores





### Achtsamkeit – Schlüssel zum Unbewussten

Seit über 30 Jahren integriert die HAKOMI Methode die aus den buddhistischen Traditionen entnommene Praxis der Achtsamkeit in den tiefenpsychologischen Prozess.

### 3-jährige HAKOMI Fortbildung

#### Einführungsworkshops in die HAKOMI Methode (Processings)

#### Praxisnahe, körperorientierte Weiterbildungsangebote

Fort- & Weiterbildung für Menschen in therapeutischen Berufsfeldern – vielfach kammerzertifiziert

Unsere Fortbildungsbroschüre erhalten Sie vom:  
HAKOMI INSTITUTE of Europe e.V.,  
Weißgerbergasse 2a, 90403 Nürnberg,  
Telefon: 0049-(0)-911/30 700 71,  
info@hakomi.de [www.hakomi.de](http://www.hakomi.de)

Processing Orte: Berlin · Bochum · Bonn · Dresden · Essen · Freiburg  
Halle · Hamburg · Heidelberg · Heigerding · Köln · Leipzig  
Locarno · München · Nürnberg · Potsdam · Rheinfelden · Wien · Zist

depressiver Patienten eher mit einem ungünstigen Behandlungsverlauf gekoppelt). Dies stellt besondere Anforderungen an die Fähigkeit des Therapeuten, auf dem Boden eines sicher verfügbaren Repertoires verfahrensgebundener Techniken die therapeutische Beziehung zu einem Ort lebendigen „kreativen“ Geschehens zu machen, die dem Patienten neue Konfliktbewältigungen und das Aufgeben bisheriger Symptomlösungen an die Hand gibt (vgl. Zwiebel, 2003).

Wie notwendig dafür die Fähigkeit des Therapeuten ist, „implizites Wissen“ zu nutzen, um einen Zugang zur inneren Welt des Patienten zu finden und für die therapeutische Arbeit fruchtbar zu machen, hat Buchholz (2007) mit Verweis auf die Arbeiten Polanyis aufgezeigt. Wie notwendig es gleichzeitig ist, im Dialog der Profession eine wechselseitige Anerkennung und Übersetzungsarbeit zwischen den einzelnen Schulen, Verfahren oder Methoden herzustellen, haben Hardt und Hebebrand (2006) in ihrer Arbeit „Psychotherapie als Lebensform“ dargestellt. Die enge Verschränkung zwischen Profession und alltäglicher Lebenspraxis begründet die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Selbsterfahrung – als „Einsicht in die eigenen biographisch verankerten Besonderheiten der Therapeutenentwicklung [...] und so zu einer wirklich empathischen, aber auch hinreichend distanzieren Position gegenüber den Patienten im therapeutischen Prozess...“ (Freyberger in: Rief, Freyberger & Satory, 2009).

### 3.3 Allgemeine Wirkfaktoren oder Verfahren? – eine Scheindebatte

Nach einer Befragung des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) 1996 standen 93% seiner Mitglieder einer übergreifenden Integration unterschiedlicher Therapieschulen positiv gegenüber – auch aufgrund der Tatsache, dass sie selbst Ausbildungen in mehr als einer Therapierichtung hatten (Möller, 2007, S. 12). Ein Argument für die geforderte Methodenintegration ist der Hinweis auf die Bedeutung gemeinsamer zentraler Wirkmechanismen in allen psychotherapeutischen Verfahren, deren

wichtigste Wirkvariablen nach verschiedenen Untersuchungen in der Persönlichkeit des Therapeuten und seiner dynamischen Fähigkeit zur differentiellen, jeweils hoch spezifischen Beziehungsgestaltung mit seinen Patienten liegen.

Diese Erweiterung des „Dodo-Bird-Verdikts“ (Rosenzweig, 1936: „alle Therapien sind gleichermaßen hoch wirksam“) haben die Metaanalysen von Wampold (2001) und Luborsky et al. (2002) bestätigt. Rosenzweig stellte damals fest, dass die theoretisch-systematischen Beschreibungen von Veränderungsprinzipien in den verschiedenen Verfahren unzureichend sind, um tiefere allgemeine Wirkfaktoren zu erfassen: „... it is soon realized that besides the intentionally utilized methods and their consciously held theoretical foundations there are inevitably certain unrecognized factors in any therapeutic situation-factors that may be even more important than those being purposely employed.“ Dieses Problem in der Forschung besteht bis heute.

