

Entwicklungen, Fehlentwicklungen und Perspektiven in der Psychotherapie (Langfassung online)

Martin Wendisch

Plädoyer für eine Psychologische Therapie ohne Ideologie und Reduktionismen

Die neoliberale Unterwerfung unter die Ökonomie beeinflusst Wissenschaft, Ausbildung und Praxis der Medizin und Psychotherapie. Angelehnt an das Konzept der ‚Wissenskulturen‘ werden sowohl wissenschaftliche als auch klinische Kulturen in der Psychotherapie beschrieben, die nicht nur Weiterentwicklungen sondern auch Fehlentwicklungen hervorbringen. Eine empirische und konzeptuelle Verknüpfung beider Wissenskulturen und eine stärkere Anbindung an die Grundlagenwissenschaften sind erforderlich.

Stichworte: Wissenskulturen, Fehlentwicklungen, psychodynamische Therapie, Verhaltenstherapie, Integration der Schulen, Ökonomisierung, Medizinalisierung, Psychologische Therapie

Key words: Knowledge Management, misguided development, psychodynamic therapy, cognitive-behavioral therapy, method integration, economization, medicalization, general psychotherapy

Einleitung

Seit der beharrlichen Trennung der psychotherapeutischen Verfahrensweisen seitens orthodoxer Psychoanalytiker und dem unseligen Wirken des G-BA (s. Kriz 2014) gibt es nicht nur ein Nebeneinander in den Konzepten sondern auch ein Nebeneinander in der Forschung. Die Psychotherapie steht entgegen der zahlreichen Nachweise ihrer hochgradigen Wirksamkeit in der Versorgungspraxis unter einem unangemessenen ökonomischen Druck, der von den Krankenkassen immer weiter verschärft wird. Dabei soll es insbesondere der Psychoanalyse „an den Kragen“ gehen. Fachliche Versuche zur Einflussnahme prallen in der Regel ab an dem Interesse der Krankenkassen an starrer Kostensenkung unabhängig von den Auswirkungen unzureichender Behandlungen und den erheblichen Ersparnissen durch Psychotherapie in allen anderen medizinischen Bereichen. Psychotherapeuten arbeiten unter intensivem Zeiteinsatz und unter ökonomischen Bedingungen am unteren Ende der Honorierungsskala, die von den meisten ärztlichen Leistungserbringern massiv zurückgewiesen werden würden. Die Psychotherapie ist daher insgesamt stark herausgefordert, einerseits den Blick auf das Nützliche zu richten und sich am

evidenzbasierten Diskurs zu beteiligen und andererseits die Komplexität klinischen Handelns nicht aus ökonomischen Gründen zu reduzieren. Dabei ist es nicht allzu hilfreich, wenn verschiedene psychotherapeutische Verfahren und Wissenschaftsauffassungen ideologisch gegeneinander antreten und sich ausschließlich auf angebliche ökonomische Vorteile und eine „evidenzbasierte“ Forschung stützen, die teilweise der schlichten Logik von Pferderennen entspricht („Wer ist symptombezogen der Schnellste bzw. Billigste?“). Insofern erscheint die Verständigung auf übergeordnete klinische und wissenschaftliche Standards nicht nur sinnvoll sondern auch notwendig, um die gegenwärtige Fehlentwicklung einer ökonomisierten Psychotherapie zu begrenzen und zu korrigieren. Aber die Verfahrensweisen scheinen heute weiter auseinander zu liegen als vor 20 oder 30 Jahren. Kann es angesichts dieser Entwicklung übergeordnete gemeinsame Standards geben? Unter diesen Voraussetzungen werden die verschiedenen Verfahrensweisen daraufhin beleuchtet, wie sie mit den derzeitigen Bedingungen umgehen und was sie auf dem aktuellen Kenntnisstand zum Nutzen des Patienten beitragen.

Perspektiven und Fehlentwicklungen der psychotherapeutischen Wissenschaft

Gibt es ‚die‘ psychotherapeutische Wissenschaft? Nein! Seit jeher kann der Mensch aus verschiedenen Perspektiven befohrt werden, was sich auch in verschiedenen wissenschaftlichen und wissenschaftstheoretischen Positionen niederschlägt: z.B. aus der Subjektperspektive (Hermeneutik) und aus der Objektperspektive (Naturwissenschaft). Die Gegenüberstellung dieser klassischen Perspektiven - die durch die sozialwissenschaftliche Perspektive, die Subjektivität und Objektivität integrieren kann, ergänzt werden sollte - findet sich auch in einer aktuellen Debatte wieder zu

unterschiedlichen „Wissenskulturen“ in der Verhaltenstherapie und in der Psychoanalyse (Sell 2012, Benecke 2014). Dieser aus der Wissenschaftssoziologie stammende Begriff zielt darauf ab, dass auch wissenschaftliche Methoden eingebunden sind in einen konkreten sozialen und gesellschaftlichen Kontext von Interessen und Erfahrungen und sich nach den Regeln der Redlichkeit immer auch in diesem Kontext verstehen und nicht absolute Objektivität oder Wahrheit beanspruchen sollten. Genau dies tun sie aber in der Regel mit fatalen Konsequenzen für die Praxis; zumindest solange

der Wissenschaft Definitionsmacht zugesprochen wird. Wenn Wissenschaft methodisch und systematisch integriertes Wissen ist, dann müssten eigentlich hermeneutische Methoden mit hoher Einzelfallkomplexität, qualitative Methoden mit a-posteriori-Quantifizierung und mittlerer Einzelfallkomplexität und quantitative Methoden (mit a-priori-Quantifizierung) mit hohem Abstraktionsniveau und geringem Komplexitätsgrad gezielt im Hinblick auf die jeweiligen Artefakte miteinander verknüpft werden. Oft genug geschieht dies aus Gründen des Aufwands nicht, sodass

Die psychoanalytische Wissenskultur

In der Psychoanalyse gibt es seit Freud die enge Verbindung von Behandlung und Forschung. Die implizierte und durchaus berechtigte Vorstellung: nur ein wirklich klinisch tätiger Praktiker, der sich täglich in der Behandlung von Patienten bewähren muss und in einen unmittelbaren teilnehmenden Kontakt mit dem Gegenstand der Forschung geht, kann die Vielschichtigkeit und Komplexität des klinischen Handelns einschätzen und aus dieser Position auch ein ätiologisches Verständnis für die Entstehung von Krankheit entwickeln. Fonagy & Target (2003 383ff) bezeichnen gerade dies allerdings im Hinblick auf den Überprüfungscharakter als gern gepflegte Illusion, da Kliniker gerade aufgrund ihrer Verbundenheit mit der Behandlung weniger Aufmerksamkeit auf die Aspekte richten können, die ihrer Theorie widersprechen, sondern eher nach Übereinstimmung suchen, zur Anhäufung induktiver Schlüsse neigen, und insofern eher immer weitere Theorien formulieren, die ihre Wahrnehmung stützen, und weniger dazu überholte Theorien aufzugeben. Gerade aus dieser Verbundenheit ergebe sich dann ein theoretischer Wildwuchs, der fachgerecht zurückgeschnitten werden müsse. Umgekehrt wird die Überprüfung psychoanalytischer Theorien in nicht-psychoanalytischen Forschungsbereichen wie z.B. der Entwicklungspsychologie z.B. von Green (2000) als „Objektivismus“ gebrandmarkt und die in diesen Gebieten arbeitenden psychoanalytischen Forscher als „Fremde in der psychoanalytischen Gemeinschaft“ ausgeschlossen und damit eine freudsche Orthodoxie bis in die Gegenwart weiterbetrieben.

Als typische Merkmale der psychoanalytischen Wissenskultur gelten die Anerkennung eines präkognitiven Unbewussten, das Umgehen mit den interaktionellen Phänomenen Übertragung und Gegenübertragung, die Wertschätzung für Subjektivität, die Wertschätzung für klinische Beobachtung und Erfahrung, und das Ertragen von relativer Bedeutungsunschärfe im Kontext eines auf der Mikroebene hermeneutischen Prozesses (Benecke 2014). Habermas nannte dies die ‚teilnehmende Position‘ in der Forschung, die sich nicht aus einer objektivierbaren Distanz definiert sondern aus der unmittelbaren Nähe und Anteilnahme. Daraus ergab sich lange Zeit das Problem, dass das entstehende Wissen eng an die

Die verhaltenstherapeutische Wissenskultur

In der akademischen Hochschulpsychologie hat sich fernab der Kliniken ein anderes Wissenschaftsideal etabliert, das seine Berechtigung gerade aus der Abkoppelung von der Praxis bezogen hat. Hier dominiert der Zugang zum Forschungsgegenstand aus der distanzierten Position des Naturwissenschaftlers, der an die Stelle des theoretischen Wildwuchses eine minimalistische Begründungspraxis setzt. Man fokussiert auf beobachtbare Daten, postuliert einen –inzwischen widerlegten– methodologischen Behaviorismus, betrachtet statistisch relevante Gesetzmäßigkeiten bzw. wiederhol- und replizierbare Beobachtungen in primär experimentellen Designs und strebt eine möglichst gute und eindeutige Operationalisierung der verwendeten Begriffe an. Im

zum Beispiel die qualitative und quantitative Forschung nebeneinander betrieben werden und die quantitative Forschung im Gruppendesign (RCT und Metanalysen) nicht nur dominiert sondern zu 90% der Studien als Monokultur betrieben werden.

Man kann in der hochschulpsychologisch geprägten Verhaltenstherapie und in der klinisch geprägten Psychoanalyse sehr unterschiedliche Kulturen beschreiben, die sowohl mit unterschiedlichen Forschungsstrategien, Forschungsbereichen als auch klinischen Wirklichkeiten verbunden sind.

jeweiligen Behandler geknüpft war, was später von Grawe als eminenzbasierte Phase in der Psychotherapieforschung bezeichnet wurde. In dieser hermeneutischen Phase der psychoanalytischen Therapieforschung stand die Chance einer sehr differenzierten Erfassung komplexer Zusammenhänge im Einzelfall dem Problem gegenüber, einen exklusiven –manchmal sogar unfehlbaren– Zugang zum Forschungsgegenstand zu beanspruchen. Rudolf (2010 228ff) beschreibt es als „psychoanalytische Tragödie“, das es in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts trotz bedingungsloser Loyalität der Schüler Freuds (Jung, Adler, Ferenczi, Rank) immer wieder zu Ausgrenzungen kam und Erweiterungen oder Differenzierungen der psychoanalytischen Methode kaum zugelassen wurden. Bohleber (2013) beschreibt die problematische Figur eines autoritativ-paternalistischen Analytikers, der zum Teil bis heute anzutreffen ist und der jedwede Prüfung von einem externen Standpunkt aus ablehnt. Hier wird ein Hochmut erkennbar, der der Psychoanalyse nicht nur Sympathien eingebracht hat. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts hat sich bis heute allerdings eine zunehmende Bereitschaft ausgeprägt, psychoanalytisches Wissen mit nicht-analytischen Methoden zu überprüfen und zu validieren. Allerdings scheint dies immer noch nicht dem Mainstream zu entsprechen, weil viele namhafte Autoren dies gleichsetzen mit einer Unterwerfung unter ökonomische Nützlichkeitsprinzipien und als Verrat an der psychoanalytischen Methode erleben (s. Benecke 2014). Wissenschaftstheoretisch kann man jedoch folgendes feststellen: die Anerkennung der hermeneutischen Basis psychotherapeutischer Praxis muss nicht bedeuten, das man auf einem höheren Abstraktionsniveau empirische Zusammenhänge aller relevanten Disziplinen miteinander verknüpft zu einem konstruktivistisch-empirischen Modell der Entstehung und Behandlung von Erkrankungen, das theoretisch präzise und praktisch angemessen (valide) ist. Insofern kann die empirische Fundierung der Psychoanalyse auch keine Infragestellung der hermeneutischen Basis in der Praxis sein. Die empirische Zäsur der psychoanalytischen Forschung war und ist notwendig; sie hat allerdings immer noch nicht zu einer Akzeptanz der Anwendung von bewährten Interventionsmethoden geführt.

Hinblick auf die Besetzung der psychologischen Lehrstühle im deutschsprachigen Raum kann man seit 30 Jahren die Beobachtung machen, dass diese wissenschaftliche Position Hochkonjunktur hat und sich als „neutral“ gibt, was sie letztendlich nicht ist, da sie zu eigenen Interessensbildungen – insbesondere zur Vermarktung eigener Forschungsergebnisse– neigt und dazu, die Praxis von oben definieren zu wollen, eine andere Erscheinungsweise des Hochmuts. Nicht zuletzt hat sie aber auch eine gewisse Berechtigung, da sie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zunächst als notwendige Korrektur einer ausufernden Vielzahl von Therapiemethoden und theoretischen Erklärungsversuchen gesehen wurde. Diese Phase wurde von Grawe bereits in den achtziger Jahren als

„evidenzbasierte Psychotherapie“ bezeichnet. Ist diese Herangehensweise nun sakrosankt und über jeden Zweifel erhaben? Absolut nicht! Der diesem Wissenschaftsideal zugrunde liegende Evidenzbegriff wurde in den letzten 30 Jahren immer enger ausgelegt. So ist damit gegenwärtig nicht etwa gemeint, dass psychotherapeutische Modelle und Theorien sich auf möglichst viele Evidenzen aus unterschiedlichsten Wissenschaftsbereichen stützen sollten, sondern der Evidenzbegriff hat sich auf die ökonomische Bewährung standardisierter Vorgehensweisen reduziert (Störungsspezifische Effektforschung). Dies geschieht mit dem Ergebnis, dass es in der Verhaltenstherapie eine Vielzahl nebeneinander bestehender Interventionstechniken gibt, die nicht mehr in ein übergeordnetes Ätiologiemodell, Fallkonzept oder eine Behandlungsstrategie eingebettet sind. Genau dies wird aber in den Psychotherapierichtlinien gefordert: „eine additive, symptomorientierte Anwendung verschiedener Methoden gilt nicht als Verhaltenstherapie im Sinne der Psychotherapierichtlinien“ (Faber & Haarstrick 2011 S. 3). Die in großen Teilen der Forschung praktizierte „additive Modularisierung“ entspricht also nicht der in der Praxis geforderten Professionalität. Als theoretische Klammer für eine theoretische Fundierung dienen nur noch inhaltsleere Lerntheorien

Deformation der Psychotherapie durch Ökonomisierung und Medizinalisierung

Typische Merkmale dieser Wissenskultur sind 1. die Verarmung der wissenschaftlichen Methodenvielfalt: durch Fixierung auf experimentelles Design werden z.B. qualitative Methoden, Psychotherapieprozessforschung oder vergleichende Kasuistikforschung vernachlässigt; 2. durch die Abkopplung von den Grundlagenwissenschaften (Emotionspsychologie, Kognitionspsychologie, Entwicklungspsychologie, Psychobiologie) hat man sich vom Begründungsanspruch suspendiert und diesen durch reine evaluative Bewährung standardisierter Programme ersetzt; 3. durch den weitgehenden Verzicht auf die Erarbeitung übergeordneter integrierender Modelle für Ätiologie und Behandlung leidet die Validität der klinischen Forschung, und 4. scheint die Bereitschaft zur kritischen und wissenschaftstheoretischen Selbstreflexion auch der verwendeten Forschungsstrategien bedingt durch die hohe ökonomische Resonanz sehr gering zu sein. Auch hier trifft man beim orthodox-wissenschaftsgläubigen Kern auf Selbstüberhöhung und Hochmut und die Praxis wird aufgrund eines angeblich bestehenden „Informationsdefizits“ in die Pflicht genommen in evidenzbasierten Trainingsprogrammen Wissenschaft umzusetzen (z.B. Lilienfeld et al 2013). Dass dies zumeist bereits geschieht, aber der Quantensprung therapeutischer Wirksamkeit in der Praxis ausbleibt und sich lediglich Teilerfolge in der Symptombewältigung erreichen lassen, wird ignoriert. Die Praxis ist in dieser Optik nicht mehr Bewährungsfeld sondern nur noch Erfüllungsgehilfe einer sich unkritisch überhöhenden Wissenschaft, und das sich aus diesem Wissenschaftsverständnis ergebende Validitätsproblem wird zur ‚Praxisresistenz‘ uminterpretiert anstatt mit der nötigen Selbstreflexion eine differenzierte Methodologie zu betreiben. Der wissenschaftliche Mainstream reagiert auf Kritik aus der Praxis in der Regel wenig wertschätzend. Schauen wir uns einige Gegenargumente des Mainstreams näher an:

