

Grundlagen-Aspekte von Selbsterfahrung **Peter Schlebusch**

"Denn wer sich selbst kennt, der weiß, was für ihn nützlich ist, und vermag zu unterscheiden, was er kann und was nicht. Wer das betreibt, was er versteht, der erwirbt sich, was er benötigt, und es geht ihm gut; andererseits hält er sich von dem fern, was er nicht versteht, und so begeht er keine Fehler und bleibt vor Unheil bewahrt." (Xenophon)

1. Das Verhältnis von Klärungsorientierter Psychotherapie und Verhaltenstherapie in einer Psychologischen Psychotherapie

Die Frage, ob und in welchem Umfang Selbsterfahrung ein Teil der Verhaltenstherapieausbildung zu sein hat, wird seit langem und auch aktuell wieder kontrovers diskutiert (z. B. Laireiter, 2009; Rief et al., 2009). Die weitaus meisten Verhaltenstherapeuten halten Selbsterfahrung für unverzichtbar (vgl. Laireiter, 2005), wenn man von Extrempositionen (Sartory, 2009) absieht. Dennoch wollen wir versuchen, die Rolle von Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung etwas grundsätzlicher zu beleuchten; ferner werden wir in einem gesonderten Beitrag in diesem Band eine Reihe von Techniken vorstellen, die uns im klärungsorientierten Paradigma sinnvoll erscheinen.

Die Frage nach der Einbeziehung der Selbsterfahrung ist abhängig von der Behandlung dieses Themas in den verschiedenen Therapieschulen und deren Entwicklung in eine übergreifende, evidenz- und nicht schulenorientierte Psychotherapie. Historisch gesehen kann man den Rahmen spannen zwischen der klassischen Psychoanalyse, die Selbsterfahrung in Form der Lehranalyse zum zentralen Ausbildungsgeschehen macht, bis hin zu Extrempositionen der Verhaltenstherapie, die Psychotherapie als technologische Wissenschaft auffassen und Selbsterfahrung in diesem Zusammenhang für vollständig verzichtbar halten (siehe Sartory, 2009).

In Deutschland ist durch die Anerkennung der Verhaltenstherapie als Richtlinienverfahren das Problem entstanden, dass der Umgang der klassischen Verhaltenstherapie mit dem Selbsterfahrungsproblem einen Bezugspunkt setzt, vor dessen Hintergrund wir heute neu angehalten sind, zu begründen, ob und wie Selbsterfahrung in der Ausbildung von psychologischen Psychotherapeuten jenseits der Psychoanalyse und Tiefenpsychologie stattzufinden hat.

Der Begriff Verhaltenstherapie ist in keiner Weise einheitlich und kann in drei unterschiedlichen Bedeutungszusammenhängen verstanden werden kann:

1. Verhaltenstherapie bzw. Kognitive Verhaltenstherapie als Therapieschule
2. Kognitive Verhaltenstherapie als Teil einer evidenzbasierten Psychologischen Psychotherapie
3. Verhaltenstherapie als Synonym für eine wissenschaftlich begründete und übergreifende Psychologische Psychotherapie

Die klassische Verhaltenstherapie ist ein Therapieverfahren auf der Basis der Lerntheorie, die eine Reihe von spezifischen hieraus abgeleiteten Interventionsmethoden umfasst, so z. B. Konfrontationsverfahren, systematische Desensibilisierung, verdeckte positive Verstärkung etc. (siehe z. B. Fliegel et al., 1998). Dieser eingeschränkte Begriff von Verhaltenstherapie ist seit der sog. kognitiven Wende als historisch aufzufassen. Die heutige Auffassung von Verhaltenstherapie schließt kognitive Verfahren in der Folge von Beck (Beck, 1981; Beck et

al., 2005) und Ellis (Ellis, 1962, 1995) ein, so dass einheitlich von einer Kognitiven Verhaltenstherapie zu reden ist (KVT).

Die zweite Bedeutung von Verhaltenstherapie beschreibt Grawe (2000) das Verfahren (also KVT im obigen Sinne) als Teil einer evidenzbasierten Psychologischen Psychotherapie. Psychologische Psychotherapie in diesem Sinne wurde von Grawe als Oberbegriff für psychotherapeutische Verfahren verwendet, die wissenschaftlich begründbar und empirisch abgesichert zur Behandlung psychischer Störungen und Probleme eingesetzt werden können. Diese Auffassung einer Psychologischen Psychotherapie schließt somit auch Theorien und Verfahren ein, die außerhalb der klassischen (historischen) Verhaltenstherapie, jedoch innerhalb der wissenschaftlichen Psychologie entstanden sind (Castonguay & Beutler, 2006). Die weitaus meisten Lehrbücher der Verhaltenstherapie zeigen bereits in der Breite der dort erörterten Themen, dass sie über den klassischen Begriff der Verhaltenstherapie wie oben beschrieben hinausgehen (Herpertz et al., 2008; Margraf & Schneider, 2009a, 2009b; Strauß et al., 2007).

Der Begriff der Verhaltenstherapie wird heute oft synonym zu Grawes Begriff der Psychologischen Psychotherapie benutzt und hebt somit die klassische Verhaltenstherapie, jedoch auch andere wissenschaftlich begründbare Verfahren (z. B. Klärungsorientierte Psychotherapie, systemische Ansätze) in sich auf.

Eine theoretische und terminologische Schwierigkeit resultiert aus der Tatsache, dass Verhaltenstherapie im Sinne des deutschen Psychotherapeutengesetzes als Richtlinienverfahren definiert ist. Dies wirft die Frage auf, ob therapeutische Strategien und Theorien, die nicht aus der historischen Verhaltenstherapie hervorgegangen sind, nur dann "legal" anzuwenden sind, wenn sie der Verhaltenstherapie subsumiert werden. Aus unserer Sicht ist dies insofern zu bedauern, weil hier die Logik von Therapieschulen terminologisch weiter transportiert wird; das gesetzliche Anerkennungsverfahren in Deutschland fällt damit in dieses Schulendenken zurück, das eigentlich aus Sicht einer Psychologischen Psychotherapie als überholt anzusehen ist. Eine Anerkennung eines schulübergreifenden Ausbildungskonzeptes ist in Deutschland derzeit nicht möglich. In diesem Sinne ist der Begriff Verhaltenstherapie auch ein "Kampfbegriff" in der Auseinandersetzung um die wissenschaftliche und sozialrechtliche Anerkennung gegenüber Konkurrenzverfahren. Hieraus resultiert u. E. die Tendenz, den Begriff Verhaltenstherapie als Oberbegriff zu benutzen. Zur terminologischen und auch wissenschaftlichen Klarheit würde es beitragen, die Begriffe Verhaltenstherapie und Psychologische Psychotherapie nicht synonym zu benutzen, sondern den Begriff Psychologische Psychotherapie für die übergreifende Disziplin, also die Gesamtheit der in der wissenschaftlichen Psychologie begründeten Therapieverfahren, zu verwenden. Der Begriff Kognitive Verhaltenstherapie sollte die aus dem entsprechenden Kontext entstandenen spezifischen Techniken und Prozeduren bezeichnen. Ähnlich wäre mit klärungsorientierten, systemischen oder anderen Ansätzen zu verfahren.