Nach den Untersuchungen Wampolds kommt der Persönlichkeit des Therapeuten bzw. seiner Fähigkeit zur Beziehungsgestaltung eine besondere Bedeutung zu, die unabhängig von der Verfahrensorientierung signifikante Unterschiede zwischen „guten“ und „schlechten“ Therapeuten feststellen lässt. Die entscheidenden Wirkfaktoren liegen dabei in der Gestaltung des Arbeitsbündnisses als Herstellung einer guten therapeutischen Beziehung (Allianz) sowie in der glaubhaften Vermittlung des eigenen Verfahrens (Allegianz). Das Konzept der Allegianz ist dabei als basale innere Überzeugung von der Wirksamkeit und Plausibilität des eigenen therapeutischen Ansatzes zu verstehen, übersetzt werden könnte es als innere Bindung, Internalisierung oder Identifizierung des Therapeuten mit „seinem“ therapeutischen Verfahren (Berns & Berns, 2004, S. 42). Gattig (2008, S. 115) spricht in diesem Zusammenhang auch von einer „Übertragung“ des Therapeuten auf die Methode und schließt damit die unbewussten Haltungen

5 Analytische Psychotherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Kurzzeittherapie, Fokalthherapie, analytische Gruppentherapie, modifizierte Verfahren wie die interaktionelle Psychotherapie.

## Institut für Psychoanalyse Nürnberg (DPG)

bietet staatlich anerkannte und qualifizierte psychoanalytische Aus- und Weiterbildung für

- Diplom-Psychologen nach dem PTG
- Ärzte gemäß Richtlinien der Ärztekammer
- Erwerb der Mitgliedschaft in der IPA

### Nächster Beginn der Ausbildung: April 2010

- **Zum Kennenlernen** bieten wir Ihnen die Teilnahme an folgenden Seminaren des Instituts an:
- 15.1.10 Psychose – Neurose
  - 16.1.10 Die Vergangenheit in der Gegenwart
  - 22.1.10 Trieb, Begehren, Verführung: neue Ansätze
  - 17.2.10 Alexander Mitscherlich

**Infos** zu Aus- und Weiterbildung sowie Anmeldung zu den Kennenlernseminaren oder zur Studienberatung über:

**IPN, Penzstr. 10, 90419 Nürnberg**

Tel: 0911/ 97797101

e-mail: [sekretariat@dpg-nuernberg.de](mailto:sekretariat@dpg-nuernberg.de)

[www.psychanalyse-nuernberg.de](http://www.psychanalyse-nuernberg.de)

des Therapeuten zum praktizierten Verfahren ein. Ähnlich hat Bleckwedel (2006, S. 378) aus Sicht der Gesprächspsychotherapie auf Luc Ciompis Konzept der „affektiven Grundbotschaften“ verwiesen, die sich dem Patienten mitteilen. Damit zeigt sich auch in Wampolds „kontextuellem Denkmodell“ die Notwendigkeit, dass der Therapeut über eine Behandlungskonzeption mit einem bestimmten Verständnis der Symptomatik/Krankheit des Patienten sowie über spezifische Vorgehensweisen als therapeutische Techniken verfügt (vgl. Berns, 2006, S. 26).

Im Unterschied zu klinischen Forschungsdesigns, innerhalb derer der sog. „allegiance effect bias“ (die theoretische Orientierung des Untersuchers als Einflussfaktor auf die Studienergebnisse) sorgfältig kontrolliert werden muss, stellt die Allegianz des klinisch arbeitenden Psychotherapeuten somit eine notwendige Bedingung seines Behandlungserfolgs dar. Bei Wampold werden Allegianzeffekte sogar als wichtigste generelle Wirkfaktoren angesehen: „The magnitude of allegiance effects ranged up to .65. [...] it is clear that allegiance to the therapy is a very strong determinant of outcome [...]“ (Wampold 2001, S. 168).<sup>6</sup> Genausowenig wie es eine Therapie ohne Person des Therapeuten geben kann, kann sie ohne Internalisierung eines bestimmten klinischen Denk- und Krankheitsmodells erfolgen. Ähnlich fassen Fonagy und Roth (2004) zusammen: „Die Evidenz über Depression zeigt relativ deutlich, dass die Psychotherapie unter den folgenden Umständen keine bessere Wirkung erzielt als ein Placebo: unzureichende Ausbildung der Therapeuten, fehlende theoretische Begründung, warum der Ansatz funktionieren sollte, fehlende Ausrichtung der Therapie auf die Bedürfnisse des einzelnen Patienten oder mangelnde Fokussierung, Zielgerichtetheit oder Struktur der Therapie“ (S. 209).