1. Argument: „In störungsspezifische Manuale werden hinreichend Erkenntnisse der Therapieprozessforschung eingearbeitet.“ Die Realität: Grawe (1998), Lambert & Barley (2002) und Cuijpers et al. (2012) belegen einen Anteil von 14-17 % störungsspezifischer Interventionen am Therapieerfolg. Die Propaganda der Effektforschung mit Erfolgsraten von 70-80 % muss angesichts zahlreicher Artefakte als unrealistisch angesehen werden. Wenn also sog. unspezifische Interventionen der

und die inzwischen experimentell widerlegte kognitive Theorie von A.T. Beck. Die Legitimation für diese Vorgehensweise: die jeweilige Technik hat sich in mehreren Evaluationsstudien statistisch im Hinblick auf die Symptomverbesserung bewährt. Im Mainstream der Verhaltenstherapie hat eine Einengung des Evidenzbegriffs auf den ökonomischen Nutzen stattgefunden, was an den Hochschulen bislang kaum methodenkritisch oder wissenschaftstheoretisch reflektiert wird. In diesem Zusammenhang zeigen sich Fehlentwicklungen: die komplexe Verarbeitung emotionaler Belastungen wird auf explizite Kognitionen reduziert (Kognitivismus); der entwicklungspsychologische Hintergrund von Störungen wird auf seine symptomatische Endstrecke reduziert (Symptomfixierung) und die komplexe Wirkung von Psychotherapie hinsichtlich parallel wirksamer Prozesse in der Gesprächsführung, Beziehungsgestaltung und in der Anwendung spezifischer problembezogener Interventionen wird auf die Anwendung von Technik reduziert (Technikfixierung). Auf diese Weise ist inzwischen ein eklektizistischer Wildwuchs unzähliger störungsspezifischer Interventionstechniken entstanden (beschönigend als „additive Modularisierung“ bezeichnet), der durch eine empirische Herangehensweise eigentlich verhindert werden sollte.

störungsspezifischen Perspektive untergeordnet werden, dann stimmen schlicht und ergreifend die Prioritäten nicht und die Bedeutung ‚unspezifischer‘ bzw. transdiagnostisch bedeutsamer Interventionen wird unterschätzt. Die Therapieprozessforschung - für die Grawe hauptsächlich stand- ist kein Forschungsansatz zur Nachbesserung störungsspezifischer Manuale - sondern sie ermöglicht ein übergeordnetes Verständnis wirksamer Psychotherapie u.a. durch systematische Reflexion und vorrangige Handhabung der therapeutischen Interaktion und Fallkonzepterstellung mit sekundärer Handhabung von Methoden auf dieser Basis. In seiner letzten Publikation ist er ähnlich wie Wampold vehement für die Priorisierung der Prozessforschung und gegen die Monokultur der störungsspezifischen Effektforschung eingetreten (Grawe 2005).

2. Argument: „Die neurobiologische und neuropsychologische Forschung und z.B. die Oxytocinforschung sind Belege für die grundlagenwissenschaftliche Fundierung.“

Die Realität: a) sowohl die psychobiologische Hirn- und Emotionsforschung als auch die experimentelle Kognitionsforschung (Kahneman 2012) belegen die hohe Bedeutung präkognitiver Prozesse und auch körperlicher Prozesse und erkennen im emotional-limbischen System ein subkortikales eigenständiges Beurteilungssystem. Trotzdem folgt der Mainstream einer überholten Kognitionstheorie (Beck), weil diese leichter operationalisierbar ist und schneller zu (gewünschten) Evidenzen führt. Bemerkenswert ist hier die Fülle an empirischen Evidenzen in der Wirksamkeit kognitiver Therapie, obwohl die zugrunde liegende Theorie falsch bzw. unzureichend ist und von Anfang an kritisiert wurde (Safran & Segal 1990). Auf den Unterschied zwischen Bewährung einer Methode -in deren Wirksamkeit oft wesentlich mehr einfließt als die Anwendung einer Methode- und grundlagenwissenschaftlicher Begründung wird im Mainstream kaum reflektiert. b) die Oxytocinforschung steht ursprünglich klar im Zusammenhang mit der Bindungsforschung (Vertrauenshormon, angstlösend, stressreduzierend durch Abbau von Cortisol), da Oxytocin sich als biologischer Marker für Sicherheit in Bindungen erwiesen hat. Im Mainstream der Hochschulpsychologie führt dies nun aber leider nicht zum Erkennen der basalen Bedeutung der Bindungstheorie, zwischenmenschlichen Vertrauens und damit auch der

Entwicklungspsychologie für die Entstehung und Behandlung (!) von Erkrankungen sondern eher zur Überlegung, wie man vergleichbar zur Praxis in der Geburtshilfe das Hormon über ein Nasenspray applizieren kann, um verstärkt (die Illusion von) Vertrauen zu induzieren. Einheitliche Ergebnisse haben sich nicht belegen lassen (Ditzen et al 2013); bei Borderlinern ergeben sich sogar ‚paradoxe‘ Effekte durch wachsendes Misstrauen (Bartz et al 2015), vermutlich weil Borderlinepatienten hochsensibel für manipulative Interaktionen sind. In der Autismusbehandlung scheint die Hormongabe allerdings hilfreich zu sein (Lefevre A & Sirigu 2016).

Fazit: neuropsychologische und neurobiologische Forschung führen leider nicht zur Überarbeitung grundlegender psychologischer Konzepte sondern werden meist nur in ihrer störungsspezifischen Anwendung genutzt. Dass aber die Neurobiologie mit den Fortschritten in bildgebenden Verfahren in der Lage ist psychologische Konzepte, wie Aufmerksamkeit, Emotion, Kognition, Motivation etc. auf ihre neurobiologische Plausibilität hin zu überprüfen, darin besteht grundsätzlich ein breiter Konsens. So konnte zum Beispiel während einer laufenden Traumabehandlung (EMDR) eine „Verlagerung der maximalen Aktivierung von den emotionsprozessierend-limbischen zu den kortikalen-kognitiven Hirnregionen“ nachgewiesen werden (Pagani et al. 2014). Dies bestätigt unter anderem die duale Struktur der emotional-kognitiven Verarbeitung, die vom kognitiven Mainstream in der Forschung ignoriert -von Praktikern und im psychoanalytischen Kontext aber interessiert aufgegriffen wird. Die Entkoppelung von Grundlagenforschung und klinischer Psychologie sollte also unbedingt überwunden werden.

Beziehung ist unwichtig – “Online-Psychotherapie”

Eine weitere Zuspitzung dieser Entwicklung wird uns durch die Publikation von Bohus (2015) vor Augen geführt, der sich vor allem als DBT-Forscher einen Namen gemacht hat und in diesem Kontext die Rolle des Therapeuten gerne als die eines ‚Sporttrainers‘ beschreibt: nachdem die Praxis wieder einmal als uninformativ dargestellt wird („nur 40 % lesen Fachzeit-schriften“) und einige aus der Praxis formulierte Kritikpunkte an der Forschung durchaus kritisch abgearbeitet werden („positive Effekte erhöhen den Marktwert des jeweiligen Verfahrens“, mangelnde Repräsentativität der Stichproben, Einschränkung der Outcome-Maße auf den Interventions-bereich), setzt Bohus anschließend zum Frontalangriff auf die Praxis der Psychotherapie an, die „immer noch an den Mythos der therapeutischen Beziehung“ glaube. Diese mache aber faktisch nur 7 % der Wirkung aus (unter Berufung auf Flückiger et al. 2012), was im Übrigen nicht mehr sei als in der gesamten übrigen Medizin. Während es jedoch in der praktischen Medizin (z.B. Chirurgie) durch „direkte Feedbackschleifen“ eine „steile Lernkurve“ gebe, würden Psychotherapeuten diese Lernkurve nicht nur langsamer sondern „invers durchschreiten“, da sie „kaum Rückmeldung über den Erfolg ihrer Interventionen“ erhalten!?? Im Klartext: Psychotherapeuten werden mit zunehmender Erfahrung schlechter. Sie unterliegen jedem Ausbildungskandidaten und picken sich lediglich die zu ihrem Stil passenden Interventionen heraus! Daher solle man –so Bohus weiter- die Praxis auch nicht als primäre Erfahrungsquelle nutzen! Außerdem sei die Durchführung praxisorientierter Forschung (bottom-up-Ansatz) extrem aufwändig und kostenintensiv. Dann noch eine weitere Steigerung: der „schier unaufhaltsame Siegeszug computerbasierte Psychotherapie-programme“ sei ein klarer Beleg dafür „auf die Person des Psychotherapeuten ohne Qualitätseinbußen verzichten zu können“ (S 7).

3. Argument: „Wir brauchen keine übergeordneten Modelle der Ätiologie und wirksamer Psychotherapie, wir haben ja die Leitlinien, die unabhängig von der Ätiologie klare methodische und verfahrensunabhängige Handlungsanweisungen geben.“

Die Realität: Die Guidelines geben lediglich Hinweise auf eine state-of-the-art Symptombewältigung vergleichbar zur Psychopharmakotherapie. Damit decken sie einen Minimalaspekt professioneller Behandlung ab, sind aber im Hinblick auf die zahlreichen transdiagnostischen Problembereiche von Patienten (z.B. Selbstwertverletzungen, intra- und interpersonelle Beziehungskonflikte, Risikoverhaltensweisen in der Lebensführung, unverarbeitete emotionale Erfahrungen etc.) unzureichend und ersetzen auch keine ätiologische Analyse. „Evidenzbasierte“ Psychotherapie bedient einen sehr selektiven Evidenzbegriff, entlarvt sich durch die Ignoranz anderer empirischer Evidenzen als ebenso unaufrichtig wie der Begriff „Qualitätssicherung“ und wird erst durch die Überinterpretation im Mainstream als völlig ausreichendes Psychotherapieverständnis hochproblematisch. Diese Entwicklung einer ökonomisierten Psychotherapie wird zunehmend massiv kritisiert in ihrer Oberflächlichkeit, ihrer Entwertung sozialer Beziehungen sowohl in der Ätiologie wie auch in der Behandlung und in ihrer Anbiederung an die neoliberale Ökonomie (s. z.B. Maio 2016), die bereits vor 20 Jahren als illegitimes Bündnis zwischen Wissenschaft und Kostenträgern antizipiert und kritisiert wurde (Goldfried & Wolfe 1996, Fäh & Fischer 1998).

Auch für diesen Artikel wurde der Bereich „E-Mental-Health“ von Kollegen als „wichtige“ und für die Psychotherapie „unverzichtbare“ Neuentwicklung der letzten zehn Jahre zur Berücksichtigung eingefordert. Es gibt keinen Zweifel daran, dass dieser Bereich vor allem hinsichtlich der Vor- und Nachteile für die Nutzer erforscht werden sollte. Dies aber als (wichtige Entwicklung der) Psychotherapie zu bezeichnen, ist durch ein grundlegendes Unverständnis von Psychotherapie geprägt. Auf der narrativen Mikroebene der Gesprächsführung erhalten Psychotherapeuten und Patienten (!) permanent Rückmeldung. Psychotherapie ist im Regelfall nur auf der Basis persönlicher Kommunikation und hoher Anforderungen an die Gesprächsführung und Handhabung des interaktionellen Beziehungsgeschehens wirksam. Es gibt allerdings bislang kein einziges wissenschaftliches Modell, welches diese Vielschichtigkeit therapeutischen Handelns authentisch abbilden kann. Hierzu wird eine Publikation vorbereitet zu einem „Psychologischen Modell“ der Wirkungsweise von Psychotherapie (Wendisch, grosse Holtforth, Flückiger (in Vorb. 2018). Bei der aktuellen Hype um die „Online-Psychotherapie“ geht es manchen um nicht weniger als um die breite Versorgung mit Online-Psychotherapie, da diese mit Sicherheit noch kostengünstiger ist. Ebenso wenig wie die unaufhaltsame Flut der Evidenzen der kognitiven Therapie für die Angemessenheit der kognitiven Theorie spricht, ebenso wenig ist die Flut der Evidenzen hier ein Hinweis auf die Angemessenheit oder Gleichwertigkeit oder gar die Überlegenheit der Online-Psychotherapie. Die verfrühte und überinterpretierte Bedeutung dieser Entwicklung ist ein klarer Beleg für die hohe Selektivität in der Wahrnehmung unserer Mainstream-Wissenschaft, die sich im Mainstream zu stark auf kurzfristige Effekte konzentriert!

Weitere Befunde:

Cuijpers et al. (2012) haben erstmals empirisch bezüglich einer metaanalytischen Auswertung von Depressionsstudien bestätigen können, dass lediglich 17,1 % der therapeutischen Veränderungen durch störungsspezifische Interventionen zustande kommen, 49,6 % durch sogenannte „unspezifische“ Interventionen, die mit der Symptomatik in keinem inhaltlichen Zusammenhang stehen, und 33,3 % durch sozial-kontextuelle Veränderungen im Lebensumfeld des Patienten. Durch diesen Befund werden frühere Schätzungen durch andere Forscher bestätigt. So vereinfachend diese Zahlen auch sein mögen, sie zeigen deutlich den begrenzten Wert einer symptomorientierten oder störungsspezifischen Herangehensweise und die Notwendigkeit einer übergeordneten transdiagnostischen Modellbildung auf.

In einer japanischen Studie mit 71 Therapeuten unterschiedlichster Verfahrensrichtungen und über 5000 Patienten zeigten sich wesentlich größere (etwa zehnfache) Unterschiede in der therapeutischen Wirksamkeit zwischen wirksamen und weniger wirksamen Therapeuten als zwischen verschiedenen Verfahrensweisen (Okiishi et al. 2006). Während in klassischen Therapiestudien entweder die Verfahrensweise oder konkrete Techniken miteinander verglichen werden, scheint der Vergleich zwischen wirksamen und unwirksamen Therapeuten sehr viel lohnenswerter zu sein. Dies könnte man auch im Hinblick auf die Erforschung der Auswirkung von Selbsterfahrung nutzen.

Im Bereich der methodenbezogenen Effektforschung (d) zeigt sich nicht nur, dass Psychotherapie deutlich wirksamer ist als eine ausschließliche Psychopharmakotherapie; es ergeben sich Hinweise auf eine höhere Wirkung der Emotionsfokussierten Psychotherapie (1,14) im Vergleich zur früheren Gesprächspsychotherapie (0,93) woraus sich ableiten lässt, dass eine eingehendere

Konzeptualisierung des Gesprächsverhaltens sinnvoll für ein Verständnis wirksamer Psychotherapie ist. Weiterhin fällt unter den Weiterentwicklungen der Verhaltenstherapie die Schematherapie auf (2,38) mit einem deutlichen Zuwachs der Wirkung im Vergleich zur kognitiven Therapie (1,2-1,3). Auch innerhalb des Wirksamkeitsvergleichs verschiedener traumatherapeutischer Vorgehensweisen fällt auf, dass die Einbeziehung einer imaginativen Traumabearbeitung zu einer deutlich höheren Wirkung führt (2,6) als eine ausschließlich kognitive Therapie (1,26). Abgeleitet daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer differenzierten Diskussion zur Einbeziehung imaginativer Verfahren. Des weiteren fällt innerhalb der psychodynamischen Verfahren auf, dass die Mentalisierungsbasierte Gruppentherapie (1,76) deutlich wirksamer zu sein scheint als der Durchschnitt der konventionellen psychodynamischen Gruppentherapie (0,59-2,13) (s. Übersichtstabelle Wendisch 2015 19). Schultz-Venrath (2013 44) thematisiert hier aber auch den Einfluss der Erfahrung des Therapeuten in der Handhabung dieses Verfahrens. Befunde zur einer Mentalisierungsbasierten Einzeltherapie (MBT-E) und einem Vergleich zur klassischen übertragungsorientierten Psychotherapie außerhalb des Indikationsbereichs der strukturellen Störungen liegen noch nicht vor.

Auch die Befunde der Effektforschung stellen natürlich grobe Vereinfachungen dar. Trotzdem können Sie als Indikator für sinnvolle methodische Neuentwicklungen herangezogen werden, auch wenn sie die Notwendigkeit einer theoretischen Verknüpfung und Verbindung mit einer Gesamtbehandlungsstrategie nicht ersetzen können. Werfen wir zunächst einen Blick auf die verfahrensspezifischen Entwicklungen, bevor wir uns wieder der Möglichkeit und Bedeutung einer verfahrensübergreifenden Psychologischen Therapie zuwenden.