Die Klärungsorientierte Psychotherapie (Sachse, 2003; Sachse et al., 2009) hat ebenso wie die Kognitive Verhaltenstherapie eine historische Entwicklung durchlaufen: Die theoretischen und praktischen Wurzeln des Verfahrens liegen im Bereich der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie (KGT); die klassische Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie stellt den historischen Ausgangspunkt dar. Die KOP ist aus unserer Sicht eine Weiterentwicklung der KGT, in der einige zentrale, theoretisch und empirisch nicht haltbare Positionen des Ursprungsverfahrens zurückgewiesen und durch teils neue, teils weiterentwickelte Techniken und Theoreme ersetzt wurden (Sachse, 2005). KOP ist v. a. in weitaus höherem Maße als die klassische KGT empirisch begründbar und in der

wissenschaftlichen Psychologie verankert. KOP hat ihre wissenschaftlichen Grundlagen v. a. in der Motivationspsychologie (Kaschel & Kuhl, 2004; Kuhl, 2001), der Sprachpsychologie (Herrmann, 1972; Hörmann, 1976), ferner auch in der Kognitions- und Emotionspsychologie (LeDoux, 2001).

Eine Psychologische Psychotherapie i. S. von Grawe erschließt so eine große Menge potenziell bedeutsamer Forschungsbefunde für die Psychotherapie im Vergleich zu den eher ideologisch begründeten (d. h. an bestimmten anthropologischen Modellen, "Menschenbildern" orientierten) Therapieschulen. Kognitive Verhaltenstherapie und Klärungsorientierte Psychotherapie stellen somit in einem Modell einer allgemeinen Psychologischen Psychotherapie keinen Widerspruch dar, sondern stehen in einem Ergänzungsverhältnis.

Die Grundlagen für eine allgemeine evidenzbasierte und schulenunabhängige Psychotherapie wurden von Grawe (2000) erarbeitet. Er beschreibt allgemeine Wirkfaktoren einer Psychologischen Psychotherapie jenseits der Therapieschulen. Diese Hauptwirkfaktoren sind:

1. Klärung
2. Lösung
3. die therapeutische Beziehung
4. Problemaktualisierung
5. Ressourcenaktivierung

Klärungsorientierte Psychotherapie bezieht sich - wie der Begriff schon zeigt - im Wesentlichen auf den Faktor Klärung im o. g. Modell. Sie hat im engeren Sinne zum Ziel (näheres siehe Sachse, 2003), Personen bei der Klärung von Schemata zu helfen, die als internale Problemdeterminanten aufgefasst werden können. Ein zweites wesentliches Ziel der KOP ist die Klärung persönlicher Motive/Bedürfnisse im Hinblick auf eine Aufhebung von Alienation (Kuhl, 2001; Püschel & Sachse, 2009; Sachse, 2003; Schlebusch et al., 2006).

Klärungsorientierte Psychotherapie fördert somit die Repräsentation impliziter Aspekte des Erlebens und Verhaltens. Die Repräsentation dieser Aspekte ist häufig erst eine Voraussetzung dafür, dass Lösungsprozesse zielgerichtet initiiert werden können (Prinzip: "Klären vor Lösen").

KOP trägt allerdings auch zu weiteren der o. g. Wirkfaktoren wesentlich bei, nämlich zur

1. Beziehungsgestaltung (komplementär und differenziell; vgl. Caspar, 1995; Grawe, 1992; Sachse, 2006)
2. Problemaktualisierung (Emotionszentrierung, Vertiefungstechniken)
3. Ressourcenaktivierung (spezifische Methoden wie das Ein-Personen-Rollenspiel; Elliott et al., 2003; Sachse et al., 2008)
4. Lösung (i. S. von Schemabearbeitung, vgl. Sachse et al., 2008)

Die Wirkfaktoren Klärung und Lösung stellen zentrale Konzepte dar; Beziehung, Problemaktualisierung und Ressourcenaktivierung folgen keinem Selbstzweck, sondern stehen zumeist in einem instrumentellen Verhältnis zu den Klärungs- und Lösungszielen der Psychotherapie. In seiner Adaption des Rubikon-Modells von Heckhausen (Heckhausen & Heckhausen, 2006) teilt Grawe (2000) die "Welt der Psychotherapie" in zwei große Lager ein: Verfahren auf der linken Seite des Rubikon helfen Personen bei der Klärung von Präferenzen,

Motiven, Zielen. Verfahren rechts vom Rubikon helfen Personen bei der Umsetzung von Zielen, der Beseitigung von Hindernissen, der konkreten Umsetzung in Verhalten.

Traditionellerweise umfasst die Verhaltenstherapie Prozesse, die rechts vom Rubikon stattfinden, während die KOP Prozesse unterstützt, die auf der linken Seite des Rubikon stattfinden. Das Modell einer allgemeinen Psychotherapie impliziert aus unserer Sicht, dass sowohl Klärungs- als auch Lösungsprozesse in so gut wie jeder Therapie vorkommen, es also so gut wie nie "reine" Klärungsorientierte oder Lösungsorientierte Therapien geben wird. Therapeuten sollten somit nicht einseitig und ausschließlich in einem der beiden Aspekte ausgebildet werden. Insbesondere Caspar & Grosse-Holtfort (2010) haben kürzlich betont, dass eine einseitig störungsspezifische Therapie einer Ergänzung durch motivationsorientierte Verfahren bedarf: Psychotherapie soll nicht nur Störungen behandeln: die Ergänzung durch Verfahren, die die Klärung von Schemata und Umsetzung von Bedürfnissen befördern, sollte zusätzlich erfolgen, um die Effektivität zu erhöhen.

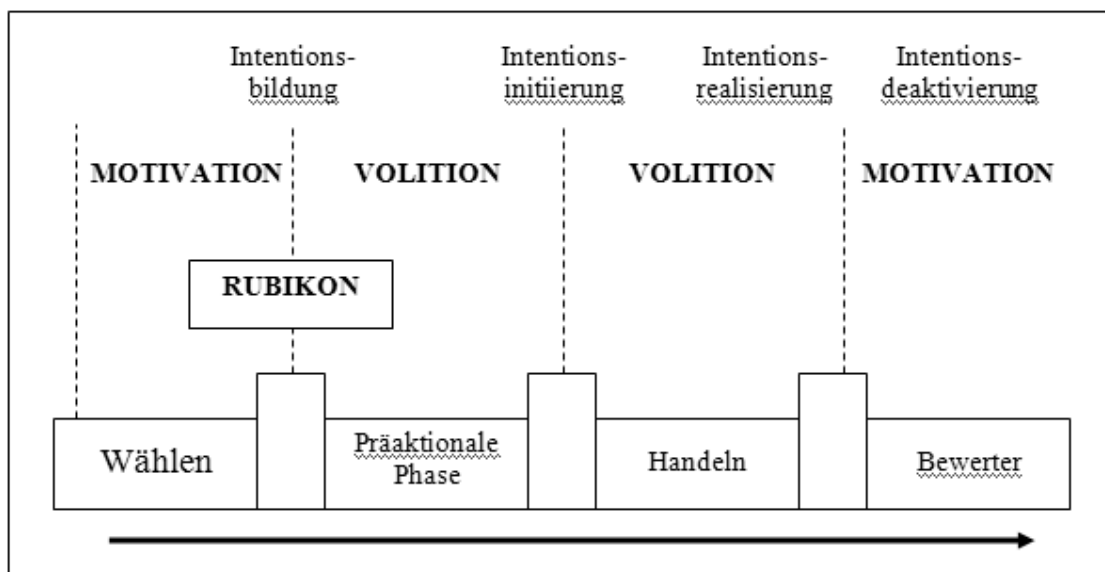


Abbildung 14.1: Rubicon-Modell nach Grawe (2000)

