

04 Von der Psychotherapie-Wissenschaft zur Kunst der Psychotherapie

Serge Sulz

Worum es geht

Ausgehend von der gegenwärtigen Diskussion zum Berufsbild der Psychologischen PsychotherapeutInnen (Sachse, Fasbender & Hammelstein, 2014; Amrhein, 2014; Fliegel, 2014; Strauß & Nodop, 2014; Sulz, 2014a–d) wird der Unterschied zwischen Psychotherapie und Wissenschaft herausgearbeitet. Dabei wird eine Wissenschaftsdiskussion unvermeidlich, in der der dominierende Stellenwert der RCT-Forschung hinterfragt wird (Henry, 1998; Kriz, 1996, 2000, 2007, 2010, 2014; Revenstorf, 2005, 2014; Sulz, 2014d). Die Notwendigkeit der Öffnung für andere Forschungsparadigmen und Forschungsmethoden wird aufgezeigt (wie Feldstudien, qualitative Forschung, Hermeneutik). Das führt dazu, dass der bestmögliche Ort der Psychotherapie-Ausbildung nicht in der Universitätspsychologie zu finden ist, sondern dort, wo Psychotherapie gemacht wird und es LehrerInnen (DozentInnen und SupervisorInnen) gibt, die erfahrene PsychotherapeutInnen sind (Sulz, 2014c; Sulz & Richter-Benedikt, 2014; Sulz & Backmund-Abedinpour, 2014; Sulz & Hoenes, 2014). Einem mit 18 Jahren beginnenden Universitätsstudium werden keine Chancen eingeräumt, den notwendigen Rahmen für die Entwicklung einer ausreichend gereiften Therapeutenpersönlichkeit mit den erforderlichen Kompetenzen zu bieten (Sulz & Sichort-Hebing, 2014). Dabei kommt Selbsterfahrung und Supervision ein sehr großer Stellenwert zu (Hill, 2013).

Teil 1 Psychotherapie-Wissenschaft

Seit zwanzig Jahren gibt es in den USA heftige Debatten über die Medikalisierung der Psychotherapie. Schließlich haben auch so prominente Therapieforscher wie Seligman (1997) und Woolfolk (1998) Position gegen eine einseitig auf

Evidenzbasierung fokussierte Psychotherapieentwicklung bezogen. Bei der Evidenzbasierung von Psychotherapieverfahren und -methoden geht es um „Empirically Supported Treatments EST“, die im Idealfall durch Randomized Clinical Trials (RCT)-Studien geprüft wurden (Chambless, 1998, 2002). Am liebsten würden die Protagonisten Doppelblindstudien durchführen wie die Pharmakologen, d. h. die Medikalisierung ihrer Forschung bis zur Perfektion bringen, aber man kann nicht dafür sorgen, dass der/die PatientIn nicht erfährt, welche Psychotherapie er/sie erhält. Den GegnerInnen ist auch die RCT-Psychotherapieforschung zu weit entfernt von dem, was in der realen Patientenversorgung geschieht. Vor lauter Vereinfachung der Rahmenbedingungen und Reduktion von Komplexität und Flexibilität, werde die Einzigartigkeit jedes Menschen nicht mehr gewürdigt (Blais & Hilsenroth, 2013). Entsprechend sei es auch um die externe Validität der Studienergebnisse, also die Übertragbarkeit auf die alltäglichen Krankenbehandlungen sehr schlecht bestellt. Da taucht dann in der Diskussion das Dodo Verdikt auf, das im übertragenen Sinne meint, dass alle Therapien letztlich gleich gut sind, da sie alle das gemeinsam haben, was ihre Wirkung ausmacht (Weinberger & Rasco, 2013). Die EST-RCT-ForscherInnen hingegen kämpfen für störungsspezifische Therapien, bei denen störungsspezifische Interventionen und Techniken die Wirksamkeit ausmachen (APA Task Force on Evidence Based Practice, 2006). Auf der Suche nach den allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie wurde vor allem die therapeutische Beziehung als einer der wichtigsten „Common Factors“ zum Gegenstand der Therapieforschung. Entsprechend wurde den EST die ESR (Empirically Supported Relationships) gegenübergestellt. Diese Polarisierung fand innerhalb der APA (American Psychological Association) statt, in der sich die beiden Task Forces 12 (vergl. APA, 2006) und 29 (vergl. auch Norcross, 2002) gebildet hatten.