Ein wesentlicher Wirkmechanismus von Psychotherapie besteht auch für Linden (2007) darin, den Patienten Funktionsmodelle des Psychischen und damit auch ihrer Störungen zu vermitteln, aus denen im therapeutischen Prozess dann „Modifikationsansätze“ entwickelt werden könnten. Dies setze eine sprachliche und

theoretische Eindeutigkeit voraus, die auch vermittelbar bliebe. Diese sprachliche und theoretische Eindeutigkeit nur als informierende Sprechakte zu begreifen, greift nach unserer Auffassung zu kurz, da sich in jeder Kommunikation unbewusste affektive Botschaften vermitteln, die die innere Haltung des Therapeuten zum gewählten Verfahren zum Ausdruck bringen.

Jenseits sprachlicher Formulierungskunst geht es um die Anerkennung der prinzipiell triadischen Struktur des Behandlungsbündnisses, innerhalb derer ein Therapeut, der innerlich auf ein Verfahren bezogen ist, eine Verbindung mit einem Patienten eingeht: die innere Auseinandersetzung eines Therapeuten mit „seinem“ Verfahren wird an einen Dritten vermittelt. Insofern gibt es nach Berns (2006, S. 26) immer eine „Dreifachpassung“: Therapeut – Verfahren – Patient. Auch wenn man „allegiance“ wörtlich mit „Verfahrenstreue“ übersetzen könnte, trifft dieser Begriff nicht die besondere Bedeutung, die dem Verfahren als Rahmen, innerhalb dessen ein psychischer Entwicklungsraum erst möglich wird, zukommt.

Gerade aus der zuletzt dargelegten Notwendigkeit, im Sinne der Allegianz eine überzeugende therapeutische Handlungstheorie zur Verfügung zu haben, ergibt sich Wampolds Forderung nach der gründlichen Ausbildung in einem therapeutischen Verfahren, ohne dass diese allerdings als hinreichende Bedingung für Behandlungserfolg angesehen werden kann. Auch für Orlinsky und Ronnestad (2005) sind die Überzeugung von der Wirksamkeit des eigenen Verfahrens und der Erwerb einer Stufe des „basic professional level“ entscheidend für die Wahrnehmung der eigenen Professionalität, die Vermittlung von Sicherheit im eigenen Verfahren und die Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Damit enthalten eben auch diese oft gegenläufig zitierten Arbeiten klare Voten für die Beibehaltung einer verfahrensorientierten Ausbildung von Therapeuten, die auch im europäischen und außereuropäischen Ausland praktiziert wird (Strauß et al., 2009, S. 123).

Als Beleg hierfür können z. B. die Arbeiten der Forschergruppe um Sandell (2003)

gesehen werden: Ungünstigere Verläufe in tiefenpsychologisch fundierten Behandlungen wurden bei solchen Psychoanalytikern identifiziert, die mit einer zu neutralen und abstinenter Haltung arbeiteten („Als-ob-Psychoanalysen“), also keine innere „Identifizierung“ mit dem von ihnen praktizierten tiefenpsychologischen Verfahren hatten.

### 3.4 Verfahren in der therapeutischen Versorgung

Die Genauigkeit im Gebrauch wissenschaftlicher Begriffe hält Linden nicht nur aus wissenschaftstheoretischen, sondern vor allem aus praktischen Gründen für unverzichtbar. Ist Genauigkeit doch zentral für die Darstellung des ausgeübten Verfahrens, für die Vorinformation eines Patienten vor Beginn der Behandlung und für die Darstellung alternativer Behandlungsmöglichkeiten. „Die in den Psychotherapieschulen ausgearbeiteten Theorien menschlichen Verhaltens stellen heuristische Modelle dar, die es erlauben, Krankheiten zu beschreiben, und deren zugrunde liegende Annahmen und empirische Untersuchungen Handlungsansätze aufzeigen, um Krankheiten zu bessern“ (Linden, 2007, S. 149). Auch die in den Berufsordnungen der Kammern festgelegte Aufklärungspflicht und Transparenz des therapeutischen Vorgehens erzeugt eine (durchaus berechnete) Vorstellung vom therapeutischen Prozess, die bei einem Wechsel des therapeutischen Paradigmas zu Verwirrung und Orientierungslosigkeit führen kann.