Fazit zur Wissenschaft

Für beide Wissenskulturen und für Forschung vs. Praxis lässt sich die Erkenntnis formulieren, dass überholte Theorien offenkundig in der Wissenschaft genauso ungerne aufgegeben werden wie in der Praxis, solange sie im jeweiligen Lager als nützlich oder plausibel erlebt werden. Der Überlegenheitsanspruch der psychotherapeutischen Wissenschaft gegenüber der Praxis muss ganz klar zurückgewiesen werden. Hier kann keiner für sich Überlegenheitsansprüche stellen! Auch die von Bohus (2015) formulierte Idee einer „bidirektionalen Verknüpfung“ von Forschung und Praxis funktioniert nur dann, wenn Forschung sich der realen Praxis verpflichtet fühlt, sie nicht als unwissenschaftlich entwertet, und -wie Hayes et al. (2013) vorgeschlagen haben- die primären Konzepte aus der Praxis heraus entstehen und nicht im „Elfenbeinturm“. Betriebsblindheit gibt es nicht nur in der Praxis nah am Patienten sondern auch in der Wissenschaft fern vom (unselegierten) Patienten. Die Universitäten selbst sind zum Objekt der Ökonomisierung geworden (Bologna-Reform, Exzellenz-Cluster, Kompetenzzentren, Zitationsindex, Dauerevaluation, Rankinglisten... s. Jauch 2011) und können sich gegenwärtig nur mit immer neuen Effizienzversprechen legitimieren (Goldstandard, state-of-the-art, „schon nach 12 Sitzungen sind viele Therapien erfolgreich zu beenden“). Dass Wissenschaftler selbst kaum auf diese Verarmung und die Bedingungen ihres eigenen Handelns reflektieren, zeigt den Verlust an Selbstreflexion mit irrationaler Überschätzung der eigenen Praxisnähe und dem daraus resultierenden Überlegenheitsanspruch gegenüber der Praxis.

Daher braucht es nicht nur eine wechselseitige Korrektur zwischen Wissenschaft und Praxis auf Augenhöhe, sondern auch eine

Verbindung beider komplementärer Wissenskulturen! Diese ist im Hinblick auf rasch fortschreitende Fehlentwicklungen und die zunehmende Entwertung der Bedeutung von Bindungen auch notwendig! Die psychodynamische Therapieforschung darf sich nicht nur auf ihr eigenes Lager zurückziehen. Dies erfordert eine empirisch begründete Abkehr von orthodoxen Überzeugungen beider Lager, die letztlich immer auch eine ideologische und insofern auch identitätsstiftende Funktion haben. Nach einer hermeneutischen Phase der Forschung erleben wir im Moment eine empiristische Zuspitzung mit überzogenen Geltungsansprüchen. Holzkamp (1972) forderte in Abgrenzung zu einer hermeneutischen Position und einer naiv datengläubigen empiristischen Position eine „konstruktivistische Empirie“, die übergeordnete stringente Modellarbeit betreibt und die aus einer Haltung permanenter Selbstreflexion und einem methodologischen Bewusstsein für die Chancen und Risiken der jeweils eingesetzten Methoden und Forschungsstrategien betrieben wird. Durch multimethodale Forschungsstrategien und breite Einbeziehung unterschiedlichster Wissenschaftsbereiche können schulenübergreifende Ätiologie- und Behandlungsmodelle entwickelt werden, die den zu erforschenden Gegenstand nicht dominieren oder gar deformieren sondern immer zutreffender abbilden. Hier geht es nicht um Ökonomie oder um Evaluation sondern in allererster Linie um einen validen Blick auf den untersuchten Gegenstand. Für den einzelnen Forscher heißt das, dass er sich einerseits aus einer Position der Verbundenheit und Anteilnahme heraus dem zu erforschenden Gegenstand nähert, auf die Angemessenheit von Fragestellung und Datenerhebung im Vorfeld reflektiert, Daten erhebt, umfangreich dokumentiert und kontextsensitiv interpretiert und insofern auch in der Lage ist, aus

der Position einer dritten Person Distanz zum eigenen Vorgehen und zum Gegenstand einzunehmen. *Wir brauchen also eine neue komplexere Methodologie aus hermeneutischen, biologischen, qualitativen und quantitativen Daten. Wir brauchen eine bidirektionale Verknüpfung von Wissenschaft und Praxis mit hoher Datenintensität auf allen Ebenen, auch wenn dies aus Kosten- und Karrieregründen weniger attraktiv ist als eine Datenflut punktueller Evidenzen. Und wir brauchen eine neue Generation*

Konsequenz: Fundierung in Grundlagenforschung und klinisch validen Modellen

Sowohl von verhaltenstherapeutischen als auch von psychoanalytischen Forschern außerhalb ihres Mainstreams wird die stärkere Anbindung an die Grundlagenforschung als notwendig angesehen, auch die Einbeziehung qualitativer Forschungsmethoden und eine ergänzende und mehr auf Einzelfälle bezogene Forschungsstrategie (komparative Kasuistik). Fonagy & Target (2003: 83) fordern nicht nur „eine radikale Neubewertung des epistemischen Bezugsrahmens“ der Psychoanalyse sondern eine konsequente Orientierung an Befunden der Entwicklungspsychologie und an der sozialwissenschaftlichen und neurobiologischen Evidenzbasis. Sie schreiben: „am Ende wird Freuds Modell an den Entdeckungen der Neurowissenschaften gemessen werden. Bis es soweit ist, kann die Übereinstimmung mit experimental- und entwicklungspsychologischen Beobachtungen als angemessenes Bewertungskriterium gelten“ (ebd.). Die erforderliche empirische Basis ist deutlich breiter als der Teilbereich der vergleichenden Wirksamkeitsforschung. Letztere hat wenig mit den therapeutischen Prozessen selbst zu tun, sondern ist ein legitimes externes Bewertungskriterium für gesundheitsökonomische Entscheidungen. In dieser Hinsicht müssen sich alle Beteiligten den gleichen Anforderungen stellen, jedoch ohne sich der Ökonomie vollständig zu unterwerfen wie dies gegenwärtig der Fall ist. Es kann auch nicht darum gehen, dass –wie in den letzten 20 Jahren

selbstreflektierter Wissenschaftler/-innen, die methodische Artefakte nicht wie reale Phänomene behandeln und auf die Praxis übertragen (Placebo, Manualtreue, Allegiance, etc.) und die zum zweiten auch glaubwürdig auf ihre Karriereinteressen innerhalb einer Community und innerhalb einer durch kurzfristige ökonomische Gewinnorientierung und soziale Kostensenkung beherrschten Gesellschaft reflektieren.

geschehen- eine Wissenschaftskultur durch eine andere vereinnahmt und dominiert wird, sondern um eine neutrale Verknüpfung aller relevanten Wissenschaftsbereiche professioneller Psychotherapie ohne ideologische Einseitigkeiten zum Nutzen des Patienten. Dies betrifft sowohl ätiologische Modelle als auch das Behandlungsverständnis. Dabei könnte die Therapieprozessforschung die Aufgabe übernehmen, verfahrensspezifische Unterschiede aus Patienten- und aus Therapeutesicht im Therapieprozesses auf verschiedenen Datenebenen zu untersuchen; z.B. Gesprächsverhalten Therapeut und Patient, subjektive und objektive Wechselwirkungen zwischen Therapeut und Patient, Klärung und Bewältigungserfahrungen seitens des Patienten, Veränderungen im Selbstbild, Selbstwert, der emotionalen Toleranzbildung und der Symptomausprägung. Dies setzt die Verständigung auf relevante Indikatoren voraus und ermöglicht ein differentielles Verständnis der unterschiedlichen Prozesse unabhängig von ihren langfristigen Auswirkungen und Ergebnissen. Um aber nicht immer in einen Vergleich etablierter Therapiemodelle zu geraten, ist eine verfahrensneutrale wissenschaftliche Fundierung, die getragen ist von einer Wertschätzung für alle bewährten Therapiemodelle, als Ziel lohnenswert.

Entwicklungen und Perspektiven in der psychodynamischen Psychotherapie

Zunächst einmal folge ich in dem Begriff der psychodynamischen Therapie der Definition von Rudolf (2010: 19), der in dem Begriff der „psychoanalytischen Therapie“ das traditionell Freudianische Erbe mit seinen erkenntnistheoretischen und kulturhistorischen Implikationen und der Fokussierung einer zurückhaltenden Arbeitsweise mit Betonung der freien Assoziation und der Deutung sieht, und in dem Begriff der „psychodynamischen Psychotherapie“ die post-freudianischen Weiterentwicklungen und auch die zunehmende Einbettung in eine breite Versorgungslandschaft repräsentiert sieht, die sich aber auf ihre psychoanalytischen Wurzeln bezieht. Als Kern der psychoanalytischen Arbeit gilt die Deutung, die eine stabile wohlwollende therapeutische Beziehung voraussetzt. Die Übertragungsdeutung besteht im Benennen von Aspekten, die entweder mit schmerzlichen biografischen Erfahrungen assoziiert sind oder diese kompensieren sollen (z.B. Idealisierung). Die Abwehrdeutung bezieht sich auf Nicht-Gesagtes, Angedeutetes, Vermeidungsstrategien, die dem Schutz vor der Aktivierung oder Bewusstwerdung unverarbeiteter belastender Erfahrungen dienen. Hier dominiert ein zurückhaltender Interaktionsstil, der auf eine

möglichst vielschichtige und feinfühlig Wahrnehmung des Patienten ausgerichtet ist, und sich nicht nur auf äußerlich Beobachtbares oder inhaltlich Gesagtes konzentriert. Nicht selten wird diese Wahrnehmungsweise auch mit einer sehr aufmerksamen Rezeption von Literatur, Kunst oder Musik verglichen, in der es auch nicht nur um eine Hauptmelodie geht, sondern um Zwischentöne, Brüche, Harmonien und Disharmonien und eine Gesamtkomposition. Aus dieser Sicht wird die ökonomische Sicherung einer Mindestqualität von Psychotherapie so wahrgenommen, als würde man klassische Musik nur noch auf wenige Töne und ein Orchester auf vier Musiker reduzieren wollen, um die Qualität der klassischen Musik zu „sichern“; ein provokanter und berechtigter Vergleich, der nichtsdestotrotz in der therapeutischen Praxis auf Grenzen stößt, da er mit einem zwar hochwertigen aber in seiner Ausrichtung eingeschränkten Interaktionsangebot einhergeht und in den begrenzten Zeiträumen psychotherapeutischer Versorgung nicht unbedingt mit einer konkreten Arbeit an den zentralen Problemen des Patienten einhergeht. Die neueren Entwicklungen können von diesem klassisch-psychoanalytischen Punkt aus betrachtet und eingeschätzt werden.

1. Strukturbezogene Psychotherapie:

Dieser von Kernberg (1998) begründete und von Rudolf (2004, 2014) weiterentwickelte Ansatz ging von der Beobachtung aus, dass nicht wenige Patientengruppen von der klassischen Deutung nicht profitieren und diese als persönliche Kritik missverstehen. Es häuften sich Beobachtungen, dass gewisse Patientengruppen eher

ein unterstützendes Gegenüber brauchen. Kernberg bemerkte, dass unterstützende Äußerungen einen „überraschend positiven Einfluss“ haben können, während Deutungen wirkungslos bleiben. Das Interesse verschob sich von dynamisch repräsentierten Erfahrungen hin zur Betrachtung der Aneignung von strukturellen

Fähigkeiten zur Emotionsregulation. Rudolf verknüpft ein psychobiologisch fundiertes Stresskonzept mit Erkenntnissen der Entwicklungspsychologie und der Aneignung von Strukturmerkmalen der Persönlichkeit. Der Indikationsbereich für einen stützenden Umgang wird vor allem dort gesehen, wo strukturbedingte Mängel des Umgangs mit Emotionen vorliegen: bei strukturellen Persönlichkeitsstörungen. Während die psychoanalytische Deutung letztlich nach Rudolf (2004 115) ein „Primat des Denkens“ impliziert, gehe es hier um eine unterstützende Haltung („sich hinter den Patienten stellen“), in zweiter Linie um eine umfassendere Situationswahrnehmung („sich neben den Patienten stellen“) und in dritter Linie erst darum, Herausforderungen durch unterschiedliche Wahrnehmungen und somit Konfliktspannungen auszuhalten („sich dem Patienten gegenüberstellen“). Die Indikation für dieses Vorgehen wird nicht nur bei primären strukturellen Störungen gesehen, sondern zum Beispiel von Peters (2014) auf „sekundäre Strukturdefizite“ im höheren bis hohen Alter ausgeweitet. Die Rolle des Therapeuten wandelt sich hier von einer zurückhaltenden Position in die Rolle eines aktiven und entwicklungsfördernden Gegenübers, das unterschiedliche dem Entwicklungsstand des Patienten entsprechende Positionen einnehmen kann und primär in die aktiv unterstützende Position geht. Eine ausführliche Darstellung dieses Vorgehens und der Grundlagen findet sich bei Rudolf (2004, 2014) und eingebettet in eine psychodynamische Gesamtkonzeption bei Rudolf (2010). Rudolf distanziert sich vom Ideal der Einheitlichkeit mit einer psychodynamischen Theorie, einer Art der psychischen Störung

2. Mentalisierungsbasierte Psychotherapie:

Das Modell der Mentalisierung löst das ältere Konzept des Symbolisierens ab und knüpft an die empirische Revision aller psychoanalytischen Entwicklungslinien von Fonagy & Target (2003) an. Es dient nicht nur als Grundkonzept für alle unterschiedlichen Formen der psychodynamischen Arbeit sondern ist auch als schulenübergreifende Vorlage geeignet. Es beschreibt die Entwicklung der Wahrnehmungs- und Reflexionsfähigkeit, die im Kontext relevanter Bindungen angeeignet wird und auch als Entstehungsmodell für Subjektivität und geistige Entwicklung verstanden werden kann. Insofern steht es im Kontext der Bindungstheorie, die nach Fonagy & Target „die einzige Theorieentwicklung in den letzten 100 Jahren ist, die die Kluft zwischen der Allgemeinen Psychologie und der klinischen psychodynamischen Theorie zu überbrücken“ in der Lage ist und insofern eine „Sonderstellung“ einnimmt. Im Unterschied zu interpersonellen Theorien wird hier nicht primär die Regulation von Beziehungen betrachtet, sondern in emotional bedeutsamen Beziehungen die Regulation innerer Zustände aus Bedürfnissen, Affekten, Körperzuständen, Gedächtnisinhalten, bewusster Reflexionen und Wahrnehmungen, aus denen allmählich ein Selbstbewusstsein entstehen kann als auch die Fähigkeit zur Wahrnehmung der Zustände Anderer. Die Komplexität dieses Konzeptes geht über Begriffe der Empathie, Achtsamkeit, Selbstreflexion, emotionale Intelligenz etc. hinaus und betont den Charakter permanenter mentaler Aktivität anstelle einer festen Struktur. Nichtsdestotrotz lassen sich Strukturtheorie und das Modell der Mentalisierung gut zueinander in Beziehung setzen, insofern sich bestimmte Einschränkungen der Mentalisierungsfähigkeit mit

3. Traumafokussierte Psychotherapie:

Ein wesentlicher Unterschied in der Behandlung von Akuttraumatisierungen (Typ 1) und entwicklungsrelevanten Komplextraumatisierungen (Typ 2) liegt darin, das letztere einen erheblichen Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung haben und zudem eine Vielzahl von klinischen Symptombildungen unter dem Aspekt der

(unbewusste Konflikte und Abwehr) und einer therapeutischen Antwort darauf (Deutung); diese Einheitlichkeit sei schnell mit einer Einseitigkeit verbunden, wie sie von Grawe zu Recht als Risiko „verfahrensspezifischer Einseitigkeit“ benannt worden sei (2010 61). Rudolf beschreibt infolgedessen als Spezifikum der Behandlung struktureller Störungsaspekte die Formulierung von alterstypischen Entwicklungsaufgaben, eine aktivere therapeutische Haltung als entwicklungsförderndes Gegenüber, und die Beleuchtung von gut wahrnehmbaren Vorgängen im psychischen und interpersonellen Geschehen des Alltagslebens des Patienten aus einer Position des Dritten heraus („sich neben den Patienten stellen“) anstatt als Aufforderung zur Selbstwahrnehmung durch die Deutung. Hier sei nicht der Therapeut als Person von Bedeutung, sondern die Therapie als Ort der Klärung und Orientierung (2010 73ff). Im Hinblick auf die Beziehungsgestaltung müsse man nach Rudolf aber auch davon ausgehen, dass die Beziehung durch mobilisierte Ängste, Unsicherheit, und aggressive Entwertung belastet werde und der Therapeut diesen Belastungen standhalten müsse, um dem Patienten allmählich einen Blick auf sich selbst zu ermöglichen. Das in der Therapieprozess-forschung wichtigste Merkmal für erfolgreiche Therapien -eine tragfähige therapeutische Beziehung- könne nicht einfach vorausgesetzt werden, sondern sei ein wichtiges Therapieziel, das eine spezifische Diagnostik und Therapieplanung voraussetze. Strukturaspekte und Beziehungsmuster spielen daher in psychodynamischen Fallkonzepten eine zentrale Rolle und haben eine Bedeutungsverschiebung von der Deutung auf die interaktionelle Bewährung eines Therapeuten ermöglicht.