2. Manualisierung und Roll-Back-Gefahr in ein Medizinisches Krankheitsmodell

In den letzten 1½ Jahrzehnten sind vorwiegend im Rahmen der Kognitiven Verhaltenstherapie zahlreiche Manual entwickelt worden, mit deren Hilfe eine gewisse "Standardisierung" von Behandlungsprozeduren in der Behandlung psychischer Störungen oder anderer Probleme erfolgen konnte. Diese Entwicklung ist im Prinzip zu begrüßen, da hierdurch dem praktisch arbeitenden Therapeuten gut umsetzbare und überprüfte Handlungsstrategien an die Hand gegeben werden; für den Klienten ergibt sich hieraus zumindest theoretisch bzw. dem Anspruch nach eine gewisse Sicherheit vor der Anwendung beliebiger und nicht wirksamer Therapiemethoden. Ferner ist mittlerweile weitgehend akzeptiert, dass Störungsspezifität ein positives Qualitätsmerkmal einer individuell angepassten Therapie darstellt. Der Vorteil besteht u. E. vorwiegend in der Erstellung spezifischer Störungstheorien: In Therapieschulen (z. B. der klassischen KGT) werden häufig nicht spezifische Störungstheorien sondern Therapietheorien oder anthropologisch-ideologische Menschenbilder zur Grundlage des Handelns.

Manualisiertes Vorgehen wird jedoch mittlerweile fast schon unkritisch mit Verhaltenstherapie oder gar mit Psychotherapie insgesamt gleichgesetzt, ohne auch die problematischen Aspekte dieser Entwicklung zu reflektieren.

In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, dass die Verhaltenstherapie seit ihren Anfängen in Deutschland in den 70er und 80er Jahren des letzten Jh. mit einer Kritik am sog. medizinischen Krankheitsmodell gestartet war. Ohne die Diskussion hier wiederholen zu wollen ist aus unserer Sicht festzuhalten, dass es nach wie vor fraglich ist, ob für die weitaus meisten psychischen Störungen ein Krankheitsbegriff nützlich oder angemessen ist. Damit soll ausdrücklich nicht behauptet werden, dass es eine Dichotomie zwischen somatischen und "psychischen" Vorgängen gebe: Sämtliche psychischen Vorgänge sind neuropsychologischer Natur und somit somatisch korreliert. Dies gilt auch für Konzepte wie Schemata, Motive, Bedürfnisse, Kognition und Emotion, die in der KOP zentrale Bedeutung haben. Der Umstand, dass jeglicher psychischen Tätigkeit eine somatische Aktivität zugrunde liegt, kann jedoch nicht hinreichend sein, den Krankheitsbegriff anzuwenden.

Die Verhaltenstherapie verfolgte bis in die 80er Jahre hinein die Strategie, nicht Krankheitsdiagnosen sondern eine individuelle Problemanalyse zum Ausgangspunkt von Veränderungen zu machen. Insbesondere Schulte (1998; Schulte & Eifert, 2006) und andere Protagonisten der Manualisierung vertreten die Auffassung, dass eine individuelle Problemanalyse nicht erforderlich sei, wenn eine Diagnose nach DSM-IV bzw. ICD-10 vorhanden ist. Im sog. Dualen Modell (Schulte & Eifert, 2006) besteht die Aufgabe des Therapeuten darin, methodenstringent einerseits und motivierend andererseits tätig zu sein. Die Ersetzung der individuellen Therapieplanung durch eine diagnoseorientierte Indikation ist u. E. gleichbedeutend mit einem Roll-Back: Individuelle Problemanalyse wird wieder durch ein medizinisches Krankheitsmodell ersetzt; dies ist dann eine hinreichende Grundlage für die Anwendung eines diagnosespezifischen Manuals, dass somit die individuelle Therapieplanung ersetzt (Schulte, 1993; Schulte et al., 1991).

Es ist in diesem Zusammenhang darauf zu verweisen, dass Manualisierung nicht zwangsläufig bedeutet, auf Individualisierung zu verzichten. So haben z. B. Greenberg (Greenberg & Watson, 2006; Greenberg et al., 2003) und auch Sachse (2004) Manuale vorgelegt, die Individualisierung explizit vorsehen (Greenberg für den Umgang mit Emotionen und Depression, Sachse für den Bereich der Persönlichkeitsstörungen). Hier wird jedoch auf eine weitestgehende Standardisierung des Vorgehens zugunsten einer Indikationslogik verzichtet; therapeutische Expertise in der Anwendung dieser Manuale ist in hohem Maße erforderlich, da nicht eine Abfolge von Sitzungen mit festgelegtem Inhalt vorgesehen ist, sondern eine Reihe von Behandlungszielen, Strategien und Heuristiken geschildert werden, die dem Therapeuten erlauben, eine optimale Anpassung an die spezifische Klientenproblematik vorzunehmen.

Als Beispiel für die Aktualität dieser Thematik sei hier die Diskussion um die Diagnostik und Psychotherapie der Schizophrenie erwähnt. Trotz der zahlreichen Befunde, die Abweichungen auf hirnorganischer, genetischer, pathophysiologischer und Informationsverarbeitungs-Ebene zeigen, erscheint es vielen Forschern nicht mehr sinnvoll, ein einheitliches Konzept einer Störung namens Schizophrenie aufrecht zu erhalten. Seit Kräpelin sind die Bemühungen im Prinzip gescheitert, eine einheitliche reliable und valide Bestimmungen der Krankheit Schizophrenie und ihrer Subtypen zu erarbeiten. Bentall und andere (1990; Chadwick, 2006; Chadwick et al., 1996) plädieren daher dafür (alle diese Autoren stammen aus dem Feld der Kognitiven Verhaltenstherapie), das Konzept "Schizophrenie" zugunsten spezifischer dimensionaler Verhaltens- und Symptombeschreibungen aufzugeben. Der Begriff Schizophrenie sei nutzlos, da er keine einheitliche Störung bzw. eine Krankheitsentität beschreibe und somit die Anwendung und Entwicklung therapeutischer Strategien eher behindere als befördere. Anstatt dessen schlagen die Autoren vor, spezifische Strategien im

Umgang mit spezifischen Verhaltensweisen "schizophrener" Patienten zu entwickeln (z. B. für Wahn oder Stimmenhören). Diese Logik hat in letzter Zeit zu einer erheblichen Belebung der psychotherapeutischen Bemühungen im Umgang mit entsprechend schwierigen Symptomclustern geführt und auch ihren Niederschlag in den gegenwärtigen Überlegungen zum DSM-V gefunden (Regier, 2007; Widiger & Clark, 2000). Obwohl gerade die Schizophrenie zu den Störungsbildern gehört, die wohl am deutlichsten Krankheitsprozesse nahelegt, ist das zentrale Ziel der Beschreibung spezifischer Krankheitsentitäten bisher nicht geglückt. In der vergleichsweise unstrittigsten Störung von Krankheitswert wird somit wieder auf eine individuelle Problemanalyse gesetzt.