Darüber hinaus benötigt jede Initiierung eines therapeutischen Prozesses feste Rahmenbedingungen, die dem Patienten einen Entwurf der Behandlung im Kontext der eigenen Lebensgeschichte ermöglichen. In allen therapeutischen Verfahren – wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß – kommt es im Lauf der Behandlung zu einer (Re-)Konstruktion der eigenen Bio-

<sup>6</sup> Dass gerade deshalb eine fundierte Ausbildung in einem Verfahren notwendig ist, hat Wampold in einer Diskussionsveranstaltung auf der Tagung der Ulmer Werkstatt 3.-4. Oktober 2008 „Non-Responders – Can we identify what keeps a substantial portion of patients from responding in psychological therapies?“ betont (mdl. Mitteilung).

grafie, die eine besondere Bedeutung für die Veränderung kognitiver und affektiver mentaler Strukturen hat.

Bereits Wampold (2001, S. 218) hatte im Sinne einer adaptiven Indikationsstellung darauf hingewiesen, dass „... the therapist needs to realize that the client's belief in the explanation for their disorder, or complaint is paramount ...“. Ebenso verweist Linden (2007) auf Psychotherapiestudien, wonach manche Patientengruppen besser auf verhaltenstherapeutische, andere besser auf psychodynamische Verfahren reagieren, weil ihnen aufgrund multipler Faktoren der eine oder andere Umgang mit psychischen Problemen besser „passt“.

Nun unterscheidet sich die hier gemeinte, nämlich auf das Vorverständnis des Patienten und seine Weltsicht („world view“) gegründete adaptive Indikationsstellung grundlegend von den Vorstellungen einer diagnosegestützten Indikation, wie sie den Vertretern einer störungsspezifischen Therapieausbildung oder den Interessen der Krankenkassen entspringen. Bachrach

(1990, zit. nach Revenstorf, 2008, S. 6) hat die diagnosegestützte Intervention als „100-jährigen Mythos“ bezeichnet – den monosymptomatischen Patienten mit isolierter Störung gibt es nicht (Münch, Springer & Munz, 2009, S. 9 ff).

Zu fordern ist daher zum einen, dass auch in Zukunft eine Versorgungslandschaft Bestand haben muss, die diese Grundbedingungen einer auf den Patienten bezogenen adaptiven Verfahrensorientierung für die Behandlung berücksichtigt. Zum andern gilt es, im Sinne einer ethisch und ökonomisch begründeten Qualitätssicherung, die Adhärenz durchgeführter Behandlungspraxis mit den evaluierten Konzepten des jeweiligen Verfahrens zu sichern und nicht „Wein [zu] verkaufen und Zuckerwasser [zu] liefern“ (Linden, 2007, S. 150). In den oben dargestellten Wirksamkeitsstudien und Metaanalysen kommt der Adhärenz (manualgetreuer Einsatz von Interventionen) als Einzelmerkmal wenig Bedeutung für positive Behandlungseffekte zu. Die spezifischen Verfahrenseffekte erklären lediglich ca. 8% der Ergebnisvarianz. The-

rapeutengüte ist vielmehr wesentlich mit den oben dargestellten allgemeinen Wirkfaktoren und kreativen therapeutischen Beziehungskompetenzen verbunden, die allerdings nur dann zum Tragen kommen können, wenn die bereits erwähnte „Dreifachpassung“ (Berns, 2006, S. 26) zwischen Patient, Therapeut und Verfahren auch durch eine fundierte verfahrensorientierte Ausbildung vorbereitet ist.

### **3.5 Die verfahrensorientierte Organisation der Ausbildung**

Die Bedeutung der Verfahrensorientierung für die Qualitätssicherung der eingesetzten Psychotherapie ist nicht nur für die Behandlung im Rahmen der GKV, sondern vor allem auch im Hinblick auf die Ausbildung von besonderer Bedeutung. Die Qualität therapeutischen Handelns sei nur an einer theoretisch bestmöglichen Praxis zu messen – und die Qualität des einzelnen Therapeuten ebenfalls. „Selbst wenn ein Therapeut vorgibt, Verhaltenstherapie oder Psychoanalyse durchzuführen, bleibt

die Frage, ob er es auch kann“ (Linden, 2007, S. 150). Der Verweis auf die Golferregel „Not practice makes perfect, perfect practice makes perfect!“ zeige die Gefahr, Schulwissen so zu verwässern, dass am Ende eben auch die Qualität psychotherapeutischer Arbeit auf dem Spiel stehe bzw. nicht mehr festzustellen sei – mit erheblichen Folgen für die Ausbildung. Da in der stationären wie ambulanten Praxis nicht einzelne Störungen, sondern Kranke behandelt würden, sei es notwendig, in der Ausbildung verfahrensspezifische Basiskompetenzen zu erwerben, die eben nicht störungsspezifisch vermittelbar seien. „Nur wer weiß, was mit automatischen Gedanken und Schemata im kognitiven Modell gemeint ist und dies in der Operationalisierung nicht mit ‚Gedanken‘ verwechselt, kann die Schematherapie auch störungsspezifisch korrekt umsetzen“ (Linden, 2007, S. 150).