unterschiedlichen Graden von Persönlichkeitsstörungen verbunden sind. Schulz-Venrath (2013) operationalisiert dieses Konstrukt sehr eingehend für Einzeltherapie, Gruppentherapie, Psychoedukation und für verschiedene Störungsbereiche (Autismus Spektrum Störungen, Borderline, Angststörungen, Depressionen und somatoforme Störungen) und stellt psychometrische Instrumente zur Bestimmung der Mentalisierungsfähigkeit vor. Dieses Konzept beinhaltet auch eine Veränderung der therapeutischen Beziehung: hier steht nicht mehr das Deuten unbewusster Zusammenhänge im Vordergrund sondern ein „gemeinsames Entdecken“ gut wahrnehmbarer Zusammenhänge! Sowohl Kinder und Jugendliche als auch Erwachsene in Lebenskrisen sind auf ein solches Gegenüber bzw. auf entwicklungsrelevante Bindungen angewiesen, mithilfe derer sie sich selbst besser verstehen und einen Umgang mit Herausforderungen finden können. Der Begriff der Mentalisierungsfähigkeit wird von Döring (2013) auch im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit psychotherapeutischer Institutionen übertragen (primäre Aufgabe: Erhaltung der Mentalisierungsfähigkeit aller Mitarbeiter als Voraussetzung für die Arbeit mit den Patienten). Von einigen verhaltenstherapeutischen und psychoanalytischen Autoren wird dieses Modell im Hinblick auf seine entwicklungspsychologische Begründung, und als Konstrukt für die Wirksamkeit von Psychotherapie und eine nicht-symptomatische Erfassung von Veränderungen in einer Psychotherapie als Referenz für andere psychotherapeutische Schulen und als Nachfolgemodell für die heutige reduktionistische kognitive Verhaltenstherapie thematisiert (Wendisch 2015 151ff.).

Traumafolgestörung betrachtet werden können; und zwar auch dann, wenn keine vollständige PTSD-Traumasympptomatik diagnostiziert werden kann. Dies bringt nach Rudolf (2010) aber auch eine „Traumafaszination“ oder eine „Traumaüberschätzung“ mit sich, weil kein anderes Konzept in ähnlicher Weise verspreche

„Krankheitsverläufe aus einem Punkt heraus zu erklären und therapeutisch zu bearbeiten“ (S.79). Diese Vereinfachung gehe -so Rudolf- oft mit einer Unterschätzung der Folgeprobleme wie zum Beispiel der Persönlichkeitsstörungen einher. Wöller (2006) diskutiert die Bedeutung traumatherapeutischer Konzepte sowohl in psychodynamischen Kontexten als auch in nicht-psychodynamischen Kontexten (Verhaltenstherapie, Hypnose, EMDR, etc.) und macht im Einklang mit Rudolf deutlich, dass die Beachtung der strukturellen Voraussetzungen der Persönlichkeit und ein ausreichend etabliertes Sicherheitsgefühl die Voraussetzung dafür sei, direkt an traumatischen Erfahrungen zu arbeiten. Teilweise wird von Autoren wie Wöller oder Reddemann das einfache stabilisierende Element (Vorstellung eines sicheren Ortes) so stark betont, dass von verhaltenstherapeutischen Autoren die Konsequenz befürchtet wird, dass die traumafokussierte Arbeit komplett durch Stabilisierung ersetzt wird und damit die eigentliche Traumaaarbeit nicht stattfindet oder unangemessen hinausgezögert wird, auch wenn die persönlichen Voraussetzungen für eine Traumaaarbeit durchaus gegeben wären (Neuner 2008). Die unterschiedlichen Akzente verhaltenstherapeutischer und psychodynamischer Autoren finden auf dem Hintergrund einer deutlichen Annäherung beider Arbeitsstile statt, sodass die Frage nach einer angemessenen Integration beider Arbeitsweisen auftaucht. Moderne Traumakonzepte sind für Rudolf (2010) einerseits mit dem Risiko einer ausgeprägten Opferhaltung verbunden und in der therapeutischen Beziehung mit einer aktiv unterstützenden Rolle und einem nicht-psychodynamischen Element aktiver Unterstützung. Auch Schultz-Venrath betont die Risiken einer Opferidentität. Von tiefenpsychologischen Traumatherapeuten, die sich auf Traumatherapie spezialisiert haben, wird dieses Risiko nicht so erlebt. Hantke (2006) beschreibt ihre Rolle der Therapeutin weniger als die einer aktiven Unterstützerin als vielmehr die einer Begleiterin und einer Zeugin! Das Konzept der „Zeugenschaft“ relativiert die früher gewohnte und geforderte Abstinenz oder Neutralität; man rekonstruiert gemeinsam das Erlebte und schafft durch Verknüpfung von präkognitiven und kognitiven Prozessen eine integrierende Narration - ohne etwas vorwegzunehmen oder die Bedeutung des Erlebten vorab zu definieren- und ermöglicht so die Transformation des Erlebten bis zu einem Punkt der Erträglichkeit und Gelassenheit. Insofern lässt sich die Traumaaarbeit gerade als Überwindung eines impliziten

4. Die Operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD):

Die Operationalisierung psychoanalytischer Konzepte begann bereits in den neunziger Jahren (OPD-1, 1996), wurde 2006 auch auf die psychodynamische Behandlungsplanung erweitert (OPD-2) und liegt inzwischen in der 3. Aufl. (2013) und in weltweit zahlreichen Übersetzungen vor. Auf vier Achsen werden Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen (I), Beziehungsaspekte (II), Konfliktgeschehen (III) und Strukturaspekte (IV) erfasst, bevor eine Einordnung hinsichtlich ICD-10 erfolgt (V). Rudolf (2010) empfiehlt als Ergänzung die Berücksichtigung von Traumaaspekten (S. 105), die offenkundig nicht nur therapeutisch sondern auch diagnostisch schwierig in eine psychodynamische Konzeption zu integrieren sind. Die Diagnostik wird nicht auf der Basis von Selbsteinschätzungen erarbeitet sondern aufgrund von Experteneinschätzungen; und diese werden schrittweise formuliert über Aussagen und szenische Mitteilungen/Beobachtungen (a), gezielter weiterer Exploration (b) bis zur dimensionalen Zuordnung im Kontext einer begrenzten Auswahl beschriebener Merkmale (c) mit einer Integration aller Beobachtungen im Kontext eines Multiaxialen Überblicks. In diesem Überblick lassen sich dann Beziehungen herstellen zwischen Symptom, Trauma, Konflikt und Struktur und die zahlreichen Wechselwirkungen dieser Aspekte in

Opferstatus sehen und nicht als Bestätigung! Hantke (2006) schreibt dem Konzept der Dissoziation eine große Bedeutung zu und sieht es als empirisch valideres Nachfolgemodell zur freudschen Verdrängungstheorie, das bereits vor Freud von Janet (1889/1919) formuliert wurde und das mit aktuellen Befunden zum Traumagedächtnis kompatibel sei. Bohleber (2013) stellt fest, dass das Konzept der Dissoziation in seiner Bedeutung immer noch nicht im Mainstream der Psychoanalyse angekommen sei und Fonagy & Target (2003) fordern, dass „die mit Traumatisierungen einhergehenden Prozesse“ sehr viel eingehender beforscht und reflektiert werden müssten auch im Zusammenhang mit komparativen Behandlungsstudien. Rudolf sieht den Nutzen traumatherapeutischer Behandlungskonzepte, befürchtet aber, dass alle biografischen Belastungen zum Trauma gemacht werden und mahnt zurecht eine differenzierte Betrachtung biografischer Belastungen im Zusammenhang mit konkret feststellbaren Auswirkungen an, um hier nicht von vornherein immer schon von einem Trauma zu sprechen.

In der Summe wird die Einbeziehung traumatherapeutischer Konzepte von Rudolf (2010 211) begrüßt, aber in ihrem Einfluss auf die therapeutische Beziehung von anderen psychodynamischen Arbeitsweisen abgegrenzt. So beschreibt er, dass es nicht eine sondern vier Haltungen gebe, die man sorgsam voneinander abgrenzen müsse, um die psychodynamische Gesamtkonzeption in der Behandlung zu wahren: 1. die auf Abwehr und Übertragung bezogene (klassisch-psychoanalytische) Haltung sei eher afokal auf das Entgegennehmen von Übertragungen orientiert; 2. eine konfliktaufdeckende psychodynamische Therapie sei stärker mobilisierend und zielorientiert; 3. die Haltung der strukturbezogenen Therapie sei beelternnd, Funktionen übernehmend, Ziele markierend, Grenzen setzend und Verantwortung übertragend; 4. die Haltung der Traumatherapie sei aktiv unterstützend. Gerade Letzteres lässt sich allerdings infrage stellen, insofern man sich in der Traumatherapie nicht wirklich hinter den Patienten stellt (aktive Unterstützung) sondern neben den Patienten (begleitende Zeugenschaft). Die Konzeption einer differentiellen Handhabung der Interaktion geht allerdings bereits deutlich über eine klassisch-psychoanalytische Denkweise hinaus, wonach die Traumabehandlung ausschließlich in der Übertragung stattzufinden habe. Dass Traumatherapie und psychoanalytische Arbeit gut integrierbar sind zeigen auch Reddemann & Wöller (2017).

den phänomenologisch gut wahrnehmbaren Lebens- und Erlebenszusammenhängen des Patienten. Dieses Wissen soll dann vergleichbar zu einem Internisten oder Radiologen dem Patienten zur Verfügung gestellt werden mit dem Ziel eines gemeinsamen Verständnisses (Rudolf 2010 105). In der Handhabung über den Therapieverlauf bleibt natürlich von Bedeutung, dass die anfänglichen diagnostischen Einschätzungen permanent modifiziert und neu akzentuiert werden können, wenn im Therapieverlauf neue Einschätzungen sinnvoll werden. Andererseits ermöglicht dieser hohe Grad an Operationalisierung sowohl der Diagnostik als auch der Veränderungen im Therapieverlauf eine sehr gute Verknüpfung von Forschung und klinischer Praxis im Kontext vergleichender Kasuistiken. In der klinischen Haltung des Therapeuten ist dies verbunden mit einer kooperativen Arbeitshaltung und der Bereitschaft, dem Patienten Wissen zur Verfügung zu stellen, ihm eine Entscheidung bezüglich der anstehenden Behandlung zu ermöglichen und erst nach einer Entscheidung des Patienten für eine Therapie in eine therapeutische Haltung zu wechseln. Kritisch sind bislang 1. die fehlende Diagnostik potentiell traumatischer und traumatischer Belastungsfaktoren und Vulnerabilitäten zu sehen und

2. die Unschärfe der Konflikt Diagnostik und die Zuspitzung auf

Fazit zur psychodynamischen Therapie:

Alle beschriebenen Weiterentwicklungen sind klinisch mit einer Differenzierung des Interventionsverständnisses über die klassische analytische Haltung hinaus verbunden. Zusammenfassend hat ein psychodynamischer Therapeut verschiedene Funktionen: eine diagnostisch-informierende und aufklärende Funktion, eine entwicklungsfördernde und aktiv-unterstützende Funktion, eine Übertragungen annehmende (akzeptierend-verstehende) Funktion und eine aufdeckend-aktivierende Funktion. Gleichzeitig sind viele psychoanalytische Autoren immer wieder darum bemüht, die neuen Entwicklungen mit einem ‚eigentlichen‘ identitätsstiftenden Kern der psychoanalytischen Haltung (Übertragung und Deutung) herzustellen und Abweichungen davon lediglich mit spezifischen Indikationsstellungen zu begründen. Die Übertragungsarbeit wird damit trotz aller Differenzierungen zum Dogma der „eigentlichen“ psychoanalytischen Arbeit erhoben und Abweichungen davon werden mit Defiziten der Patienten oder mit einer in begrenzten Zeiträumen operierenden Arbeitsweise begründet. Die Übertragungsarbeit bleibt ein Dogma, weil die Behandlung nicht nur in Teilaspekten sondern primär als Übertragungsarbeit gesehen wird! Wie Freud vor etwa 100 Jahren die Traumdeutung als „Königsweg“ beschrieben hatte, so gilt vielen die Übertragungsarbeit heute als Königsweg auch dann, wenn andere Arbeitsweisen und Haltungen integriert werden. Innerhalb eines solchen Verständnisses muss die traumatherapeutische Arbeit ein Fremdkörper in der psychodynamischen Behandlung bleiben; Rudolf bezeichnet sie als eine eher verhaltenstherapeutische Form der aktiven Unterstützung. Stattdessen könnte man angesichts der Weiterentwicklungen psychodynamischer Psychotherapie die Frage stellen, ob mit der Beschreibung unterschiedlicher Funktionen der therapeutischen Beziehung nicht generell ein hilfreiches Grundmodell für entwicklungsrelevante Bindungen formuliert wird, das im Hinblick auf die komplexe Verflechtung von Struktur, Konflikt, Symptom und die Auswirkung emotionaler Belastungen meistens alle Akzente und Funktionen in der therapeutischen Beziehung

innere Kernkonflikte.

braucht. In dieser Perspektive würde man jede psychodynamische Psychotherapie in unterschiedlichen Funktionen sehen je nachdem, worauf sich die aktuelle Mentalisierungsbereitschaft und Aufmerksamkeit des Patienten gerade richtet!

Zusammenfassend kann man in allen beschriebenen Weiterentwicklungen eine Verbesserung der wissenschaftlichen Begründung psychodynamischer Therapie sehen auch mit einer deutlichen Verbesserung der empirischen Evidenzbasis. Die psychodynamische Psychotherapie hat sich größtenteils erfolgreich von ihren Wurzeln gelöst - sich gewissermaßen selbst aufgeklärt - ohne ihre Wurzeln zu vernachlässigen, bleibt aber im Kern noch zu sehr auf sie fixiert. Eine offene und für die Zukunft relevante Frage ist die angemessene Integration der Traumatherapie in eine psychodynamische Gesamtkonzeption und ebenso ein verbessertes ätiologisches Verständnis der Auswirkung traumatischer bzw. traumaaanaloger belastender Erfahrungen auf Persönlichkeit, Konflikte und Symptombildungen unter Zugrundelegung der psychobiologischen Erkenntnisse zum Traumagedächtnis („duale Repräsentationstheorie“) und aufbauend auf der Dissoziationstheorie. Das subversive Moment der Psychoanalyse, das von manchen Autoren heute vermisst wird, dürfte aktuell vor allem darin liegen, sich ökonomischen Bedingungen zu stellen aber nicht zu unterwerfen, und sich den Mut zur Gesellschaftskritik und bedingungslosen Selbstreflexion zu bewahren. Die ökonomische Zurichtung des Menschen in Zeiten eines entfesselten Neoliberalismus in seiner viele Lebensbereiche erfassenden Dimension zu erkennen und sich selbst nicht zum Objekt zu machen, ist gegenwärtig mehr Subversion als man von den meisten anderen Akteuren in Wissenschaft, Politik und Gesundheitswesen erwarten kann. Hier bleiben die psychoanalytischen Wurzeln, die in ihrem Entstehen von nicht-psychoanalytischen Zeitgenossen zunächst eher als Zumutung erlebt wurde denn als gefällige Bereicherung, eine fortwährende Inspirationsquelle.