Es stellt sich nun die Frage, was dies mit dem Aspekt der Selbsterfahrung in der Therapieausbildung zu tun hat: Die individuelle Problemanalyse und individuelle Verhaltensänderung basierte auf allgemeinen Lernprinzipien und kam ohne Unterscheidung von "gesund" und "krank" aus. Die Verhaltens- und v. a. die Veränderungsprinzipien sind für Patienten und Therapeuten die gleichen, insofern ist die Erfahrung in der Anwendung der Prinzipien auf die eigene Person informationshaltig und aussagekräftig, und zwar unabhängig davon, ob der Therapeut und der Klient das gleiche Problem haben. Letzteres erscheint in der Tat nicht zwingend erforderlich; auch der Prozess der Veränderung ist, unabhängig davon, ob der Ausgangspunkt der Veränderung eine Störung ist, ein nutzbringender Gegenstand von Selbsterfahrung bzw. Selbstreflexion. Die Ersetzung der individuellen Problemanalyse in der Verhaltenstherapie durch die Diagnose teilt die Welt jedoch wieder auf in gesunde und kranke Personen, hiermit stellen sich die letztlich normativen Fragen nach der Unterscheidung von Normalität und Anormalität (Foucault, 2005, 2007). Diese problematische Unterscheidung, die längst überwunden schien, wird durch die Renaissance des medizinischen Krankheitsmodells in der Psychotherapie reanimiert. Darüber hinaus wird Psychotherapie damit zu einer rein technologischen Wissenschaft, d. h. dass die Kompetenzen zur Diagnose und Intervention ausschließlich in der Anwendung von fachspezifischen Prozeduren bestehen und keine spezifischen personalen Voraussetzungen erfüllt sein müssen. Aus dieser Sicht ist es dann nicht notwendig, Selbsterfahrung zu betreiben, da sie für eine technologische Wissenschaft einfach nicht erforderlich ist. Ein Beispiel dieser Haltung findet sich in dem Beitrag von Sartory (Rief et al., 2009) in einer pro- und contra Diskussion der Zeitschrift Verhaltenstherapie:

"Die Selbsterfahrung als Ausbildungsmethode hat sich aus den vorwissenschaftlichen Psychotherapieverfahren in unsere Tage hinübergerettet. Als noch vornehmlich Störungen ohne Krankheitswert behandelt wurden, war es vermutlich eine valide Methode, an sich selbst zu erleben, was die Patienten in der Behandlung erleben. (...) In der heutigen Zeit wird Psychotherapie an Störungen mit Krankheitswert durchgeführt, die außerhalb der Erfahrungsmöglichkeit derer liegen, die nicht an dieser Störung leiden. (...) Anfang des 20. Jahrhunderts befasste sich die Psychotherapie in erster Linie mit Beziehungsproblemen. (...) Psychosexuelle Funktionsstörungen - das Nonplusultra Freud'scher frühkindlicher Sexualtriebverdrängung - werden seit Masters und Johnson (1970) kurzerhand und effizient durch Techniken der Sexualtherapie beseitigt. (...) Menschen, die nie eine schwere Depression oder Panikattacke erlebt haben, können zu deren Verständnis nicht aus ihrem Erfahrungsschatz schöpfen, sondern müssen dazu ihre psychopathologischen Kenntnisse heranziehen." (Sartory in Rief et al., S. 54-55)

Sartory geht offensichtlich davon aus, dass Zweck der Selbsterfahrung das Nachvollziehen von Krankheitssymptomen ist; die hier zugrunde liegende Konstruktion von Krankheit und Gesundheit einschließlich der anscheinend scharfe Trennungslinie, die die Welten der Gesunden und Kranken voneinander scheidet, ist vor dem Hintergrund einer schon vor

Jahrzehnten geführten Diskriminierungsdebatte kaum akzeptabel, die Gleichsetzung dieser Haltung mit Wissenschaftlichkeit erscheint in hohem Maße konstruiert. Aus unserer Sicht spiegelt sich hier nicht Wissenschaftlichkeit sondern lediglich eine bestimmten Auffassung von Wissenschaftlichkeit, die man am ehesten im Kontext des längst überwunden geglaubten naiven Empirismus ansiedeln kann. Für naive Empiristen ist die Rolle des Beobachters bzw. des Subjektes in den empirischen und exakten Wissenschaften nicht reflexionsbedürftig: Es wird ein unmittelbarer, durch Beobachtungsregeln hinreichend definierter Zugang zur Wirklichkeit postuliert, der die Rolle der Subjektivität nicht weiter reflektieren muss bzw. in der diese generell als Fehlerquelle konzipiert wird.

Darüber hinaus erscheinen die möglichen Implikationen dieser Sicht jedoch auch aus folgenden Gründen fragwürdig:

1. Es stellt sich die Frage, ob Therapeuten nach dieser Auffassung weder Angst noch Depression oder andere Symptome aus eigener Erfahrung kennen sollten oder dürfen. Sartory scheint dieser Auffassung zu sein: sie schildert eine Episode, in der eine Praktikantin angesichts der Schilderung einer Panikattacke durch eine Patientin weint. "Um Patienten und Auszubildende voreinander zu schützen, benötigen letztere eine gute Kenntnis der Pathopsychologie. Das scheint mir der beste Wegweiser im Umgang mit eigenen Emotionen im therapeutischen Prozess." (ebda., S. 55) Mit anderen Worten: Wenn man sich klar macht, dass der Andere (der Patient) krank ist, kann man im Grunde nicht die Seiten verwechseln, auf denen man steht. Zudem ist kritisch anzumerken, dass psychopathologische Kenntnisse zwar den Therapeuten vor dem Klienten (wenn man das für erforderlich hält), aber schwerlich den Klienten vor dem Therapeuten schützen können. Wie will man denn ausschließen, dass einzelne Therapeuten, die inadäquates Therapeutenverhalten aufgrund eigener, möglicherweise nicht pathologischer, aber doch subpathologisch problematischer Schemata zeigen und den Klienten somit schädigen? Schemata des Therapeuten können Klienten auch dann schädigen, auch wenn sie nicht pathologisch sind. Selbsterfahrung soll aus unserer Sicht u. a. dazu dienen, den Therapeuten zur Reflexion eigener problematischer Haltungen und Reaktionsweisen auf Klienten zu bewegen (z. B.: Warum ist es nötig, andere zu pathologisieren, um die Distanz zwischen mir und den anderen aufrecht zu erhalten?)
2. Die Behauptung, Selbsterfahrung bestehe darin (oder beschränke sich darauf), psychopathologische Symptome aus eigenem Empfinden nachzuspüren, erscheint willkürlich, wenig nachvollziehbar und aus dem Grunde aufgestellt zu werden, um sie nachher als absurd verwerfen zu können. In der Tat ist es absurd, anzunehmen, dass es zwingend sei, Symptome im eigenen Erleben nachzuvollziehen, um sie behandeln zu können. Man muss nicht Krebs haben, um Onkologe zu werden oder Zahnschmerzen kennen, um Zahnarzt zu sein (Polemisch ausgedrückt: Der Herausgeber der Zeitschrift "Wild und Hund" muss kein Wildschwein sein.). Andererseits dürfte es aber auch kein zwingender Hinderungsgrund sein, wenn Nachvollziehbarkeit gegeben ist. Der Gesetzgeber hat zur Erteilung der Approbation hier zur Sicherheit ein ärztliches Zeugnis über psychische Gesundheit verlangt. Selbsterfahrung dient u. E. zwar auch dem persönlichen Nachempfinden, aber nicht zwingend dem von Krankheits- bzw. Störungssymptomen. Dann würde es z. B. ausreichen, dem Ausbildungskandidaten Angst zu machen. Zweck von Selbsterfahrung kann z. B. in einer Vertiefung technischen Wissens über Veränderungsprozesse und auch der persönlichen Entwicklung dienen. Selbst wenn eine rein technologische Sicht der Psychotherapie eingenommen wird, so ist persönliche Weiterentwicklung eine mögliche Zielgröße der