Broda (2006) beklagt in seinem Artikel „Die Grenzen der Integration von Psychotherapieschulen“, dass Ausbildungsinstitute „aus ökonomischen Gründen“ (S.81) wenig an einer Integration alternativer Ideen in die Lehrpläne interessiert seien. Folgt man allerdings Linden, Langhoff und Milew (2007), die ein Mehrebenenmodell psychotherapeutischer Kompetenz entwickelt haben, dann ist es grundsätzlich wenig sinnvoll, zu früh theoriefremde Elemente zu vermitteln oder gar integrieren zu wollen. Die jeweiligen Ausbildungsinstitute müssen nach diesem Modell insgesamt auf sechs verschiedenen Ebenen Kompetenzen vermitteln: Beziehungskompetenzen, Basistechniken, störungsspezifische Techniken, Stundenstrategie, Prozessstrategie und Heuristik. Diese müssen aus der jeweiligen Therapietheorie abgeleitet und begründbar sein. Eine Qualitätssicherung ist nur dann möglich, wenn schulenspezifische Kriterien angesetzt werden können. Die Tatsache, dass es in manchen Bereichen Gemeinsamkeiten zwischen Therapieverfahren geben mag, bedeutet nicht, dass die gleiche theoretische Begründung zugrunde liegt.

In die gesetzliche Regelung des PsychThG wurden langjährig bewährte Ausbildungsstrukturen, die ursprünglich aus der psychoanalytischen Ausbildungstradition entstam-

men, aufgenommen. Im Kern umfassen sie die enge Verschränkung einzelner Ausbildungsschritte, die in der Verwobenheit von Theoriewissen, eigener Behandlungspraxis unter Supervision und Selbsterfahrung eine Dichte verfahrensbezogener Kompetenzen erreicht, die mehr ist, als die Summe einzelner curricularer „Bausteine“ (vgl. Walz-Pawlita et al., 2008, S. 376 ff). In den psychoanalytischen Verfahren stellt die Selbsterfahrung/Lehranalyse ein zentrales Element dar, das die Erfahrung in der eigenen Methode, den Erwerb einer über konkrete Behandlungskompetenz hinausgehenden Haltung und einen Prozess der Verinnerlichung in einer geschützten therapeutischen Erfahrung ermöglicht.

Es erstaunt nicht, dass die Befragung der Ausbildungsteilnehmer und Absolventen im Forschungsgutachten eine Lücke genau an dieser Stelle feststellt: der Umfang der Selbsterfahrung, insbes. der Einzelselbsterfahrung wird als zu gering bewertet (Strauß et al., 2009, S. 137 f). In diesem Wunsch sehen wir auch die Suche nach einer vertieften Auseinandersetzung mit sich selbst als Vorbereitung auf einen Beruf, der notwendigerweise an den persönlichen Grenzen des Patienten operiert und dafür einen Therapeuten benötigt, der über diese Selbst-Erfahrung an den eigenen Grenzen verfügt. Hier geht es weniger um die „Teilnahme“ an Selbsterfahrungs-„kursen“, als um die Erfahrung einer geschützten, der üblichen Ausbildungsbewertung entzogenen Beziehung, in der die persönlichen und nicht nur berufsbezogenen Anliegen und „blinden Flecken“ eine Bearbeitung erfahren können. Das Gegenargument, dass heute Psychotherapie „an Störungen mit Krankheitswert durchgeführt“ werde, „die außerhalb der Erfahrungsmöglichkeit derer liegen, die nicht an diesen Störungen leiden“ (Sartory in: Rief et al., 2009, S. 54), muss daher als Eingeständnis einer Unfähigkeit gewertet werden, in der Ausbildung die oben beschriebene schwierige Balance zwischen Intimität, Empathie und Rollendistanz als persönliche therapeutische Kompetenzen zu vermitteln.

Erst nach dem Absolvieren einer Ausbildung, die eine überzeugende Einheit zwischen Theorie, Selbsterfahrung und Supervision vermittelt, kann der zukünftige Therapeut

auf eine stabile Wissens- und Erfahrungsstruktur zurückgreifen, die es ihm später ermöglichen kann, auf dieser Grundlage einen individuellen „Stil“ zu entwickeln.