Entwicklungen und Perspektiven in der Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie ist auch für Verhaltenstherapeuten inzwischen eine fast nicht mehr überschaubare Bewegung geworden, die sich von ihren ehemaligen Grundüberzeugungen (z.B. der Ableitung von Krankheit aus grundlagenpsychologischen gesunden Lern-/Prozessen) zum Teil weit entfernt hat. Erst recht nicht mehr greifbar ist sie für Nicht-Verhaltenstherapeuten, die sich zum Teil immer noch fragen wie man mit minimalistischen Lerntheorien und ‚zufälligen Konditionierungsprozessen‘ (so z.B. die Formulierung bei Schultz-Venrath 2013) die Entstehung von Erkrankungen erklären will. Das Selbstverständnis der Verhaltenstherapie besteht in einer Beschreibung ihrer Entwicklung

Die erste Welle

... ist die lerntheoretische Phase und lässt sich mit den Attributen „prädiagnostisch“ und „verhaltenszentriert“ kennzeichnen. Autoren wie Wolpe, Skinner und Mowrer stehen hier Pate für die radikale Anwendung minimalistischer lerntheoretischer Prinzipien auf Gesellschaft und Psychotherapie. Der Mensch erscheint hier weniger als gestaltendes Subjekt, dessen Rolle als selbstbestimmtes Subjekt sich bereits durch Freud erheblich relativiert hatte, als vielmehr unter dem Aspekt einer ständigen Suche nach Vertrautheit (klassische Konditionierung als Ähnlichkeitslernen), Belohnung (positive Konsequenzen) und Schutz (Vermeidung negativer Konsequenzen). Dadurch rücken der

in drei Wellen, die unterschiedliche Akzente setzen und heute nebeneinander bestehen. Es gibt also nicht „die“ Verhaltenstherapie! Es wird oft von KVT-Mainstream-Autoren die Frage gestellt, ob diese drei Wellen in der Summe wirklichen Fortschritt gebracht haben und wie weit es sich bei den Verfahren der dritten Welle überhaupt noch um echte Verhaltenstherapie handelt. Auch hier gibt es einen orthodoxen Kern, der eine „eigentliche“ Verhaltenstherapie in einer am (äußeren) Verhalten ansetzenden und lerntheoretisch begründeten Arbeitsweise sieht und in der Mikroanalyse (ehemals: Verhaltensanalyse) den zentralen diagnostischen Zugangsweg in Fallkonzept und Therapieplanung sieht.

aktuelle soziale Kontext und das Verhalten als Schnittstelle zwischen Subjekt und Kontext in den Mittelpunkt der Betrachtung. In Abgrenzung zur psychopathologischen Orientierung in der Psychiatrie und in der Psychoanalyse, die Erkrankungen oft aus pathologischen Vorgängen heraus „erklären“, geht es hier um ein Verständnis beeinträchtigenden Verhaltens aus Vorgängen des nicht-pathologischen psychischen Funktionierens. Das vorangestellte Attribut „prädiagnostisch“ steht im Zusammenhang mit der Ablehnung von diagnostischen Entitäten als Pseudoerklärung für Verhalten. Die Innenwelt wird - wenn überhaupt - nur als Abbild der Außenwelt betrachtet und Veränderungen sollen

demzufolge auch an der Schnittstelle zur Außenwelt (im Verhalten) stattfinden, um analog zu früheren Lernprozessen das neue und hilfreiche Verhalten sekundär innerlich abzubilden. Gedanken und Gefühle folgen in dieser Hinsicht dem Verhalten. Für die Anwendung lernpsychologischer Arbeitsprinzipien in der Psychotherapie wichtig ist hier der Anspruch auf Nachvollziehbarkeit und Beobachtbarkeit für den Patienten. Die Arbeit soll sich nicht auf konstruierte Entitäten wie „Latentes“ oder „Unbewusstes“ beziehen sondern nur noch auf Beobachtbares und Überprüfbares. Fokussiert werden dementsprechend aktuell aufrechterhaltende Bedingungen anstatt Vergangenheit. An die Stelle einer unbewussten Intentionalität wird hier eine implizite (quasi vorbewußte) Funktionalität gesetzt und Verhalten (später: das Symptom) in seiner Funktion (Belohnung oder Schutz) für das Subjekt in seinem Kontext gesehen. Therapeutische Prozesse sollen zielorientiert sein, die therapeutische Beziehung wird als befristete Unterstützung bei der Bewältigung konkreter Probleme gesehen und der Klärungscharakter steht eindeutig zurück hinter dem Bewältigungscharakter einer Psychotherapie (einfache Metapher dafür: warum sich lange damit beschäftigen wie das Kind in den

Die zweite Welle

...lässt sich mit den Attributen „diagnostisch“ und „kognitionszentriert“ kennzeichnen. Autoren wie Albert Bandura, A.T.Beck, Albert Ellis oder Fred Kanfer stehen hier Pate für die Berücksichtigung innerer Vorgänge und haben nach langem Widerstand damaliger Verhaltensforscher 1995 dazu beigetragen, das aus der Verhaltenstherapie eine kognitive Verhaltenstherapie wurde. Vorbereitet wurde diese Entwicklung durch das empirisch fundierte Konzept „verdeckter“ und sich der direkten Beobachtung entziehender Prozesse des „Modelllernens“ durch Bandura (1963), der in experimentellen Studien nachweisen konnte, dass die Beobachtungen wichtiger Bezugspersonen zu einer bildlich-vorsprachlichen Repräsentation des Verhaltens dieser Person führen, die auf unbestimmte Zeit gespeichert und über lange Zeiträume aktivierbar sein können. Verhalten konnte daher nun auch aus verinnerlichten Repräsentationen von Modellpersonen heraus erklärt werden. Diese dritte Lerntheorie war in ihrem Erklärungswert den anderen beiden Lerntheorien deutlich überlegen, wurde erfolgreich in Konzepte der Pädagogik, Schuldidaktik, Persönlichkeitsentwicklung bis in die Psychotherapie übertragen, und später mit einer umfassenden „Theorie des sozialen Lernens“ (Bandura 1982) und dem Konzept der „Selbstwirksamkeit“ (Bandura 2004) weiterentwickelt. Der Druck des humanistischen Zeitgeistes in den 70er bis 80er-Jahren und das schlechte Image der Verhaltenstherapie als Rattenpsychologie und Konditionierungsmaschinerie führte jedoch dazu, dass das Verhaltenskonzept auf verinnerlichte Denkprozesse erweitert wurde um die kognitive Theorie (Beck 1974), obwohl diese Theorie als nicht ausreichend wissenschaftlich fundiert galt. Beck konnte die Rolle kognitiver Verarbeitung für Depressionen nachweisen und postulierte die „negative Realitätskonstruktion“ als „Ursache“ der Depression und sich daraus ergebender interpersoneller und emotionaler „Folgeprobleme“ (Wendisch 2015 116ff.). Insofern richten sich die therapeutischen Bemühungen auf die „kognitive Neubewertung“ von Situationen und auf eine „kognitive Umstrukturierung“ zentraler dysfunktionaler Grundannahmen. Nach dem ähnlichen Strickmuster ist der Teufelskreis von Margraf & Schneider gebaut, die in der Fehlbewertung körperlicher Prozesse den zentralen Pathomechanismus zu erkennen glauben und darauf eine „hochgradig effektive“ Angstbehandlung aufbauen. Die biografischen Hintergründe und wirklichen sozial-emotionalen Ursachen bleiben damit außen vor und werden als unwichtig

Brunnen gefallen ist, wenn es aktuell vor allem darum geht es herauszuholen).

Problematische Aspekte aus heutiger Sicht bestehen in der empirischen Widerlegung des methodologischen Behaviorismus, weil sich sowohl psychobiologisch, gedächtnispsychologisch, wie auch kognitionspsychologisch die Strukturähnlichkeit äußerer und innerer Prozesse nicht mehr aufrechterhalten lässt. Ein weiteres Problem ist die mit der Zeit immer stärkere Betonung eines Defizitkonzeptes, wonach lerngeschichtliche Vorgänge nicht mehr rekonstruiert werden, sondern ein ‚geeignetes‘ Verhalten immer häufiger als ‚nicht gelernt‘ postuliert wird mit der Konsequenz einer direkten Aneignung sinnvoller Verhaltensweisen mit Trainingsmethoden oder standardisierten Programmen (Selbstmodifikation, soziales Kompetenztraining, Problemlösetraining etc.). Ebenfalls problematisch ist die Überbetonung aktueller Funktionalitäten (z.B. die Bedeutung aktueller Konflikte in Partnerschaft oder Beruf) und die Marginalisierung der Biografie als nur noch von rein historischer Bedeutung; damit geraten zeitlich langfristige Zusammenhänge von durchaus aktueller Bedeutung aus dem Blickfeld.

eingestuft. Explizite kognitive Prozesse spielen für die Emotionsverarbeitung durchaus eine Rolle, können jedoch die eigentliche Emotionsentstehung mit heftigen Körperreaktionen ebenso wenig erklären wie der Rückgriff auf die Genetik. Hier wäre ein Rückgriff auf konkrete bedrohliche Erfahrungen - auch gegebenenfalls in der transgenerationalen Perspektive- wesentlich sinnvoller. Somit lässt sich mit dem „Teufelskreismodell“ auch nicht erklären, warum zum Beispiel Angstanfälle und phobische Vermeidung in dem Moment keine Rolle mehr spielen, wenn es einem erwachsenen Patienten gelingt sich nachhaltig von einem fordernden Elternteil und eigenen überzogenen Ansprüchen abzugrenzen (s. z.B. Therapiedarstellung in Wendisch 2015 S 319ff).

Problematische Aspekte: Becks Studien fanden ausschließlich im klinischen Kontext statt und. Die „kognitive Theorie“ ist inzwischen in der Grundlagenforschung widerlegt (kognitionspsychologisch durch den Nobelpreisträger Daniel Kahneman 2011; aber auch psychobiologisch, gedächtnispsychologisch, emotionspsychologisch und in der Traumaforschung: s. Wendisch 2015 S. 43-61 und 76ff), insofern präkognitiven Prozessen auch bereits in normalpsychologischen Kontexten eine systematische und grundlegende Bedeutung für die menschliche Urteilsbildung zukommt. Wir können hier in der zweiten Welle also einen Bruch mit der Grundlagenforschung konstatieren, der aber in der klinisch orientierten psychotherapeutischen Wissenschaft an den Hochschulen aus Gründen der impliziten Interessensbildung bis heute nicht zur Kenntnis genommen wird. Stattdessen werden für zahlreiche Probleme oder Störungen kognitive ‚Ursachen‘ beschrieben und störungsspezifische Behandlungsprogramme aufgelegt und nach Kräften vermarktet, so als seien die gesundheitlichen Störungen zugleich ihre eigene Ursache. Insofern die Therapiemodule immer enger auf Diagnosen zugeschnitten sind und diese bei Komorbidität modular miteinander kombiniert werden, kommt dieser Welle auch das Attribut „diagnostisch“ oder „störungsspezifisch“ zu. Nicht die Möglichkeit einer spezifischen Beeinflussung einer Symptomatik ist hier problematisch, sondern der Verzicht auf ein Verständnis der entwicklungspsychologisch-langfristigen und funktionalen Einbettung der Symptomatik und damit die eingeschränkte Wirksamkeit angesichts hoher Rückfallraten. Zentrale Überzeugungen der ersten Welle (Bedeutung von Funktionalität, sozialem Kontext, Distanz zur

Pathologisierung) werden hier relativiert oder sogar vollständig aufgegeben; letztendlich geht es oft nur noch ums Symptom. Patienten und Therapeuten wird nahegelegt sich bzw. ihr Handeln immer mehr über die gesundheitliche Störung zu definieren. Zugleich liegt der Fokus jeweils auf der störungsspezifisch wirksamsten Technik und so ist das Verständnis der Wirksamkeit von Psychotherapie mit einem nur noch eingeschränkten

Die dritte Welle

... der in dieser Übersicht die Hauptaufmerksamkeit gelten soll, lässt sich mit den Attributen „achtsamkeitsbasiert“ und „transdiagnostisch“ kennzeichnen. Sie lässt sich trotz ihrer erheblichen konzeptuellen Heterogenität als Reaktion auf die Unzufriedenheit mit der reduktionistischen kognitiven Theorie und dem eingeschränkten Therapieverständnis des kognitiven Mainstreams verstehen. Die wichtigsten Weiterentwicklungen werden kurz beschrieben bevor ein Fazit zur aktuellen Verhaltenstherapie gezogen wird.

1. Metakognitive Therapien:

Darunter kann man die Acceptance-Commitment-Therapy (ACT), die Mindful-Based Stress Reduction (MBSR), die Mindful-Based Cognitive Therapy (MBCT) und die Metakognitive Therapie (MT) zusammenfassen. Gemeinsam ist diesen Therapieentwicklungen, dass die Fixierung auf die kognitiven Inhalte wieder relativiert wird zugunsten einer nicht identifizierenden und beobachtenden Haltung gegenüber inneren Erlebnissen; es geht sozusagen um eine metakognitive Haltung, für die der Begriff „Achtsamkeit“ aus der Zen-buddhistischen Tradition eine besondere Bedeutung hat. In der

2. Bereich Depressionstherapie:

Gerade im Bereich Depressionstherapie, die über Jahrzehnte durch den Beck'schen Ansatz geprägt war, gibt es eine Reihe neuerer Entwicklungen der inzwischen als „klassisch“ bezeichneten KVT. Dies sind die Ansätze der interpersonellen Therapie (IPT nach Klerman & Weissman), die interpersonelle Probleme nicht nur als Folge sondern als aufrechterhaltende Begleiterscheinung von Depressionen ausführlich in die Behandlung einbeziehen; dann der CBASP-Ansatz (McCullough) für chronisch rezidivierende Depressionen, der die Bearbeitung sowohl aktueller Beziehungsepisoden inklusive der therapeutischen Beziehung zum Gegenstand der Arbeit macht (Übertragungsarbeit mit Diskriminationsübungen erwarteter und realer Reaktionen des Gegenübers) als auch die Bearbeitung traumatisierender Beziehungserfahrungen aus Kindheit und Jugend, die gegenwärtige „Mauer“ als Selbstschutz zu verstehen, den chronisch depressive Personen um sich herum errichten. Wirksamkeitsvergleiche zur KVT liegen noch nicht vor; aber CBASP scheint noch wirksamer zu sein als der IPT-Ansatz. Zudem gibt es eine durch die Einbeziehung der emotionsfokussierten Therapie (EFT) angeregte Kontroverse zwischen emotionaler vs. kognitiver Depressionstherapie (2011:

3. Bereich Persönlichkeitsstörungen:

Sowohl die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT nach Linehan) für Borderline-Störungen als auch die Schematherapie (ST nach Young) lassen sich in dieser Rubrik einordnen. In der DBT geht es zunächst um den Aufbau einer metakognitiv-beobachtenden Selbstaufmerksamkeit, und dann in Stufen um die Bearbeitung selbstschädigenden Verhaltens, interaktioneller Störungen (massive Ambivalenz, verzerrte Wahrnehmungen des Gegenübers, wechselhafte Interaktionen) und der Identitätsstörungen (Aufgehen in einer Rolle: Als-Ob-Identität, Selbstverlust, innere Zerrissenheit);

Verständnis für die Bedeutung von Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung verbunden. Befunde aus der Therapieprozessforschung werden in Manualen so gut wie gar nicht berücksichtigt. Dies ist ein weiterer Hinweis auf den eingeschränkten Evidenzbegriff, der dieser Entwicklung zu Grunde liegt.

ACT wird die Erlebnisvermeidung unangenehmer Erfahrungen in den Mittelpunkt gestellt und die Auflösung einer „kognitiven Fusion“ und inneren Verschmelzung mit unangenehmen Erfahrungen, die in der Regel mit Unachtsamkeit, Erstarrung der Weltanschauungen und Fixierungen auf ein bestimmtes Selbstbild verbunden sind. Auf der Verhaltensebene bewirkt dies entweder eine Inaktivität oder Impulsivität (von Hayes & Lillis 2012 als „instabiles Selbst“ bezeichnet). Die Aktivierung von Achtsamkeit sich selbst gegenüber bewirke eine Auflösung der inneren Fusion und ermögliche ein neues Engagement (commitment) in der Lebensführung. Leidenszustände gelte es akzeptierend zu erkunden ohne einen primären Anspruch auf Veränderung. Die Veränderung ergebe sich im Anschluss auf die Auflösung von selbst. In der MBSR-MBCT werden die eigenen Erfahrungen mit einem achtsamen Lebensstil des Therapeuten betont, und die Gefahr durch mangelnde Glaubwürdigkeit in eine reine Technik abzurutschen. Desweiteren wird die Notwendigkeit betont von einem kognitiven Modus in einen vertiefenden „experientiellen“ Modus zu kommen und die klassischen kognitiven Herangehensweisen werden als Vermeidungsstrategie bezeichnet. Die Wirksamkeit dieser Ansätze bleibt allerdings hinter den Effekten konventioneller KVT zurück, erreicht aber ähnliche Effektstärken wie die emotionsfokussierte Therapie (EFT).