Dies ist die Auseinandersetzung zwischen zwei gegensätzlichen wissenschaftlichen Grundhaltungen und Forschungsparadigmen. Die einen wollen nur noch gelten lassen, was durch RCT-Studien als Evidenz basiert gelten kann, die anderen wollen die Psychotherapie vor dieser

„Medikalisierung“ schützen. Die einen haben ein einfaches Verständnis von Psychotherapie: Sie wird eingesetzt wie ein Pharmakon. Die einzige Begründung und Rechtfertigung für ihren Einsatz ist ihre Wirksamkeit. Die Störungsspezifität wird ebenfalls vom medizinischen oder genauer pharmakologischen Modell abgeleitet. Gegen jede Krankheit braucht man ein krankheitsspezifisches Medikament. Um ein Medikament einzusetzen, braucht es nicht zwingend eine ätiologische Theorie bzw. diese wird aus der Wirksamkeit eines spezifischen Medikaments abgeleitet.

Die anderen definieren sich nicht so eindeutig naturwissenschaftlich, dass das pharmakologische Modell angemessen und ausreichend erscheinen kann. Für sie ist Psychotherapie eine zwischenmenschliche Begegnung und Beziehungsgestaltung, zu deren Verständnis z. B. die Neurobiologie nicht ausreicht. Sie berufen sich auf anspruchsvolle und komplexe Theorien der menschlichen Psyche, die dazu führen, dass nicht eine Standardmethode für alle PatientInnen mit einer Störung angewandt, sondern auf jede/n PatientIn ganz individuell eingegangen wird. Sie bemängeln auch das monokausale Denken, das mit dem pharmakologischen Modell oft assoziiert ist. Nicht die Störung muss behandelt werden, sondern der Mensch. Und es geht nicht um das therapierende Subjekt und das therapierte Objekt, sondern darum, dass der/die TherapeutIn sich in die Beziehung einbringt (vergl. Ruiz-Cordell & Safran, 2013; Arkowitz & Engle, 2013). Pfammatter et al. (2012) haben einen Vorschlag zur Auflösung der Wirksamkeits-Kontroverse gemacht.

Orlinsky (2013, S. 224 – vergl. auch Orlinsky et al., 2004) schreibt: „Das Modell der Psychotherapie als ein technisches Verfahren entspricht einer medizinischen oder pharmakologischen Perspektive. Es stimmt gut überein mit den Annahmen von Behörden und Ministerien, welche das Forschungs- und Gesundheitswesen unterstützen und entsprechende Dienstleistungen finanzieren. Im weiteren Sinne passt es auch zu den individualistischen, objektivistischen und mechanistischen Annahmen der „modernen Kultur“, von der ich glaube, dass sie dafür verantwortlich ist, dass trotz wissenschaftlicher Evidenz immer noch am technokratischen Modell festgehalten wird. Die implizite Plausibilität des medizinischen

Modells innerhalb dieses kulturellen Kontextes erklärt die Beharrlichkeit, mit welcher trotz widersprüchlicher wissenschaftlicher Befunde daran festgehalten wird.“

Es ist allerdings nicht klar, ob ESR-VertreterInnen, die ja auch Psychotherapie-ForscherInnen sind, sagen würden, dass Psychotherapie mehr ist als Wissenschaft. Mehr als Biomedizin ja, aber auch mehr als Wissenschaft? Hier kommt eine andere Gruppierung ins Spiel, nämlich diejenigen, die sagen, Psychotherapie ist Wissenschaft plus Praxis. Der/die PsychotherapeutIn ist Scientist-Practitioner (Kanfer, 1990, 2014), also WissenschaftlerIn und PraktikerIn oder in der Sprache Strickers (2007) ein Local Clinical Scientist LCS. Clinical meint, dass die LCS KlinikerIn bzw. PraktikerIn ist, also BehandlerIn, die versucht, dem/der PatientIn zu helfen. Local meint, dass ein/e einzelne/r PatientIn unmittelbar hier und jetzt als einzigartiger unverwechselbarer Mensch vor einem steht bzw. gegenüber sitzt, nicht eine Krankheitskategorie wie die Phobie oder die Bulimie. Scientist meint, dass das in der wissenschaftlichen Ausbildung erworbene Wissen mitgebracht wird und dass aus jeder Begegnung mit dem/der PatientIn wieder neues Wissen mitgenommen wird. Stricker entwickelte dieses Konzept mit dem Ziel, PraktikerInnen mehr in Verbindung zur Wissenschaft zu halten.