#### 4. Fazit

Die im Forschungsgutachten empfohlene Beibehaltung einer verfahrensorientierten Ausbildung stößt auf Kritik (vgl. Kuhr & Vogel, Greve & Greve in diesem Heft). Den Gutachtern werden Konservatismus, Festhalten an überholten Denkmodellen oder eine Fragmentierung der Psychotherapielandschaft vorgeworfen. Stattdessen wird integrative Methodenvielfalt für die Ausbildung postuliert, unabhängig von den heterogenen Grundannahmen, Menschenbildern, Störungsmodellen und Voraussetzungen für ihre Anwendung. Die Forderung nach einem umfassenden Kompetenzerwerb in der Ausbildung wird mit der Lösung von den Vertiefungsverfahren verknüpft – in offenkundigem Widerspruch zu allen empirisch untermauerten Befunden, wonach die Allegianz, die Überzeugung vom eigenen, gelernten Verfahren eine entscheidende Bedeutung für die Behandlungskompetenz praktisch arbeitender Psychotherapeuten hat.

Interessanterweise werden die praxeologischen und wissenschaftstheoretischen Aspekte der Integration selbst nicht zum Thema gemacht, wie Watzke, Schulz, Luppa und Stöbel-Richter (2007) in ihrem Literatursurvey feststellen. Damit ist die geforderte Diskussion i. S. einer wechselseitigen Explizierbarkeit und „Übersetzungsarbeit“ zwischen den Verfahren nicht möglich, auch wenn der Eindruck erweckt wird, diese sei bereits erfolgt.

Zu Recht weist das Forschungsgutachten auf die Bedeutung des in den Verfahren bewährten Wissens hin: Wir glauben, dass die Forderung nach einer Auflösung der Verfahrensbindung die notwendigen Rahmenbedingungen psychotherapeutischer Prozesse mit dem Fokus der therapeutischen Beziehung in Frage stellt. Dies zeigt sich auch darin, dass es kaum systematische Studien zu Langzeitbehandlungen in der Verhaltenstherapie (mit Ausnahme weniger Studien der Dialektisch-Behavi-



oralen Therapie und der Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen) gibt. Wir verstehen das als ein Ignorieren der Versorgungsrealität vieler ambulant arbeitender Verhaltenstherapeuten durch die Wirksamkeitsforschung, in der die überwiegende Zahl der Studien Behandlungsverläufe bis max. 25 Stunden untersucht. Statt dessen wünschen wir uns eine stärker an der Praxis ausgerichtete Evaluation von Langzeitbehandlungen, die der Komplexität verhaltenstherapeutischen Vorgehens in der Patientenversorgung gerecht wird und eine daran ausgerichtete Orientierung der Stundenkontingente in den PTRL. Nach Nübling (2009) liegt die durchschnittliche Behandlungsdauer aller ambulanten Einzelpsychotherapien von Erwachsenen (284.000 Fälle pro Jahr, alle Verfahren) bei 78 Stunden pro Jahr.

Behandlungsverläufe mit konflikthaften Abschnitten und Krisen werden in den eklektizistischen Denkmodellen „methoden-integrativer“ Psychotherapie nicht mehr als notwendige Phasen eines prozessualen Beziehungsgeschehens aufgefasst, sondern

durch Implementierung neuer Techniken abgekürzt und damit einer konsequenten Bearbeitung innerhalb des begonnenen therapeutischen Prozesses entzogen. In einer scheinbar problemlosen Kombinierbarkeit verschiedener „Behandlungsbau- steine“ für einzelne Diagnosegruppen tritt jahrelang erworbenes, erfahrungsbasiertes Prozesswissen um Behandlungsverläufe in den Hintergrund – das wichtigste Argument für die Gutachtergruppe, an der verfahrensorientierten Ausbildung festzuhalten und einen gravierenden Professionalisierungsverlust zu befürchten.

In der auch im europäischen Ausland praktizierten verfahrensgebundenen Ausbildung haben die Institute nach den übereinstimmenden Voten aller Befragten und den Einschätzungen der Experten eine gute Ausbildung auf hohem Niveau und mit engem Bezug zur Praxis gewährleistet – „never change a winning team“.

### Literatur

Berns, U. (2006). Psychotherapieausbildung im Licht empirischer Psychothera-

pieforschung. *Psychotherapeut*, 51 (1), 26-34.

Berns, U. & Berns, I. (2004). Stellungnahme zu Döpfner "Wie wirksam ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie?", *Psychotherapeutenjournal*, 3 (1), 38-43.