Hautzinger & Große Holtforth). Die emotionale Depressionstherapie (Große Holtforth et al. 2013) basiert auf einem „dualen Prozessmodell der Depression“ (EFT plus KVT), das eine verhaltensorientierte Aufbauphase (Schlafen, Essen, Aktivität), eine emotionale Aktivierung problematischer emotionaler Erfahrung (Expositionsphase) mit einer kognitiven Verarbeitung und einer Abschlussphase mit Rückfallprophylaxe und Zukunftsplanung verbindet. Je komplexer diese standardisierten Therapieprogramme sind, desto schwerer scheint auf der anderen Seite die Extraktion wirksamer Komponenten zu sein. Die Auswirkungen einer dualen oder mehrphasigen Therapie auf die Zufriedenheit in Beziehungen, den Selbstwert und die „emotionale Selbstreflexion“ scheinen jedoch deutlicher zu sein als bei KVT. In direkten Kontroversen fällt immer wieder die Neigung auf zur Reduktion eines komplexen Prozesses auf die wirksamsten Komponenten (entweder die kognitive Verarbeitung oder die emotionale Aktivierung), was den Blick auf die unspezifischen wirksamen Komponenten erschwert. Die Wirksamkeitsforschung, die der Logik der Pharmaforschung folgt, sollte hier durch übergeordnete Befunde der Therapieprozessforschung erweitert werden.

dann in zweiter Linie um Emotionsregulation und in dritter Linie um Alltagsbewältigung und Lebensperspektiven. Dem anfangs bedrohlichen Charakter einer therapeutischen Beziehung, der auch in der in der MBT thematisiert wird als Abwehr erheblicher Bindungsängste oder als Traumaübertragung, wird durch eine Kombination von Einzel- und Gruppensetting und stationär durch die Entwicklung einer einheitlichen gemeinsamen Haltung des therapeutischen Milieus begegnet. Die Betonung von Akzeptanz anstatt einer raschen Veränderung und ein aktives Skillstraining in

fünf Kompetenzbereichen stellen Momente der aktiven Unterstützung dar, die aber primär im Gruppensetting unter Einbeziehung von Modelllernprozessen durch andere Patienten vermittelt werden. Die Therapie wird nicht nur als Symptombewältigung sondern als Persönlichkeitsentwicklung gesehen; und die Persönlichkeitsentwicklung wird in ihren belastenden Anteilen als Schutz vor verletzend-traumatischen Bindungserfahrungen akzeptiert und in einen erweiterten Kontext des Selbstverständnisses gestellt.

Die Schematherapie (ST) versteht sich als Weiterentwicklung der kognitiven Therapie und verknüpft die therapeutische Arbeit an strukturellen Persönlichkeitsproblemen (Modusarbeit: Kind-Erwachsener-innere Eltern) mit der emotionalen Verarbeitung unverarbeiteter selbstwertverletzender Erfahrungen (Schemaarbeit). Die explizite Einbeziehung der Bindungsforschung und der Psychobiologie in Verbindung mit der Nutzung präkognitiver Prozesse führt zu einer Arbeitsweise in der emotionalen Verarbeitung, die die tiefe Aktivierung emotionaler Grundzustände und damit verbundener Erfahrungen zur Voraussetzung macht für eine Neuverarbeitung verletzender Erfahrungen. Dazu gehört auch eine Rolle der therapeutischen Beziehung, die unterstützende Aspekte haben kann aber in der Regel begleitende Aspekte und in Teilen auch empathisch-konfrontierende Aspekte hat, insofern Schutzverhaltensweisen in der Interaktion die zugrunde liegende emotionale Erfahrung bestätigen und einer Neubewältigung im Wege stehen. Die ST sieht sich selbst als schulenübergreifende Neuentwicklung für diejenigen, die von einer psychodynamischen Behandlung oder kognitiven Verhaltenstherapie nicht profitiert haben. Dadurch geht man aber auch Konflikten mit dem wissenschaftlichen Mainstream aus dem Weg und positioniert sich als „Nachbehandlung“ und außerhalb der üblichen

Fazit zur Verhaltenstherapie:

Der ursprüngliche Anspruch auf eine minimalistische aber konsequente theoretische Begründung ist aktuell ersetzt worden durch die überschätzte ‚Bewährung‘ nebeneinander stehender ‚wirksamer‘ Methoden. Der orthodoxe Kern einer lernpsychologisch und kognitiv begründeten Verhaltens-therapie kann gegenwärtig die Vielfalt der Befunde aus Grundlagenforschung und klinischer Forschung nicht mehr integrieren und steht daher an einem Punkt, einen neuen überzeugenden theoretischen Rahmen entwickeln zu müssen anstatt die überholte Attitüde einer lernpsychologischen oder kognitiven ‚Fundierung‘ weiter zu pflegen. Dabei ist die explizite Bezugnahme auf Entwicklungspsychologie und Psychobiologie empfehlenswert. Andernfalls wird die gegenwärtige Entwicklung einer Aufspaltung in viele verschiedene Methoden und Verfahren weiter anhalten und die integrierende Funktion einer wissenschaftlich fundierten ausreichend komplexen Arbeitsweise dem pragmatischen Eklektizismus weichen. Dadurch könnte auch der Wert einer fundierten Ausbildung verloren gehen, weil die Teilnehmer zunehmend den Eindruck haben, sich die Inhalte der „abgespaltenen“ Verfahren in separaten Weiterbildungen nach ihrer Ausbildung aneignen zu müssen oder sie zumindest innerhalb ihrer

Psychotherapieausbildungen als ergänzende Weiterbildung. Die ST wird einerseits hinsichtlich der beeindruckenden Wirksamkeitsbelege (Jacob & Arntz 2013) und der hohen Resonanz bei Praktikern und Patienten einerseits als wichtigste Neuentwicklung der Verhaltenstherapie mit hohem integrativen Potenzial gesehen; sie wird jedoch von anderen Autoren teilweise sehr technikorientiert gehandhabt und bleibt insofern je nach Arbeitsweise Teil des technikfixierten Mainstreams.

Zusammenfassend sind folgende Aspekte der dritten Welle am bedeutsamsten: 1. es gibt einen klaren Rückbezug auf die Schutzfunktion problematischer Verhaltensweisen und Kognitionen. 2. präkognitive Prozesse, biographisch bedeutsame Erfahrungen und die Persönlichkeitsentwicklung haben eine größere Bedeutung als in der zweiten Welle. 3. die Akzeptanz und Validierung (Ernstnehmen) persönlicher Erfahrungen steht vor einer Veränderung. 4. die Transformation prägender emotionaler Erfahrungen wird gegenüber einem Training neuen Verhaltens deutlich aufgewertet, 5. therapeutische Beziehung, Th-Persönlichkeit und klinische Erfahrung werden aufgewertet in Verbindung mit einer Aufwertung von Selbsterfahrung und Selbstreflexion.

Problematische Aspekte der dritten Welle liegen 1. im Verlassen eines einheitlichen theoretischen und methodischen Rahmens (Ätiologie, Fallkonzept und Intervention) mit einer Aufsplitterung in zahlreiche Interventionsmodelle; 2. in einer weiteren Lockerung der Anbindung an die Grundlagenforschung und 3. in der Abkopplung von der Ausbildung (Schulbildung, Vermarktung von Weiterbildungszertifikaten) und nicht zuletzt 4. einem Verzicht auf stringente theoretische Verdichtung und Erarbeitung übergeordneter Modelle der Ätiologie und Intervention.

Ausbildung nicht mehr integrieren zu können. Die Lösung dieses Dilemmas zwischen orthodoxer Rückwärtsgewandtheit und eklektischer Vielfalt besteht in einer stringenter integrierenden Modellbildung, die sowohl in erster Linie transdiagnostisch und verfahrensübergreifend als auch in zweiter Linie störungsspezifisch ausgerichtet ist, und die ihre Inspirationsquelle weniger in religiösen Bewegungen der Achtsamkeit sucht sondern in breiter grundlagenwissenschaftlicher und praktischer Fundierung. Mit einer ‚Verhaltenstherapie emotionaler Schlüsselerfahrungen‘ habe ich demonstriert, wie langjährige klinische Erfahrung und breite schulen übergreifende wissenschaftliche Fundierung in ein transdiagnostisches Psychotherapiekonzept übertragen werden kann in das auch evidenzbasierte Symptomarbeit und Psychopharmakotherapie integriert ist (Wendisch 2015).

Die nächsten beiden Verfahrensweisen können nur noch kurz behandelt werden, haben aber aufgrund ihrer unverzichtbaren Beiträge eine wichtige Bedeutung für das Projekt einer verfahrensübergreifenden Psychologischen Therapie.

Entwicklungen und Perspektiven in der Gesprächspsychotherapie

Die **personenzentrierte GT** ist für die Psychotherapie das, was die „Theorie des kommunikativen Handelns“ von Habermas für die Philosophie ist: der „Kern“ aller Verfahrensweisen, so wie es auch von Greenberg (2011) formuliert wird. Dies ist insofern korrekt, als es weder in der psychodynamischen Psychotherapie noch in der

Verhaltenstherapie eine Theorie und Empirie der Gesprächsführung gibt, obwohl alle Therapeuten mit ihren Patienten sprechen und die Gesprächsführung der Kernaspekt einer gelingenden Therapie ist. Zentral für den von Rogers begründeten humanistischen Ansatz der GT ist die Abkehr vom Expertentum entweder für das richtige

Medikament, die richtige Deutung oder das richtige Lernprogramm und die Erkenntnis Rogers' (1961), das ein professionelles Gespräch eine Begegnung zwischen Personen ist, das erst mit dem Verzicht auf die Expertenattitüde zu einem echten Gespräch wird. Die GT hat daher auch in nicht-psychotherapeutischen Kontexten (Beratung, Bildung, Personalentwicklung, Coaching, Management) eine erhebliche Bedeutung erlangt. Kennzeichnend für den Forschungsbereich ist die Orientierung an Mikroprozessen der Kommunikation, an der Emotionstheorie und am Konstruktivismus. Kennzeichnend für die Praxis ist das unbedingte Ernstnehmen des Erlebens des Klienten, das Anknüpfen an einem gesunden Kern des Klienten (hypothetisch als Selbstverwirklichung oder Selbstaktualisierung bezeichnet) und ein Primat der Praxis für die Fragestellungen der Forschung anstelle des Postulierens von Objektivität.

Die **Emotionsfokussierte Therapie (EFT)** kann als wichtigste Neuentwicklung verstanden werden. Greenberg (2011) lehnt das Ziel einer kognitiven Kontrolle der Emotionen analog der KVT ab und geht von der neurophysiologischen Forschung von LeDoux aus, die eine schnelle und eine langsame Entstehungsweise von Emotionen belegt. Die schnellen Prozesse sind demnach mit primären Emotionen verknüpft und mangels Verarbeitung der dahinter stehenden Erfahrungen durch sekundäre Emotionen und dazugehörige kognitive Prozesse maskiert. Die Therapie besteht demnach erstens in einer bottom up-Aktivierung der primären emotionalen Prozesse, zweitens dem Ausdruck und der Akzeptanz der primären Emotionen und drittens in der Regulation und Transformation belastender emotionaler Erfahrungen und der beteiligten primären Emotionen. Empathiedefizite wie Projektionen (Übertragung starker Gefühle auf Andere) oder Rückzug des Selbst (hinderliche Schutzstrategien, Abschottung) sollen wieder rückgängig gemacht werden zugunsten einer vertieften Empathie für sich und Andere. Erweiternd zur Gesprächsführung kommt hier der sog. Stuhlarbeit die Funktion zu, mit Selbstanteilen oder anderen Personen in einen unmittelbaren Kontakt zu treten und die Begegnung produktiver zu gestalten. Die Persönlichkeitsentwicklung von Therapeuten (Selbsterfahrung) nimmt eine zentrale Rolle in der Weiterbildung ein. Greenberg selbst fasst das Wirkprinzip der EFT etwas missverständlich und verkürzt zusammen damit, dass „Emotionen durch Emotionen“ verändert werden und nicht durch Kognitionen. Durch psychodynamische Autoren wird zu Recht darauf hingewiesen, dass es nicht um einen „pull for emotion“ gehe sondern um ein Ernstnehmen im Kontext einer Beziehungsgeschichte und einer aktuellen therapeutischen Beziehung. Hier offenbart sich eine ähnliche Schwäche wie innerhalb der VT und KVT; alte Reduktionismen werden wohlmeinend durch neue Reduktionismen ersetzt auf Kosten der Fundierung in einem übergeordneten und hinreichend komplexen Gesamtverständnis von Ätiologie und Psychotherapie.

Bischkopf (2013) bilanziert und reflektiert auf die Entwicklungen in der Emotionsfokussierten Therapie und Forschung. Sie bilanziert das wachsende Bemühen um wissenschaftliche Fundierung durch Wirksamkeitsstudien, therapeutische Prozessmodelle und die

Entwicklungen und Perspektiven in der systemischen Therapie

Systemische Ansätze zur Beratung und Psychotherapie sind im nicht-klinischen Kontext sehr viel stärker verbreitet als im klinischen Kontext (Schweitzer & von Schlippe 2015). Ähnlich wie in der GT wird die systemische Perspektive bisher in Deutschland auf der Basis einer psychodynamischen oder verhaltenstherapeutischen Arbeitsweise einbezogen. Seit 2008 ist die systemische Therapie vom WBP wissenschaftlich anerkannt sowohl für die Therapie von

Erforschung narrativer Mikroprozesse mit Erfassung der Klienten- und Therapeutenperspektive. Für die Traumabehandlung zum Beispiel wird festgestellt, das auch das Vermögen einer mittleren Selbstdistanzierung und Selbstbeobachtung für die Verarbeitung einer traumatischen Situation wichtig ist. Dies führt zu einer differenzierteren Betrachtung adaptiver und unproduktiver Prozesse der Selbstreflexion (z.B. Grübeln) und zur Einbeziehung der Emotionsverarbeitung in ein Modell kognitiver Verarbeitung. Eine Schwäche der EFT liegt nach Bischkopf in der unzureichenden Ausarbeitung und theoretischen Verankerung ihrer Konzepte; es fehle „ein Rahmenkonzept, das anschlussfähig an andere Diskurse in der Psychologie ist“ (S.151). Befürchtet wird auch eine Unterwerfung unter das medizinische Modell im Gegensatz zu einem erforderlichen kontextuellen Verständnis von Beziehung, Setting, Behandlung und Wirksamkeitsverständnis. Der Weg zur eigenen Therapieschule sei „absehbar“; widerspreche aber der ursprünglichen Intention der Nutzbarmachung der Erkenntnisse für alle Praktiker und Forscher. Diese wohltuend-humanistische Haltung von Jeanette Bischkopf (2013), die auch bei Leslie Greenberg (2011) zum Ausdruck kommt, ist eine Absage an Selbstvermarktung und zertifizierte Expertokratie, die derzeit die dritte Welle der Verhaltenstherapie kennzeichnet.

Bischkopf (2013) zeigt Entwicklungsperspektiven der EFT auf; dazu gehört die Untersuchung der Anwendung für spezifische Patientengruppen, verstärkte Prozessforschung bei Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung, Integration in andere Ansätze, und nicht zuletzt die stärkere methodische Berücksichtigung der Klientenperspektive auch in nicht-klinischen Kontexten.

Insbesondere die theoretische und empirische Anbindung der aktuellen GT /EFT an die zentralen Diskurse der psychodynamischen Psychotherapie und der Verhaltenstherapie könne sehr vielversprechend sein. Hierzu gehöre –so Bischkopf– z.B. die Einbeziehung der Bindungsforschung als wichtigste Grundlage für das Verständnis vorsprachlicher und sprachlicher Interaktion in eine hinreichend komplexe Theorie der Gesprächsführung auf einem entwicklungs-psychologischen Hintergrund. Sowohl die Bindungsforschung als auch die Gesprächsführung überschneiden sich im Verständnis einer auf ein mitfühlendes Gegenüber angewiesenen und sich entwickelnden Persönlichkeit (Kinder, Jugendliche, Erwachsene, Patienten).

Zum zweiten hochinteressant wäre eine schulenunabhängige Erforschung der Mikroprozesse in der Gesprächsführung. Auf diesem Hintergrund könnte man zum Beispiel Aufschluss erhalten über die unterschiedliche Gesprächsführung übertragungsfokussierter vs. traumafokussierter psychodynamischer Traumatherapeuten, im Vergleich zu verhaltenstherapeutischen (TFBCT) oder emotionsfokussierten Trauma-therapeuten (EFTT). Die Erkenntnisse aus einer solchen Forschung ließen sich verknüpfen mit einem Modell hilfreicher Gesprächsführung und Selbstentwicklung. Die derzeitige Vernachlässigung der Therapieprozessforschung und ihr hoher Abstraktionsgrad und ihr hoher Abstraktionsgrad können durch die Einbeziehung einer forschenden GT überwunden werden.