Selbsterfahrung. Dies setzt jedoch voraus, dass Psychotherapie nicht als reine Krankenbehandlung aufgefasst wird. Wir schließen uns hier der Sicht von Chadwick (2006) an, der selbst die Psychosentherapie nicht als Krankenbehandlung sondern als Prozess persönlicher Entwicklung auffasst. In der Sicht von Sartory setzt Behandlung jedoch Krankheit (der weichere Begriff "krankheitswertig" lässt es nicht ganz so scharf klingen) voraus. Entwicklung hingegen ist - ähnlich wie Lernen - ein allgemeinspsychologischer Vorgang, den Klienten und Therapeuten gemeinsam haben. Therapeutische Veränderung kann vor diesem Hintergrund auch als Wachstumsprozess verstanden werden; dieser Prozess kann ohne Mühe auch auf den Therapeuten angewendet werden, ohne Gräben auszuheben.

3. Modulare und nicht-modulare Konzepte der Ausbildung und ihre Bedeutung für die Selbsterfahrung

In der klassischen Verhaltenstherapie war die Notwendigkeit von Selbsterfahrung von Anfang an umstritten; sie wurde in dem Maße für verzichtbar gehalten, in dem die individuelle Problemanalyse/Therapieplanung zugunsten eines am medizinischen Modell orientierten Störungs- und Therapieverständnisses zurückgenommen wurde und indem ein rein technologisches Verständnis von Psychotherapie dominierte. Selbsterfahrung ist somit eng an das Störungs- und Therapieverständnis gebunden, sie wird quasi analog hierzu konzipiert, begründet oder eben verworfen.

Betrachtet man nun die Art und Weise, in der SE in verschiedenen Ausbildungskonzepten implementiert ist, so fällt diese Nähe zu Therapie- und Störungskonzepten deutlich auf.

Die oben beschriebene konsequente Ausrichtung der Verhaltenstherapie in Richtung störungsspezifischer Ansätze hat auf der Ebene der Didaktik zur Folge, dass sich in der Therapieausbildung ein modulares System von an Störungsmodellen orientierten Kursen weitestgehend etabliert hat. Dieses didaktische Modell wurde im wesentlichen von Schulte in an der Ruhr-Universität Bochum so entwickelt (schon lange vor dem Psychotherapeutengesetz) und dann von zahlreichen Ausbildungsinstituten analog übernommen. Grundlage dieser Kurse ist im Idealfall die Vermittlung kategorial-diagnostischer Kriterien des DSM-IV und der ICD-10; dann werden entsprechend spezialisierte Manuale, die auf spezifischen Störungsmodellen beruhen, vermittelt. Ausbildungscurricula, die am Modell der störungsspezifischen Therapie orientiert sind, stellen mittlerweile den Mainstream der Angebote in den anerkannten Verhaltenstherapie-Instituten in Deutschland dar. Auch die uns bekannten Curricula in der Schweiz folgen teilweise dieser Logik. Die Curricula beinhalten in der Regel zur Einführung grundlegende Kurse in Diagnostik und Klinischer Psychologie, die Vermittlung von Basistechniken der Verhaltenstherapie und/oder kognitiver Therapie. Hauptschwerpunkt der Ausbildung ist dann eine Reihe von störungsspezifischen Seminaren.

Selbsterfahrung ist in diesen Curricula ein Block (aufgegliedert in mehrere Gruppenveranstaltungen) unter anderen. Selten werden Einzelselbsterfahrungsstunden gefordert. Die modulare Einbettung der Selbsterfahrung in den Verhaltenstherapie-Instituten führt häufig dazu, dass die Botschaft an die Ausbildungsteilnehmer implizit relativierend ist: SE ist in ihrer Bedeutung vergleichbar mit einem Workshop über Essstörungen oder Depression, sie hat in den Augen der Teilnehmer/innen keinen besonderen didaktischen Status. Die Erfahrung in der Leitung von Selbsterfahrungsgruppen modular organisierten Ausbildungsinstitutionen zeigt, dass ein Teil der Auszubildenden diesen Ausbildungsteil als nicht zentral, unangenehm, teils sogar als überflüssig und grenzverletzend auffassen,

manchmal sogar als pathologisierend. Es ist eine klare Erfahrung, dass Ausbildungsteilnehmer/innen mit einem eher technologischen Therapieverständnis Selbsterfahrung weniger motiviert angehen, "absitzen", frühzeitig Grenzen aufmachen und im Ergebnis negativ bewerten oder die Modellfunktion des Selbsterfahrungsleiters im Hinblick auf Therapeutenverhalten besonders gewichten (letzteres ist aus unserer Sicht durchaus legitim und ein mögliches Nebenziel von Selbsterfahrung).

Ein wichtiger Aspekt der modularen Ausbildungskonzepte besteht in der Anzahl der Dozenten/Trainer, die in der Ausbildung engagiert werden. Meistens wird eine Mischung aus eigenen und auswärtigen Experten mit der Durchführung bestimmter störungsspezifischer Kurse betraut. Die Vermittlung der zentralen psychotherapeutischen Kompetenzen erfolgt durch viele unterschiedliche Dozenten: Das "Mehrdozenten-Modell" impliziert aufgrund der vielen unterschiedlichen Lehrer, die am Werke sind, eine Betonung technischer und eine Vernachlässigung personaler Aspekte in der Ausbildung. Die Ausbildungskandidaten/innen erleben viele unterschiedliche Therapeutenmodelle, was zu erheblichen Unsicherheiten bezüglich der eigenen praktischen Kompetenzen führen kann. In diesem Modell ist oft auch die Supervision und Selbsterfahrung auf verschiedene Lehrkräfte verteilt; die Ausbildung ist daher analog zum Universitätsstudium organisiert.

Als Nebeneffekt entsteht das Problem, dass sich die Ausbildungsleitung nur an wenigen Schnittpunkten einen Eindruck über die fachlichen und persönlichen Kompetenzen der Teilnehmer/innen verschaffen kann.