Bleckwedel, J. (2006). Zur Diskussion: Jenseits von Richtungen und Schulen wartet die Vernunft. Ein Beitrag zur Debatte um die Zulassung von psychotherapeutischen Verfahren und Methoden. *Psychotherapeutenjournal*, 5 (4), 377-379.

Bowe, N. (2008). Psychotherapierichtlinien: seit 40 Jahren Bewährung in der Praxis. Nachgedanken zum Artikel von Andreas Dahm. *Psychotherapeut*, 53, 402-407.

Broda, M. (2006). Die Grenzen der Integration von Psychotherapieschulen. In B. Strauss & M. Geyer (Hrsg.), *Grenzen psychotherapeutischen Handelns* (S. 72-88). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Buchholz, M. B. (2007). Zur Diskussion. Entwicklungsdynamik psychotherapeu-

- tischer Kompetenzen. *Psychotherapeutenjournal*, 6 (4), 373-382.
- Dahm, A. (2008). Geschichte der Psychotherapie-Richtlinien. *Psychotherapeut*, 53, 397-401.
- Dreyer, K.-A. & Schmidt, M. (2008). Zur Entwicklung der Technik in der niederfrequenten psychoanalytischen Psychotherapie. In K.-A. Dreyer & M. Schmidt (Hrsg.), *Niederfrequente psychoanalytische Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ellis, A. (1977). *Die Rational-Emotive Therapie*. München: Pfeiffer.
- Fonagy, P. & Roth, A. (2004). Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen. *Psychotherapeutenjournal*, 3 (3), 204-218.
- Gattig, E. (2008). Metapsychologische Anmerkungen zur Behandlungstechnik im geplant-zeitbegrenzten, niederfrequenten Setting. In K.-A. Dreyer & M. Schmidt (Hrsg.), *Niederfrequente psychoanalytische Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hardt, J. & Hebebrand, M. (2006). Psychotherapie als „Lebensform“. *Psychotherapeutenjournal*, 5 (1), 4-10.
- Jaeggi, E. & Riegels, V. (2008). *Techniken und Theorie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer.
- Kächele, H. & Strauß, B. (2008). Brauchen wir Richtlinien oder Leitlinien für psychotherapeutische Behandlungen? *Psychotherapeut*, 53, 408-413.
- Klüwer, R. (1995). *Studien zur Fokalthherapie*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Linden, M., Langhoff, C. & Milew, D. (2007). Das Mehrebenen Modell psychotherapeutischer Kompetenz. *Verhaltenstherapie*, 17, 52-59.
- Linden, M. (2007). Ist die Bezeichnung „Verhaltenstherapie“ noch zeitgemäß? *Verhaltenstherapie*, 17, 149-150.
- Meichenbaum, D. (1979). *Kognitive Verhaltensmodifikation*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Möller, H. (2007). Methodenintegration: Eintopf oder Menu á la carte? Vortrag bei der 5. Konferenz der Leiterinnen und Leiter der Ausbildungseinrichtungen für das psychotherapeutische Fachspezifikum. *Psychotherapie Forum*, 15 (1), 10-12.
- Münch, K., Springer, A. & Munz, D. (2009). Versorgungserfordernisse. In AG Ausbildung in der DGPT (Hrsg.), *Psychoanalytische Ausbildung und Forschungsgutachten – Langfassung*. Verfügbar unter: <http://www.dgpt.de/dokumente/Psychoanalytische%20Ausbildung%20und%20Forschungsgutachten%20-%20Endfassung%20Langversion.pdf> [09.10.2009].
- Nübling, R. (2008). Das Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. Definierte Hürden für die Zulassung von Psychotherapieverfahren für Ausbildung und Berufsausübung. *Psychotherapeutenjournal*, 7 (2), 102-110.
- Nübling, R. (2009). Verankerung und Veränderung der psychotherapeutischen Versorgung seit dem Psychotherapeutengesetz – aktueller Stand und Ausblick. *Psychotherapeutenjournal*, 8 (3), 239-252.
- Orlinsky D. & Ronnestad, M. (2005). *How psychotherapists develop*. Washington, D.C.: APA.
- Pollack, T. (1999). Über die berufliche Identität des Psychoanalytikers. *Psyche*, 53, 1266-1295.
- Revenstorf, D. (2008, April). *Therapeutische Kompetenz und Methodenäquivalenz*. Vortrag gehalten auf dem Symposium „Zukunft der Psychotherapie“ der Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin. Verfügbar unter: <http://www2.bptk.de/uploads/revenstorf.pdf> [09.10.2009].
- Rief, W., Freyberger H. J. & Sartory, G. (2009). Macht Selbsterfahrung bessere Psychotherapeuten? *Verhaltenstherapie*, 19 (1), 53-55.
- Rosenzweig, S. (1936). Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Rotmann, J. M. (1996). Wie psychoanalytisch kann Psychotherapie sein? *Psychoanalytische Theorie und Praxis*, XI (2), 162-182.
- Rüger, U. & Bell, K. (2004). Historische Entwicklung und aktueller Stand der Richtlinien-Psychotherapie in Deutschland. *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50, 127-152.
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J. & Schubert, J. (2001). Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Langzeittherapien. Aus der Forschung des Stockholmer Psychoanalyse- und Psychotherapieprojekts. *Psyche*, 55, 277-310.
- Stanko, S. (2008, Juni). *Berufsordnung und Berufsethik in der Psychotherapie*. Vortrag auf dem Hessischen PiA-Tag, Frankfurt. Verfügbar unter: <http://www.ptk-hessen.de/neptun/neptun.php/oktopus/download/245> [09.10.2009].
- Strauß, B., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J., Fliegel, S., Freyberger, H.J., Goldbeck, L., Leuzinger-Bohleber, M. & Willutzki, U. (2009). *Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen*. Verfügbar unter: [http://www.bmg.bund.de/cln\\_151/SharedDocs/Downloads/DE/Standardartikel/P/Psychotherapie/Psychotherapeuten\\_\\_Gutachten,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Psychotherapeuten\\_Gutachten.pdf](http://www.bmg.bund.de/cln_151/SharedDocs/Downloads/DE/Standardartikel/P/Psychotherapie/Psychotherapeuten__Gutachten,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Psychotherapeuten_Gutachten.pdf) [29.07.2009].
- Walz-Pawlita, S., Bataller, I., Boxberg, F.v., Corman-Bergau, G., Loetz, S., Münch, K., Rumpeltes, R., Munz, D. & Springer, A. (2008). Psychoanalytische Ausbildung und Forschungsgutachten. Eine Standortbestimmung. *Forum der Psychoanalyse*, 24 (4), 367-381. Langfassung verfügbar unter: [www.dgpt.de/dokumente/Psychoanalytische%20Ausbildung%20und%20Forschungsgutachten%20-%20Endfassung%20Langversion.pdf](http://www.dgpt.de/dokumente/Psychoanalytische%20Ausbildung%20und%20Forschungsgutachten%20-%20Endfassung%20Langversion.pdf) [09.10.2009].
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy Debate. Models, methods and findings*. Mahwah/London: Earlbaum.
- Watzke, B., Schulz, H., Luppä, M. & Stöbel-Richter, Y. (2007). Welche integrativen und störungsspezifischen Behandlungsansätze sind Gegenstand wissenschaftlicher Beiträge? Eine Literaturübersicht zu psychotherapeutischen Verfahren in deutschsprachigen Zeitschriften. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 57 (12), 452-461.
- Wietersheim, J. v., Oster, J., Munz, D., Epple, N., Rottler, E. & Mörtl, K. (2008). Kombination von Settings und Verfahren in der Psychotherapie. Versuch einer Standortbestimmung. *Psychotherapeut*, 53 (6), 424-431.