Erwachsenen als auch für Kinder und Jugendliche und 2018 wird die sozialrechtliche Zulassung durch den G-BA erwartet.

Es zeigt sich im Rahmen dieser Richtung eine Entschiedenheit zur Berücksichtigung sozialer Zusammenhänge, die am ehesten noch in familiendynamischen psychoanalytischen Ansätzen wiederzufinden ist, die aber insgesamt ein wichtiges Korrektiv der

beiden etablierten Ansätze ist, die sich zu sehr auf eine störungsfixierte Betrachtung eingeschossen haben.

Von der Familie im engeren Sinne ging es historisch zur Einbeziehung unterschiedlichster sozialer Systeme wie Schule, Arbeitsplatz, Peergruppen, Gemeinwesen. Im klinischen Kontext konzentriert sich systemische Therapie auf die Einbeziehung sozialer Systeme in die Therapie, auf die kommunikative Bedeutung von Symptomen im sozialen Kontext, auf die sozial-kontextuelle Behandlung gesundheitlicher Störungen bei Kindern und Jugendlichen, und auf die Belastung von Familien durch gesundheitliche Probleme (Familienmedizin) (v Schlippe & Schweizer 2013). Zu den neueren Entwicklungen gehören die Einbeziehung von Bindungstheorie, Emotionstheorie und des Mentalisierungs-modells, die Entwicklung von Elterncoachings, die Einbeziehung des Familienstellens und die Auseinandersetzung mit störungsspezifischen Therapie-ansätzen (Lieb 2014). Letzteres ist vergleichbar zur GT mit der berechtigten Befürchtung verbunden vom medizinischen Modell vereinnahmt zu werden und sich dem Denken in Störungen als Entitäten anzuschließen. Lieb (2014) skizziert als Lösung die Unterscheidung von drei Kontexten: Therapieraum, Gesundheitswesen, Metatheorie. Im Therapieraum stehen die sozialen Funktionssysteme der beteiligten Personen im Mittelpunkt; im Gesundheitswesen stehen die gesellschaftlichen Funktionssysteme der Krankenbehandlung, der Politik und der Wirtschaft im Mittelpunkt, die auch eine Unterscheidung von ‚krank‘ und ‚gesund‘ implizieren; und in der metatheoretischen Position werden Begriffe, Konzepte und Forschungsmethoden nicht ontologisiert als unmittelbarer Zugriff auf die Wirklichkeit, sondern als soziale Konstruktionen mit Vor- und Nachteilen unter dem Vorbehalt der Vorläufigkeit und der Perspektivität eigener Interessen behandelt (epistemologischer Konstruktivismus). In der metatheoretischen Position gibt es auch Berührungspunkte mit Fonagy & Target, die in der radikalen empirisch geleiteten Dekonstruktion etablierter Begriffe und Konzepte die Voraussetzung sehen für das permanente Bemühen um einen validen theoretischen Rahmen. Die Systemtheorie ist daher nach Lieb (2014) grundsätzlich geeignet „die Wissensbestände anderer Schulen metatheoretisch zu beschreiben und zu integrieren“; die systemische Therapie kann jedoch keine alle Therapieschulen integrierende Metatheorie darstellen, weil sie keine Bewertung der schulenspezifischen Konzepte vornehmen kann und selbst interessegebunden und nicht neutral ist (Lieb 2014 20f).

Für die klinische Position der systemischen Therapie kennzeichnend sind folgende Aspekte: eine wertschätzende und allparteilich loyale Beschreibung von Familiengeschichten in einer Mehrpersonenperspektive (es darf so viele Wahrheiten wie Personen in einer Familie geben), die Anerkennung von generationsspezifischen Subsystemen mit Rollenverteilungen und Strategien der Einbeziehung und der Ausstoßung, die Betrachtung von Symptomen in ihrer kommunikativen und interaktiven Funktion, die Betrachtung transgenerationaler Weitergabe von Erfahrungen, die entwicklungsorientierte Zukunfts-orientierung mit Betonung der vorhandenen Ressourcen.

Lieb (2014) behandelt auf diesem Hintergrund auch eine systemtheoretische Sicht auf Begriffe wie ‚Kommunikation‘ oder ‚Übertragung‘. Der Begriff Kommunikation (communicare = vereinigen) ist individualpsychologisch gar nicht ausreichend zu greifen, da Kommunikation in ihren Elementen ‚Information‘, ‚Mitteilung‘ und ‚Verstehen‘ immer auf ein Gegenüber angelegt ist, das Teil der Kommunikation ist. Sie ist daher auch nicht von außen beobachtbar sondern nur erschließbar. Es gibt kein ‚außen‘ sondern

nur verschiedene Versuche aus der teilnehmenden oder beobachtenden Position Kommunikationsprozesse zu rekonstruieren. Darauf basierend kann man auch die logische Theorie des Beobachtens verstehen: wenn ich unmittelbar teilhabend Beobachtungen anstelle, dann markiere ich unmittelbar Wahrnehmungen und Unterscheidungen z.B. in der therapeutischen Beziehung (Beschreibung o. Beobachtung 1. Ordnung: „der Patient reagiert verärgert“); wenn ich aus einer gewissen Distanz den Beobachter beobachte - das kann ich auch selbst sein, der gerade seinen Patienten beobachtet - und den zugehörigen Kommunikationsvorgang rekonstruiere, brauche ich ein Kategoriensystem zur Beschreibung der Interaktion oder der Kommunikation (Beobachtung 2. Ordnung: z.B. er reagiert häufig verärgert, wenn Andere sich für eine Entscheidung Zeit lassen). Von diesen Beschreibungen lassen sich wiederum ‚Erklärungen‘ unterscheiden, die in einer Zuschreibung von Entitäten besteht (z.B. „er überträgt den Ärger in Bezug auf seinen Vater auf Andere“). Hieran knüpft auch die Kritik am Übertragungskonzept an, weil mit dem Begriff „Übertragung“ die beschreibende und die erklärende Ebene vermischt werden. Jede Beobachtung in der Interaktion kann somit scheinbar erklärt werden, dass die „Ursache“ in einer Person lokalisiert wird. Ein anderer Ansatz besteht darin, erst einmal auf der Ebene beschreibender Wahrnehmung vollständigere oder selektivere Beschreibungen der Interaktion gegenüberzustellen. Die Konsequenz aus einer solchen Trennung von Beschreibung und Erklärung in der therapeutischen Beziehung wäre, dem Patienten keine Erklärungen anzubieten (analog der Deutung), sondern Merkmale der Interaktion vollständiger wahrzunehmen und zu beschreiben, um sie von einer sehr selektiven Beschreibung (z.B. des Patienten: wenn sich mein Gegenüber mehr Zeit lässt als ich, dann erlebe ich das als Desinteresse und bin verärgert) zu einer vollständigeren Wahrnehmung und Beschreibung zu gelangen (z.B. ich bin auch neidisch auf jemanden, der sich Zeit lässt und gerate selber schneller unter Druck). Würde man aus dieser systemtheoretischen Sichtweise auf Erklärungen z.B. durch „Abwehrmechanismen“, „kognitive Schemata“ o.ä. weitgehend verzichten, dann entstünde mehr Raum in der Interaktion zur Beschreibung dessen was ist. Ein solches Verständnis der Interaktion führt zu einer Handhabung der Interaktion, die auch durch das Mentalisierungskonzept nahegelegt wird; Fonagy & Target beschreiben das „gemeinsame Entdecken“ als Leitbild der Interaktion und nicht die Deutung.

Auch der in der Verhaltenstherapie inzwischen vernachlässigte Begriff der „Funktionalität“ - in anderen Kontexten missverständlich als „Krankheitsgewinn“ bezeichnet - bekommt systemtheoretisch betrachtet noch einen zusätzlichen Akzent (Lieb 163ff.). Symptome haben eine primäre Funktion im unmittelbaren Spannungsabbau durch Bedürfnisbefriedigung (C+) oder Schutz (C-), eine sekundäre Funktion in der erlebten Entlastung vor den Konsequenzen in einem sozialen System, und eine tertiäre Funktion für Personen des sozialen Systems. Lieb (2014 165) merkt an, dass Hypothesen über die tertiären Funktionen in der Psychoanalyse und Verhaltenstherapie selten generiert werden und dies in der systemischen Therapie deutlich häufiger der Fall sei.

Auch wenn die Nützlichkeit der Hinzuziehung der systemischen Perspektive bzw. des sozialen Systems sowohl für die Betroffenen als auch für die Angehörigen in einigen Problem- und Symptombereichen nachgewiesen wurde, gibt es deutliche Warnungen davor, die Patienten im Interesse Dritter im Hinblick auf die Erreichung vorgegebener Ziele (z.B. Symptomreduktion) zu instrumentalisieren (Simon 2012).

Eine integrierende Perspektive – Psychologische Therapie

Zum Begriff: „Psychologische Therapie“ meint seit Grawe eine Therapie mit psychologischen Mitteln der Kommunikation und spez. Interventionsmethoden auf breiten wissenschaftlichen Grundlagen; es geht also um eine verfahrensneutrale Allgemeine Psychotherapie, die sowohl von Ärzten, Psychologen als auch im KJP-Bereich von Pädagogen betrieben werden kann, da sich alle diese Berufsgruppen psychologischer Mittel und Erkenntnisse bedienen. Dieser fachliche Begriff eignet sich also nicht als berufspolitischer Kampfbegriff sondern ist auf eine kooperative Interdisziplinarität und sprechende Medizin hin angelegt.

In der Gegenüberstellung der psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Wissenskulturen fällt auf, dass es auf der psychodynamischen Seite einen Hang zu überspezifizierten Theorien und eine hohe Konzentration auf die Arbeit innerhalb der therapeutischen Beziehung gibt, während es auf der verhaltenstherapeutischen Seite ein Defizit metatheoretischer Verknüpfung relevanter Wissensbereiche gibt bei gleichzeitigem Wildwuchs nebeneinander stehender Techniken und Verfahrensweisen. Gesprächsführung und Beziehung als Interventionsebenen werden im VT-Mainstream weder verstanden noch angemessen konzeptualisiert. Aus der Sicht eines Praktikers ist hinsichtlich der Stärken und Schwächen beider Kulturen eine Integration zu fordern und der Konkurrenz der Schulen eine Absage zu erteilen. Hier braucht es sowohl innerhalb als auch zwischen den Kulturen die geordnete und empirisch geleitete Verbindung aller Wissensbereiche mit dem Ziel einer größtmöglichen gemeinsamen metatheoretischen Übereinstimmung (vgl. Benecke, 2016). Der Fundierung der Konzepte durch psychobiologische und entwicklungspsychologische Grundlagenforschung kommt hier eine zukünftig wichtige Bedeutung zu.

In den Weiterentwicklungen der psychodynamischen Psychotherapie und der Verhaltenstherapie fallen deutliche Annäherungen bei gleichzeitig fundamentalen Differenzen auf, die sich aktuell weiter zuspitzen. Die Annäherungen bestehen seitens der psychodynamischen Therapie in der zunehmenden Operationalisierung der verwendeten Konzepte, in der Erarbeitung unterschiedlicher Funktionen der Beziehung über die klassische Deutung hinaus mit für den Patienten gut zugänglichen Wahrnehmungen, in der empirischen Fundierung und der Einbeziehung der Wirksamkeitsforschung und auch in der Einbeziehung traumatherapeutischer Behandlungsmethoden. Die Annäherung seitens der Verhaltenstherapie der dritten Welle bestehen in einer zunehmenden Bedeutung der therapeutischen Beziehung auch mit Einbeziehung von Übertragungsprozessen, der Einbeziehung präkognitiv-impliziter (ehemals unbewusster) Prozesse, der Bearbeitung aktuell relevanter biografischer Erfahrungen, und in der Bereitschaft zum Verlassen des engen theoretischen Rahmens der ersten und zweiten Welle. In großen Teilen präsentiert sich der VT-Mainstream allerdings nach wie vor technizistisch, kognitivistisch und symptomfixiert. Hier zeigen sich die beschriebenen Fehlentwicklungen und im Kern ein Unverständnis für die komplexe Wirkungsweise von Psychotherapie, die sich nicht auf Technik versus Beziehung reduzieren lassen sollte.

Die fundamentalen Differenzen bestehen in einer sehr unterschiedlichen Bereitschaft zur Einbeziehung der Entwicklungspsychologie und Bindungsforschung, der sich daraus ergebenden zentralen Bedeutung für Gesprächsführung und Beziehungsgestaltung, und nicht zuletzt in einer sehr unterschiedlichen Haltung zur Wissenschaft, die man in den Extremen als ablehnend vs. gläubig bezeichnen kann. Dem

induktiven Problem einer Anhäufung von zu vielen Theorien seitens der psychodynamischen Forschung steht das deduktive Modell einer abstrakten lernpsychologisch-kognitiven Theorie gegenüber, die nichts mehr wirklich erklären kann sondern noch eine formale identifikatorische Klammer bildet. In beiden Lagern gibt es einen orthodoxen Kern, der seine zentralen theoretischen Konstrukte nur ungerne aufgeben will, obwohl in der Praxis zahlreiche Relativierungen erforderlich sind. Dazu gehört auch die psychodynamische Arbeitsweise ausschließlich durch gezielte Vertiefung einer Übertragungsbeziehung, für deren Wirksamkeit es nach Benecke (2016) „keine empirischen Process-Outcome-Studien“ gibt. Eine Behandlung von Traumafolgestörungen müsste man in diesem Behandlungsparadigma insofern fast als Kunstfehler, zumindest aber als unnötige Verlängerung des Leidens der Patienten ansehen, wenn sie auf die Einbeziehung traumafokussierter Behandlungsmethoden vollständig verzichtet.

Eine übergeordnete Verfahrensweise und metatheoretische Position macht es erforderlich, dass die beteiligten Wissenschaftler mit ihren eigenen Interessen im Hinblick auf Konzepte, Begrifflichkeiten, Forschungsinstrumente und methodologischem Rahmen selbstreflexiv umgehen und sich nicht selbst überhören als Definitionsinstanz mit nicht hinterfragten ideologischen Grundannahmen. Hier berührt sich die Haltung des epistemologischen Konstruktivismus des Wissenschaftlers mit der Haltung des sozialen Konstruktivismus des akademischen Psychotherapeuten wie er in der systemischen Therapie gefordert wird. Die Therapieprozessforschung kann hier wichtige Beiträge liefern für eine verfahrensneutrale empirisch fundierte Psychologische Therapie. Hier hätte die forschende GT eine zentrale Aufgabe im Hinblick auf die Erforschung narrativer Prozesse in Therapiesitzungen und ihre Auswirkung im Therapieverlauf. Letztlich sollten alle Forschungsbereiche von der weitverzweigten Grundlagenforschung über die klinische ätiologische Forschung bis zur Prozess- und Effektforschung miteinander verknüpft werden. Zudem sollten Forschungstraditionen wieder belebt werden, die der ideologischen Zweiteilung zum Opfer gefallen sind: dazu gehören qualitative Methoden, Interviewtechniken und im klinischen Bereich vergleichende Kasuistiken mit hohem Dokumentationsstandard.

Es würde hier den Rahmen sprengen, Ansätze für eine integrierende Theorie bzw. ein neutrales schulensübergreifendes Referenzmodell zu erörtern; das wäre einem weiteren Artikel vorbehalten. Aber einige Elemente kann man benennen: Bindungstheorie, Emotionstheorie, Gedächtnispsychologie mit Forschung zum Traumagedächtnis und einer empirischen Neukonstruktion einer Theorie des ‚dynamischen Unbewussten‘ und der kognitiven Rekonsolidierung, Motivationstheorie, Konflikttheorie, Gesprächsführung, Beziehungsgestaltung, Mentalisierungsmodell, transgenerationale Weitergabe von Erfahrungen, transdiagnostische und störungsspezifische Theorien gesundheitlicher Störungen und schädlicher Risikoverhaltensweisen, Persönlichkeitstheorie mit sowohl gesunden Anteilen als auch unterschiedlich fragmentierter Struktur, und nicht zuletzt ein differenziertes Verständnis entwicklungsrelevanter traumatischer, potenziell traumatischer und selbstwertverletzender Erfahrungen. Alle diese Aspekte sollten in einem Referenzmodell Psychologischer Therapie miteinander verknüpft werden können, weil sich die Einzelaspekte empirisch als bedeutsam erwiesen haben. Hier wären wir wieder am Kern einer Theorie der bindungsorientierten und gelingenden Gesprächsführung die im Mainstream übersehen wird und vielleicht im Rückgriff auf die Gesprächstherapie überwunden werden kann.