Seit 1999 gibt es per Gesetz die Psychologische Psychotherapie. Nach mehr als zwanzigjährigem Ringen sowohl in eigenen Reihen als auch mit dem Gesundheitssystem war es gelungen, diesen Beruf auf eine legale und anerkannte Position zu bringen (Waldherr, 2014). So wie früher die Verhaltenstherapie Eingang in die kassenärztliche Versorgung mit dem Argument erreichte, mit wesentlich kürzeren Therapien als die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie die Gesundung eines/einer PatientIn zu erreichen, so wurde auch jetzt die reine Wissenschaftlichkeit psychologischer Psychotherapie der Türöffner für dieses Gesetz. Diese so genannte Legaldefinition ist nun Segen und Fluch zugleich geworden. Denn sie verpflichtet psychologische PsychotherapeutInnen ausschließlich wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren in der Behandlung von PatientInnen mit psychischen und psychosomatischen Störungen einzusetzen. Damit war eine nur schwer überwindbare Barriere in

Bezug auf die Entwicklung neuer Methoden und Verfahren aufgebaut worden. Wer diese Barriere beseitigen möchte, muss Psychotherapie neu definieren (vergl. Sulz, 2014a), z. B. als ein

Interaktionsprozess zwischen einer ausgebildeten PsychotherapeutIn und einem psychisch oder psychosomatisch erkrankten Menschen, der dazu dient, nach einer Analyse der Entstehungsbedingungen und der die Krankheit aufrecht erhaltenden Faktoren zu einer dauerhaften möglichst weitgehenden Reduktion der Symptomatik und des durch sie hervorgerufenen Leidens zu führen, soweit dies mit den zum Zeitpunkt der Psychotherapie verfügbaren Interventionen möglich ist. Dazu gehören Maßnahmen der Rückfallprophylaxe, der Rehabilitation und der Prävention. Der grundlegenden Bedeutung der Beziehung wird dabei Rechnung getragen.

Wenn man die Veröffentlichungen Grawes nimmt (Grawe et al., 1994; Grawe, 1998), so kann man daraus lesen, dass Psychotherapie zwar in der Psychologie aufgeht – er will sie umbenennen in „Psychologische Therapie“, aber nicht in der Wissenschaft, denn er konstruiert in seinem Buch einen Disput zwischen Wissenschaftler, Psychologe und Psychotherapeut (Grawe, 1998). Er extrahierte aus Metaanalysen folgende Wirkfaktoren bzw. Änderungsprinzipien der Psychotherapie:

1. Klärung (widerstreitende Motive und Widerstand)
2. Problemaktualisierung (z. B. durch tiefe emotionale Erfahrung in der Sitzung)
3. Ressourcenaktivierung (vorhandene Fähigkeiten und Umweltressourcen nutzen)
4. Problembewältigung (Lösungen für zentralen Probleme finden und erproben)

Nathan (2013) weist darauf hin, dass Psychotherapieforscher bis heute darüber streiten, wie man am besten den Wert einer Psychotherapie-Strategie erfassen kann und dass es deshalb nicht verwunderlich ist, dass KlinikerInnen und PraktikerInnen ihren Forschungsergebnissen gegenüber sehr

zurückhaltend bleiben (vergl. auch Elliott, 2001). Am deutlichsten wird die Kontroverse beim Vergleich von Efficacy- versus Effectiveness-Forschungsparadigmen.

Das Efficacy-Forschungsdesign ist Kern der Studien, die unter den Vorzeichen Evidence Based Practice (EBP, abgeleitet von EBM = Evidenz-Basierte Medizin) und Empirically Supported Therapies (EST) stehen.

Efficacy kann unter folgenden methodischen Bedingungen geprüft werden:

- Viele Wiederholungen, um Fehlervarianz zu minimieren
- Eine angemessene Kontrollgruppe zum Vergleich
- Zufällige Zuweisung von PatientInnen zu Experimental- und Kontrollgruppe, um systematische Zuweisungseffekte auszuschalten
- Wenn es möglich wäre, würde man am liebsten von der pharmakologischen Forschung das Doppelblind-Prinzip übernehmen, d. h. dass weder PatientIn noch TherapeutIn wissen, was Experimental- und was Kontrollgruppe ist
- Sorgfältige Beschreibung der Komponenten der Therapie, damit die Studie exakt repliziert werden kann
- Verwendung von Therapiemanualen, um zu erleichtern, dass alle TherapeutInnen die gleichen Interventionen anwenden
- Es werden nur PatientInnen aufgenommen, die dieselbe Diagnose haben, um homogene Gruppen zu erhalten und die Fehlervarianz innerhalb der Gruppe zu minimieren
- Die Symptome werden mit reliablen und validen Messinstrumenten erfasst, damit die untersuchte Diagnosegruppe eindeutig identifiziert wird

D. h. dass das Forschungsdesign vollständig aus der Experimentalpsychologie übernommen wurde, d. h. aus einem Forschungsbereich, der im Labor stattfindet, um die Einflüsse der natürlichen Umwelt auszuschalten bzw. konstant zu halten, so dass nur noch eine unabhängige Variable übrig bleibt.

Dieses Forschungsdesign ist unter dem Begriff des Randomized Clinical Treatments (RCT) bekannt geworden und gilt bis heute als Goldner Standard der Psychotherapieforschung. Dadurch lässt sich die Wirksamkeit einer unabhängigen Variablen bzw. Therapie unter streng kontrollierten