In analytischen, tiefenpsychologischen und klientenzentrierten Ausbildungskonzepten erfolgt die Ausbildung und die SE im Gegensatz dazu zumeist einem nicht-modularen System: Die Didaktik ist mit Schwerpunktbildung daran orientiert, psychotherapeutisches Wissen in Form von Arbeit an eigenen Problemen exemplarisch zu vermitteln. SE wird somit relativ bedeutsamer: Sie wird als eine allgemeine und/oder Schlüsselkompetenz in der Expertise von Psychotherapeuten angesehen. Im Extremfall wird bis heute in der klassischen Psychoanalyse durch das Ausbildungsverfahren der Lehranalyse wohl eine weitestgehende Identität von Ausbildung und SE umgesetzt. Die Ausbildung erfolgt daher nicht ausschließlich, aber in großen Teilen mit einem Trainer/Lehrtherapeuten. Das didaktische Paradigma ist im Extremfall das exakte Gegenteil des Mehrdozenten-Modells, nämlich das Eindozenten-Modell. Die Ausbildung ist an eine enge Schüler-Lehrer-Beziehung geknüpft. Die klientenzentrierte Psychotherapie folgt hier am ehesten dem Modell der Psychoanalyse: Die technischen Kompetenzen und die Selbsterfahrungsaspekte werden auch hier zumeist von einem Trainer umgesetzt. Die erforderliche Eigentherapie bringt eine zusätzliche Person ins Spiel, die jedoch im engeren Sinne an der Ausbildung nicht beteiligt ist.

Mehrdozenten- und Eindozenten-Modelle dürften in dieser Reinform in der Praxis kaum vorkommen, sondern stellen prototypische Paradigmen dar. Selbst in der psychoanalytischen Ausbildung sind Theoriekurse mit mehreren Dozenten besetzt. Auch in modularen Systemen ist zumindest bez. der Supervision eine gewisse personale Kontinuität gegeben oder möglich.

Beide Systeme bieten Vor- und Nachteile: Mehrdozentenmodelle liefern viele unterschiedliche Therapeutenmodelle, hoch spezialisiertes Expertenwissen für die jeweilige Störung, hohe Betonung von technologischen Kompetenzen und von Wissen. Ein- oder Wenigdozenten-Modelle bieten ein enges Monitoring der Entwicklung von Kompetenzen des einzelnen Ausbildungsteilnehmers, ein frühzeitiges und individuelles Ausformen psychotherapeutischer Expertise und auch ein Erkennen dysfunktionalen Therapeutenverhaltens, somit eine hohe Integration von technischem und Selbsterfahrungswissen. Nachteile des

Mehrdozentenmodells sind das Risiko einer mangelnden Integration von Wissen und die schlechte Entwicklung von Therapeutenkompetenzen jenseits der störungsspezifischen Kompetenzen. Probleme des Therapeuten werden oft nicht oder erst in der Supervision erkennbar. Die Ausbildungskandidaten können in der schrittweisen Entwicklung ihrer Kompetenzen durch den Umstand behindert werden, dass niemand die Integration von Kompetenzen im Auge behält. Selbsterfahrung und technisches Wissen stehen unverbunden nebeneinander. Nachteile der Ein- bzw. Wenigdozenten-Modelle bestehen darin, dass die Ausbildungskandidaten nur eine begrenzte Zahl von Therapeutenmodellen sehen, eingeschränktes Störungswissen erwerben (nicht jeder Dozent kann Experte für alles sein) und stark von den persönlichen Präferenzen der jeweiligen Ausbilder abhängen.

Wichtig ist es an dieser Stelle, festzuhalten, dass modulare Modelle dazu tendieren, technologisches Wissen zu betonen und nichtmodulare Modelle die Integration von Wissen in den Vordergrund stellen. Beides erscheint aus unserer Sicht in der Ausbildung erforderlich.

Für die KOP werden wir weiter unten ein sog. Expertise-Modell entwickeln, das eine Kombination aus beiden Hauptparadigmen (modulare und nicht-modulare, Mehr- und Wenigdozenten-Modelle) darstellt. Ein Expertise-Modell sollte die Aspekte der Vermittlung technischen Wissens, der Integration von Wissen und der Entwicklung der Therapeutenpersönlichkeit in sich vereinen.

Betrachtet man die Praxis der Therapieausbildung über die therapeutischen Schulen hinweg im deutschsprachigen Raum, so werden zusammengefasst folgende Prinzipien erkennbar:

1. Es sind drei Paradigmen erkennbar:
 - a. Modulares Modell: SE ist ein Modul neben anderen in der Ausbildung, in der Regel Mehrdozenten-Modell, Betonung technologischen Wissens
 - b. Nicht-modulares-Modell: SE ist ein Kern- und Orientierungspunkt der Psychotherapie-Ausbildung, sie stellt den zentralen Integrationsfaktor der Ausbildung dar; in der Regel: Wenigdozenten-Modell, Betonung der Entwicklung der Therapeuten-Persönlichkeit
 - c. Expertise-Modelle: SE wird als zentraler Integrationsfaktor gesehen und in der Ausbildung entsprechend gewichtet; gleichzeitig werden klärungs- und lösungsorientierte Strategien vermittelt (s. u.). Betonung der Integration von Therapeutenpersönlichkeit und technologischem Wissen.
2. Modulare Modelle sind Hauptmerkmal der Verhaltenstherapeutischen Ausbildung.
3. Nicht-modulare-Modelle sind Merkmal der psychoanalytischen, tiefenpsychologischen und klientenzentrierten Didaktik: Je näher das Verfahren an der Psychoanalyse orientiert ist, desto zentraler ist die SE bis hin zur weitestgehenden Identität von SE und Ausbildung
4. Expertise-Modelle bleiben bisher die Ausnahme bzw. wären zu entwickeln. Sie sollten modulare Aspekte (technisches Wissen, Mehrdozentenmodell) mit nicht-modularen Aspekten (Integration von Wissen, Eindozentenmodell, Entwicklung von therapeutischer Expertise) kombinieren.

4. Rahmenbedingungen der Selbsterfahrung in verschiedenen Therapieverfahren im deutschsprachigen Raum

Das Ausmaß an Stunden, die für SE aufgewendet werden müssen, hängt einerseits von gesetzlichen Rahmenbedingungen und nationalen Traditionen, andererseits von den Paradigmen ab, wieder bilden Klassische Psychoanalyse und Verhaltenstherapie die Extrempunkte.

Selbsterfahrung ist in Deutschland ein verpflichtender Bestandteil der Ausbildung Psychologischer Psychotherapeuten, geregelt in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrV, § 1, § 5). Die entsprechenden Abschnitte sind:

§ 1 Ziel und Gliederung (...)

(3) Die Ausbildung umfasst mindestens 4.200 Stunden und besteht aus einer praktischen Tätigkeit (§ 2), einer theoretischen Ausbildung (§ 3), einer praktischen Ausbildung mit Krankenbehandlungen unter Supervision (§ 4) sowie einer Selbsterfahrung, die die Ausbildungsteilnehmer zur Reflexion eigenen therapeutischen Handelns befähigt (§ 5). (...)