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2007, 2009). *Methodenpapier. Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psycho-*

*therapie*. Version 2.6.1. Verfügbar unter: <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.1.78> [09.10.2009].

Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2005). *Schematherapie. Ein pra-*

*xisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.

Zwiebel, R. (2003). Psychische Grenzen und die innere Arbeitsweise des Analytikers. *Psyche*, 57, 1131-1157.



**Susanne Walz-Pawlita, PP**

Psychoanalytikerin DPV/IPA, DGPT  
Beisitzerin im Vorstand der  
LPPKJP Hessen  
Saarlandstr. 29  
35398 Gießen  
[susanne.walz-pawlita@gmx.de](mailto:susanne.walz-pawlita@gmx.de)



**Birgitt Lackus-Reitter, PP**

Verhaltenstherapeutin DVT  
Beisitzerin im Vorstand der LPK  
Baden-Württemberg  
Ingrimstr. 8  
69117 Heidelberg  
[lackusreitter@online.de](mailto:lackusreitter@online.de)



**Susanne Loetz, PP**

Psychoanalytikerin DPG, DGPT  
Ausschuss „Ambulante Versorgung“ der  
LPK Baden-Württemberg  
Kapellenweg 24  
69121 Heidelberg  
[susanne.loetz@gmx.de](mailto:susanne.loetz@gmx.de)