Darauf gründend ließe sich in der Praxis für jeden Einzelfall zwischen Ätiologie, Fallkonzept und Behandlung eine schlüssige Verbindung herstellen ohne die offene Grundhaltung im Gespräch zu behindern. Die einzelne Sitzung kann niemals nur die Umsetzung eines Behandlungsplanes sein, sondern besteht in ihrer Kernkompetenz Gesprächsführung immer darin, dass sich ein Therapeut in jeder Hinsicht auf seinen Patienten einstellen kann und nicht darin, dass der Patient sich auf die therapeutische Ideologie, Sprache oder Eigenheiten seines Therapeuten einstellen muss. Hier wären wir wieder am Kern einer Theorie der bindungsorientierten und gelingenden Gesprächsführung. Der praktische Schlüssel für diese Kompetenzen liegt in einer intensiven Einzelselbsterfahrung. Genau die kommt gegenwärtig aber in einer ebenfalls ökonomisierten Ausbildung unter die Räder und es werden die in der bisher umfassendsten wissenschaftlichen Ausbildungsstudie festgestellten Mängel von Strauss et al (2009) und Nodop (2013), die zum Beispiel „mindestens 50 Sitzungen Einzelselbsterfahrung“ empfehlen, fortgeschrieben anstatt korrigiert!

Aktuell sieht die Handhabung leider noch anders aus: verschiedene Verfahrensweisen werden im Hinblick auf ihre eigene innere Verfahrenslogik hin getrennt voneinander betrachtet um keine „Verfremdung“ zu riskieren. Dies entspricht dem aktuellen Stand des wissenschaftlichen Beirats (WBP) und des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Es impliziert die weitgehende verfahrensgetrennte Konzeptualisierung von Ätiologie, Fallkonzept und Behandlung. Und es hat im weiteren zur Folge, dass sich andere Therapieverfahren ebenfalls verständlicherweise als eigenständig etablieren wollen und die Versorgungslandschaft diversifizieren um den Preis einer Verarmung innerhalb der jeweiligen Verfahrensweise! Diesem Weg steht eine zumeist eklektische Praxis gegenüber: verschiedene Verfahrensweisen werden integriert mit dem Risiko, dass entweder eine Subsumption unter eine psychodynamische Logik oder eine verhaltenstherapeutische Logik oder gar kein Konzept mehr erkennbar ist.

Einstweilen sollten sowohl Wissenschaftler wie auch Praktiker mittelfristig mit einer Art doppelten Buchführung leben, die sich sowohl dem gelernten Verfahren verpflichtet fühlt (mit verfahrensspezifischen Begriffen) als auch auf eine langfristige Auflösung der Verfahrenstrennung orientiert ist (mit verfahrensneutralen Begriffen). Wissenschaftler wiederum müssten sich der Neutralität und dem Gemeinwohl verpflichten und im Unterschied zu technischen und industrienahen Forschungsbereichen eine Absage erteilen an jedwede Form des persönlichen Marketings eines eigenen Therapiekonzeptes.

Langfristig kann ein Referenzmodell Psychologischer Therapie mit psychodynamischen, verhaltenstherapeutischen, gesprächspsychotherapeutischen und systemischen Aspekten auf empirischer Grundlage und in einer neutralen Sprache so zusammengeführt werden, dass sie miteinander kompatibel sind. Innerhalb dieses Referenzmodells würden sich jedoch Verfahrensweisen solange weiter unterscheiden, bis sich empirisch konkrete Modelle

durchgesetzt haben. Durch die Arbeit an einem Referenzmodell würden aber mittelfristig sowohl eine gemeinsame Forschung weitergeführt werden, als auch verfahrensspezifische Fragestellungen weiter beforscht werden können. Bislang nicht in der Kasserversorgung zugelassene Verfahrensweisen würden dann nicht mehr ausschließlich nach dem symptombezogenen Wirksamkeitskriterium beurteilt (evidenzbasierte Bewährung) sondern müssten sich hinsichtlich der Komplexität in der Anwendung und in der Begründungstiefe an dem schulen übergreifenden Referenzmodell orientieren (wissenschaftliche Begründung) oder ihr Wissen in ein schulen übergreifendes Projekt Psychologischer Therapie einbringen, mit dem sie fusionieren.

Der ökonomische Druck auf die Psychotherapie hat neben einigen Weiterentwicklungen auch Fehlentwicklungen mit sich gebracht. Unter diesem Druck hat sich nicht nur eine befruchtende Konkurrenz mit gewissen Annäherungen herausgebildet sondern auch ein Auseinanderdriften in getrennten Verfahrensweisen, die die Psychotherapie als Gesamtprojekt gegenüber einer dominierenden Biomedizin schwächen. Während die psychodynamische Psychotherapieforschung ihre überbordende Theorievielfalt in der Auseinandersetzung mit Verhaltenstherapie empirisch „zurückschneiden“ musste ist in der Zukunft die Verhaltenstherapie gefordert ihre Technikvielfalt und Theoriezersplitterung in Auseinandersetzung mit der psychodynamischen Empirie und der Empirie der Grundlagenwissenschaften zu überwinden in einem übergeordneten Projekt „Psychologische Therapie“. Zum Nutzen der Patienten sollten wir die Kräfte bündeln und die sprechende Medizin wie die Psychotherapie als Basis für ein Gelingen der gesamten Medizin stärken. Wir haben Alle ein gemeinsames Ziel: die Neubewertung der sprechenden Medizin im Verhältnis zur Apparatedizin und die Orientierung an den realen Bedürfnissen der Patienten!

Am Ende möchte ich an den Anfang dieses Artikels anknüpfen. Die Entsorgung des Wissens um die zentrale Bedeutung sozialen Zusammenhalts und der essentiellen Bedeutung menschlicher Verbundenheit steht im Dienste eines neoliberalen Programms. Daniel Kahneman und viele kritische Geister erkennen in der Politik die zentrale Aufgabe, die sozialen Bedingungen für gesundes individuelles und sozial-kulturelles Wachstum gegen die darwinistischen Prinzipien einer grenzenlos agierenden Ökonomie zu behaupten und eine Gesellschaft vor der ungehemmten Macht der ökonomisch Stärkeren zu schützen und sie diesen Kräften bzw. ökonomischen Prinzipien nicht vollständig auszuliefern. Seit den neunziger Jahren hat sich die Politik zunehmend der Ökonomie unterworfen, was sich in den sozialen Berufen, der Bildung, der Ernährung bis in das Gesundheitswesen und die Psychotherapie auswirkt. Der Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten BVPP formulierte hier 2013 in einer Pressemitteilung treffend: „**die Industrialisierung des Gesundheitswesens beraubt es seiner eigenen Identität und der Verpflichtung auf das Wohl des Patienten**“. Wir sollten wieder mehr Mut haben eigene Überzeugungen zu entwickeln und für diese einzutreten.


Literatur:

Almuth Bruder-Bezzel, Klaus-Jürgen Bruder, Karsten Münch (Hg.) *Neoliberale Identitäten. Der Einfluss der Ökonomisierung auf die Psyche.* Psychosozial-Verlag
Bartz JA et al (2015) *Differential Effects of Oxytocin on Agency and Communion for*

Anxiously and Avoidantly Attached Individuals. Psychological Science, 26, no 8, 1177-1186.
Benecke C (2014) *Die Bedeutung empirischer Forschung für die Psychoanalyse. Forum Psychoanal* 30: 55-67

Benecke C (2016) *Psychodynamische Therapien und Verhaltenstherapie im Vergleich. Zentrale Konzepte und Wirkprinzipien.* Vandenhoeck & Rupprecht.
Bischkopf J (2013) *Emotionsfokussierte Therapie.* Hogrefe

- Bohleber (2013) *Kultureller Wandel in der Psychoanalyse. Vortrag am 24. April 2013 im Rahmen der 63. Lindauer Psychotherapiewochen* (www.lptw.de)
- Bohus (2015) *Elfenbeintürme im Treibsand - Was macht es so schwierig, Erkenntnisse aus der Forschung in die Praxis umzusetzen? Verhaltenstherapie* 2015; 25:145-155
- Bolz N (2011) *Die ungeliebte Freiheit: Ein Lagebericht. Wilhelm Fink.*
- Cuijpers P, Driessen E, Hollon Steven D, van Oppen P, Barth J & Andersson G (2012). *The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: A meta-analysis. Clinical Psychology Review* 32: 280-291
- Ditzen B, Nater UM, Schaer M, La Marca R, Bodenmann G, Ehlert U & Heinrichs M (2013) *Sex-Specific Effects of Intranasal Oxytocin on Autonomic Nervous System Activity during Couple Conflict. Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(8), 897-902.
- Fäh M, Fischer G (Hg) (1998) *Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden. Psychosozial Verlag*
- Flückiger C, Del Rey A, Wampold B, Symonds D, Horvath A (2012) *How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. J Couns Psychol*; 59: 10-17.
- Fonagy P & Target M (2003) *Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung* (Klett-Cotta)
- Goldfried (2013) *What should we expect from psychotherapy? Clinical Psychology Review*, 33, 813-824.
- Goldfried MR & Wolfe BE (1996) *Psychotherapy Practice and Research. Repairing a Strained Alliance. Special Issue. Outcome assessment of psychotherapy, Vol 51, No 10*
- Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 4 (1), 4-11.
- Green A (2000) *Science and science fiction in infant research. In : Sandler J, Sandler AM, Davies (Hg): Clinical and observational psychoanalytic research. Roots of a controversy. London/New York (Karmac Books)*
- Greenberg LS (2011) *Emotionsfokussierte Therapie. München (Ernst Reinhardt Verlag)*
- Hantke L (2006). *Zum Umgang mit Dissoziationen und Körpererinnerungen. In: Zobel M (Hg) Traumatherapie in der Praxis. Psychiatrie-Verlag (Bonn)*
- Hayes SC & Lillis J (2012). *Acceptance and Commitment Therapy. Washington, DC: American Psychological Association.*
- Holzkamp K (1972) *Kritische Psychologie. Frankfurt (Fischer)*
- Jacob G & Amtz A (2013). *Schema Therapy for Personality Disorders - A Review. International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 171-185.
- Jauch Ursula Pia (2011) *Kann man Forschung wie Spitzensport betreiben? Das Effizienzdenken an Hochschulen unterwirft die Wissenschaften der Nutzenlogik. Das tut ihr nicht gut. Tagesspiegel Zürich v 31.5.2011*
- Kahneman D (2012) *Schnelles Denken, langsames Denken. 12. Auflage. Siedler Verlag.*
- Kriz J (2014) *Wie evident ist Evidenzbasierung? Über ein gutes Konzept und seine missbräuchliche Verwendung. in: Sulz, Serge (Hrsg): Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet? München: CIP-Medien, S. 154-185*
- Lefevre A & Sirigu (2016) *The two fold role of oxytocin in social developmental disorders: A cause and a remedy? Neuroscience and biobehavioral reviews* 63: 168-76.
- Lieb H (2014). *Störungsspezifische Systemtherapie - Konzepte und Behandlung. Heidelberg (Carl Auer)*
- Lilienfeld SO, Ritschel LA, Lynn SJ, Cautin RL & Litzman RD (2013). *Why many clinical psychologists are resistant to evidencebased practice: Root causes and constructive remedies. Clinical Psychology Review*, 33, 883-900.
- Maio G (2014) *Geschäftsmodell Gesundheit: Wie der Markt die Heilkunst abschafft. Suhrkamp.*
- Maio G (2016) *Verstehen nach Zahlen? Warum die Psychotherapie durch die Ökonomisierung fehlgeleitet wird. in: Bruder-Bezzel A, Bruder KJ & Münch K: Neoliberale Identitäten. Der Einfluss der Ökonomisierung auf die Psyche, 93-102.*
- Neuner F (2008). *Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie - Grundregel oder Mythos? Verhaltens-therapie* 18: 109-118.
- Nodop, S. (2013). *Supervision und Selbsterfahrung zur Entwicklung und Sicherung psychotherapeutischer Kompetenzen - Quantitative und qualitative Auswertung von Befragungen des Forschungsgutachtens zur Psychotherapieausbildung in Deutschland. Dissertation Universität Jena.*
- Okiishi JC, Lambert MJ, Eggett D, Nielsen L, Dayton, DD & Vermeersch DA (2006). *An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients psychotherapy outcome. J Clin Psychol*, 62, 1157-1172.
- Pagani, M., Högberg, G., Fernandez, I., & Siracusano, A. (2014). *Funktionelle und Strukturelle Korrelate von EMDR-Therapie in Neuro-Bildgebungs-verfahren (Neuroimaging): Eine kritische Übersicht neuester Befunde. Journal of EMDR Practice and Research, Volume 8, Number 3, 2014, E85-95. Translated by Marlen Lenzen.*
- Peters (2014) *Strukturbezogene Psychotherapie bei hochaltrigen Patienten. Psychotherapie im Alter: 11 (2)*
- Reddemann L & Wöller W (2017) *Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung. Hogrefe.*
- Rudolf (2010) *Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma. Schattauer Verlag.*
- Rudolf G (2004, 2014 3. Aufl) *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktur. Störungen. Schattauer Verlag.*
- Safran JD & Segal ZV (1990) *Interpersonal process in cognitive therapy. New York: Basic Books. Softcover edition. Jason Aronson Inc.*
- Schreiner P (2016) *Leben im Neoliberalismus. Papyrossa*
- Schreiner P (2018) *Warum Menschen so was mitmachen. 18 Sichtweisen auf das Leben im Neoliberalismus. Papyrossa*
- Schultz-Venrath (2013) *Lehrbuch Mentalisieren. Psychotherapien wirksam gestalten. Fachbuch, Klett Cotta*
- Schweitzer J & v Schlippe (2015) *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung Bd II. Vandenhoeck & Rupprecht.*
- Sell (2012) *Die Wissenskultur der Psychoanalyse und ihre Differenz zur kognitiven Verhaltenstherapie. In: Gödde G & Buchholz MB (Hg) Der Besen, auf dem die Hexe fliegt - Wissenschaft und Therapeutik des Unbewussten, Bd. 1: Psychologie als Wissenschaft der Komplementarität. Gießen (Psychosozial-Verlag) 271-299*
- Simon FB (2012) *Die andere Seite der „Gesundheit“ - Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Heidelberg (Carl Auer)*
- Strauss, B., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J., Fliegel, S., Freyberger, H.J., Goldbeck, L., Leuzinger-Bohleber, M. & Willutzki, U. (2009). *Forschungs-gutachten zur Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsycho-therapie. Berlin. Bundesministerium für Gesundheit.*
- Wendisch (2015) *Verhaltenstherapie emotionaler Schlüsselereferenzen. Vom kognitiv Vom kognitiven Training zur emotionalen Transformation. Hans Huber*
- Wendisch (2018) *Entwicklungen, Fehlentwicklungen und Perspektiven in der Psychotherapie. Psychotherapie im Dialog, 1/18*
- Wendisch (in Vorb.): *Ein Psychologisches Modell der Wirkungsweise von Psychotherapie. How to understand the authentic complexity of therapeutic action? Praxis der Psychotherapie, 6.Auf. (Hrsg.) Thieme Verlag.*

	<p>Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Martin Wendisch</p> <p><i>Praxis für Psychotherapie- Hartmann-von-Aue Str. 3 79280 Freiburg/Au</i></p> <p><i>Dr.Wendisch@ psychotherapie- freiburg.de</i></p>
<p><i>Studium der Psychologie, Philosophie und Theologie.</i></p> <p><i>Erfahrung als Leitender Psychologe einer Fachklinik, Ausbildungsleiter, Therapeut, Supervisor, Dozent,</i></p> <p><i>Verhaltenstherapie-Psychoanalyse-TP-GT-System Th.</i></p> <p><i>Wissenschaftl. Mitarbeiter in Marburg und Bern</i></p> <p><i>KBV-Gutachter</i></p> <p><i>Fachbuchautor und Co-Herausgeber der 6. Aufl. „Praxis der Psychotherapie“ – ein integratives Lehrbuch</i></p>	

Interessenkonflikt: Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Diesen Beitrag finden Sie im Internet als ergänzendes Material unter: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-123305>