§ 5 Selbsterfahrung

(1) Die Selbsterfahrung nach § 1 Abs. 3 Satz 1 richtet sich nach dem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren, das Gegenstand der vertieften Ausbildung ist, und umfasst mindestens 120 Stunden. Gegenstand der Selbsterfahrung sind die Reflexion oder Modifikation persönlicher Voraussetzungen für das therapeutische Erleben und Handeln unter Einbeziehung biographischer Aspekte sowie bedeutsame Aspekte des Erlebens und Handelns im Zusammenhang mit einer therapeutischen Beziehung und mit der persönlichen Entwicklung im Ausbildungsverlauf.

(2) Die Selbsterfahrung findet bei von der Ausbildungsstätte anerkannten Selbsterfahrungsleitern, die als Supervisoren nach § 4 Abs. 3 Satz 1 oder Abs. 4 anerkannt sind, statt, zu denen der Ausbildungsteilnehmer keine verwandtschaftlichen Beziehungen hat und nicht in wirtschaftlichen oder dienstlichen Abhängigkeiten steht." (Quelle: Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten vom 18. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3749), die zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 2. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2686) geändert worden ist)

Der zeitliche Umfang ist somit vom deutschen Gesetzgeber auf mindestens 120 Stunden festgeschrieben worden; die meisten anerkannten Verhaltenstherapie-Institute gehen über diese Stundenvorgabe nicht hinaus. Zumeist werden diese Stunden in Gruppenselbsterfahrung erbracht, nur wenige Institute verlangen Einzelselbsterfahrungsstunden.

In den Schweizer Instituten für Verhaltenstherapie liegt der Selbsterfahrungsanteil erheblich höher, nämlich bei 200 Stunden. Hier wird in der Regel die Hälfte in Form von Gruppen- die andere Hälfte in Form von Einzelselbsterfahrungsstunden abgeleistet. Die Detailregelungen können von Kanton zu Kanton abweichen. Es steht gegenwärtig eine Regelung durch ein Psychotherapeutengesetz in Aussicht; die bisherige Situation in der Schweiz sieht eine niedergelassene Tätigkeit im Verfahren der Delegation vor, eine eigenständige Anerkennung wie in Deutschland existiert bisher nicht.

In Österreich fordert das Psychotherapeutengesetz (vgl. Bundesrecht: Gesamte Rechtsvorschrift für Psychotherapeutengesetz, Fassung vom 20.05.2010) insgesamt 250 Stunden

Selbsterfahrung. Diese ist in den beiden Ausbildungsteilen Propädeutikum und Fachspezifikum anteilig zu 50 bzw. 200 Stunden zu erbringen. Es dürfte sich im Regelfall um Gruppenselbsterfahrung handeln. Da in Österreich eine erhebliche Zahl von Verfahren im Psychotherapeutengesetz anerkannt ist (22 Verfahren nach aktuellem Stand), ist der Selbsterfahrungsanteil enorm hoch und orientiert sich an den Mindeststandards der Psychoanalyse.

In den psychoanalytischen und tiefenpsychologischen Verfahren und auch in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie wird teils erheblich über die genannten Stunden hinausgegangen. Die psychoanalytische Ausbildung sieht in der Lehranalyse die zentrale didaktische Ausbildungskomponente. Die Lehranalyse stellt den historischen Prototyp der Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung dar, entsprechend nimmt sie auch zeitlich den zentralen Raum in der Ausbildung ein. Die Kriterien der IPA (International Psychoanalytical Association - IPA Standards and Criteria for Qualification and Admission to Membership; in Deutschland vertreten durch die DPV, Deutsche Psychoanalytische Vereinigung) sehen für die Lehranalyse folgendes vor:

"Candidates' analyses should be conducted 4 to 5 times a week, on the basis of no more than one session per day, and each session should last 45 or 50 minutes." (Zit. nach: <http://www.dpv-psa.de/ausbildung/optimal-standards-der-ipa/>)

Dies würde bei einer fünfjährigen Ausbildung auf eine enorme Zahl von Sitzungen selbst abzüglich der Urlaubszeiten hinauslaufen.

Die Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG) veranschlagt für die Lehranalyse abweichend von der IPA mindestens drei Sitzungen in der Woche; die modellhafte Kostenberechnung auf der Internetseite der DPG geht in einer fünfjährigen Ausbildungszeit von 500 Stunden Lehranalyse aus (Quelle: <http://www.dpg-psa.de/>). Die klientenzentrierte Ausbildung in Deutschland im Rahmen der GwG (Gesellschaft für Wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie) bleibt mit 130 Stunden vergleichsweise im unteren Stundenbereich, insbesondere da nur 90 Stunden mit Trainern und die weiteren 40 in kollegialer Selbsterfahrung der Teilnehmer/innen untereinander absolviert werden. Es wird jedoch zusätzlich eine Eigentherapie von 50 Stunden verlangt.

Die Effektivität und die Rolle der SE in der Verhaltenstherapieausbildung wird in der Regel nicht mehr bestritten; die zusammenfassenden Statements bzw. die Diskussion hierüber soll an dieser Stelle nicht wiederholt werden. Anstatt dessen verweisen wir auf entsprechende Literatur (z.B. Laireiter, 2009; Laireiter & Elke, 1994). Die dort insbesondere von Laireiter geforderten empirische Studien (Greve, 2007; Schön, 2001) bleiben eher selten. Die empirischen Ergebnisse lassen doch recht deutlich den Schluss zu, dass die Teilnehmer/innen in Abhängigkeit von ihrem Engagement auch kognitiver, emotionaler und prozessualer Ebene profitieren. Greve zeigte in ihrer Dissertation, dass Teilnehmer/innen anscheinend bezogen auf ihr Selbstbild profitieren; die betrifft jedoch weniger die Inhalte des Selbstbildes als die Stabilisierungsprozesse des Selbst. Insgesamt dominieren Befunde, die SE als nützlich erscheinen lassen. Eine genaue Bewertung erscheint v. a. deshalb schwierig, weil die Ziele der Selbsterfahrung wenig exakt bestimmt erscheinen und die Praxis entsprechend heterogen sein dürfte. Interessant ist jedoch, dass in vielen Instituten die SE von Ausbildern übernommen wird, die ihren Schwerpunkt nicht oder nicht allein im Paradigma der kognitiven Verhaltenstherapie haben.

5. Selbsterfahrung in der Psychotherapie: Eine normative Ortsbestimmung

Im ersten Abschnitt hatten wir bereits festgehalten, dass wir uns dem Verständnis Grawes anschließen und eine Psychologische Psychotherapie für notwendig halten, die über die Einzelverfahren hinausgeht und sich evidenzbasiert und in der wissenschaftlichen Psychologie und ihren Nachbardisziplinen verortet versteht. Wir stimmen darüber hinaus mit Caspar & Grosse-Holtforth (2010) und Grawe (2004) überein, dass eine ausschließlich störungsorientierte Psychotherapie um eine motivumsetzungs- bzw. bedürfnisorientierten Psychotherapie zu ergänzen ist.

Für die Ausbildung psychologischer Psychotherapeuten und für die Selbsterfahrung bedeutet dies folgendes: Wenn SE analog zum Therapie- und Störungsverständnis konzipiert wird, so sollten in einer psychologischen Psychotherapie entsprechend sowohl störungsorientierte als auch bedürfnis-/motivumsetzungsorientierte Aspekte gleichermaßen didaktisch abgebildet sein sollten. Auf anderer Ebene könnte man formulieren, dass psychotherapeutische Kompetenz ebenso wie Selbsterfahrung sowohl einen technologischen als auch einen personalen Aspekt aufweist. Der technologische Aspekt betrifft die Vermittlung von Störungs- und Interventionswissen bzw. den auf den Therapieprozess bezogenen Teil der SE, der personale Aspekt betrifft die Integration von Wissen mit dem Ziel von Expertise und die Entwicklung der (Therapeuten-)Persönlichkeit der Ausbildungskandidaten.

Im Folgenden wollen wir versuchen, die Rolle von Selbsterfahrung in einer psychologischen Psychotherapie normativ zu begründen und zu beschreiben.

6. Wissenschaftshistorische Aspekte: Das Subjekt und seine Rolle in der Wissenschaft

6.1 Fehlerkontrolle durch Selbstreflexion

Die Frage, inwieweit Subjektivität ein legitimer Gegenstand wissenschaftlichen Interesse ist, wurde in der Geschichte des wissenschaftlichen Denkens recht unterschiedlich beantwortet.

Dabei geht es hier weniger um die Frage, ob Subjekte ein legitimer Forschungsgegenstand wissenschaftlichen Interesses sind (wie in der Psychologie), als vielmehr darum, wie die Subjektivität des Forschers im Erkenntnisprozess zu behandeln ist. Diese Frage wirft ein philosophisches Grundproblem im Rahmen von Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie auf und betrifft alle Einzelwissenschaften, also ebenso die Physik wie die Psychologie. Da Psychotherapie a) auf der Grundlagenwissenschaft aufbaut und b) selbst angewandte Wissenschaft ist, gilt das folgende für beide Bereiche gleichermaßen.

Die Entstehung des modernen wissenschaftlichen Denkens ist mit dem Wendepunkt der Aufklärung durch eine zunehmend scharfe Grenzziehung zwischen den geistes- und naturwissenschaftlich Disziplinen gekennzeichnet. Die Abgrenzung der beiden Bereiche erfolgt im Prinzip über eine Methodendifferenz, ebenso jedoch über eine Zieldifferenz und eine gesellschaftliche Rollenbestimmung. Während Disziplinen wie die Philosophie einen normativen Charakter haben, gelten die am Modell der Naturwissenschaften orientierten Einzelwissenschaften inklusive der Psychologie als an der exakten Beobachtung bzw. an den Regeln der Erfahrung orientiert. Subjektivität ist in den normativen und beobachtenden Wissenschaften unterschiedlich konzipiert. Die Person des Forschers ist im normativen Bereich Teil des wissenschaftlichen Denkens, Gegenstand der Reflexion usw. Im naturwissenschaftlichen Modell ist die Person des Forschers im Prinzip (zumindest im naiven Empirismus) eine Fehlerquelle. Im Modell der exakten Wissenschaften geht es darum, die Beobachtungen möglichst objektiv, ohne subjektiven Verzerrungen zu unterliegen, für alle Beobachter potenziell replizierbar und nachvollziehbar zu machen.

Die Wissenschaftstheorie beschäftigt sich damit, die Voraussetzung von Methodologien zu diskutieren und Prozeduren festzulegen, die einen weitestgehenden Ausschluss der schlimmsten Fehlerquellen zur Folge haben soll. Weitestgehend akzeptiert dürfte der Umstand sein, dass eine rein objektive Beobachtung nicht möglich ist, da das beobachtende Subjekt nicht eliminierbar ist (bzw. sich dessen Eliminierung schädlich auf den Erkenntnisprozess auswirken dürfte.). Die Möglichkeiten rationaler Entscheidungen und deren logischer Voraussetzungen sind von verschiedenen Autoren untersucht worden; letztlich muss man sagen, dass von Popper (2007) über Kuhn (2001), Holzkamp (1968) und Feyerabend (2003) eine Bewegung erkennbar ist, die der Frage der Objektivität als Wahrheitskriterium eine immer geringere und den Bedingungen, unter denen Theorien im Wissenschaftsbetrieb sozial akzeptiert werden, eine immer größere Rolle zuschreibt.

Es ist aus unserer Sicht nicht von der Hand zu weisen, dass Wahrheit und Falschheit, Akzeptanz und Zurückweisung von Aussagen und der ihnen zugrunde liegenden wissenschaftlichen Prozeduren - letztlich die Auffassung von Wissenschaft selbst - soziale Konstruktion darstellen, die sich in der Struktur der Diskurse historisch abbilden. Auch die Zuordnung von Selbsterfahrung zur vorwissenschaftlichen Welt wie bei Sartory (s.o.) ist eine Konstruktion, die hier zum Ausdruck kommende Behandlung des Subjektes bzw. der Subjektivität steht somit in bester Tradition der Zurückweisung von Subjektivität im Denken der klassischen empirischen Einzelwissenschaften.

In der Tradition des kritischen Rationalismus und seiner Nachfolger ist das Subjekt weitestgehend als Verzerrungsfaktor in der wissenschaftlichen Beobachtung diskreditiert. Subjektivität bedeutet in dieser Lesart Willkürlichkeit, Beliebigkeit, Verzerrung durch persönliche Bewertungsmaßstäbe und wird aus der Wissenschaftlichkeit praktisch ausgeschlossen, ihre Anwendung sanktioniert. Selbsterfahrung als Beschäftigung mit den subjektiven Aspekten der angewandten Wissenschaft Psychotherapie ist insofern aus dieser Sicht der Rückgriff auf das Beliebige (= unwissenschaftliche) und somit zu verwerfen.

Subjektivität im Sinne von eingeschränkter Beobachtungsobjektivität ist letztlich jedoch nicht zu eliminieren sondern lediglich annäherungsweise zu kontrollieren, indem eine Reihe intersubjektive Regeln definiert werden, die von allen Beobachtern gleichermaßen akzeptiert und angewendet werden und die nicht durch ihren Wahrheits- sondern durch ihren Vereinbarungscharakter Verbindlichkeit bezüglich der Frage bekommen, unter welchen Bedingungen eine Beobachtung als akzeptiert/regelrecht oder als zurückzuweisen angesehen wird.

Zwei wesentliche Aspekte müssen hier beachtet werden:

1. Erkenntnisse werden immer durch Subjekte gewonnen. Subjekte sind im Erkenntnisprozess somit nicht eliminierbar. Es kann also allenfalls ein Ziel wissenschaftlichen Denkens sein, Subjektivität zu eliminieren. Selbst Subjektivität ist im wissenschaftlichen Prozess jedoch nicht eliminierbar, sie ist nicht einmal i. e. S. minimierbar, weil sie eine nicht quantifizierbare Eigenschaft beobachtender Subjekte darstellt. Subjektivität ist allenfalls intersubjektiv kontrollierbar, in dem entsprechende Regeln in der Scientific Community vereinbart werden ("Vereinbart" bedeutet hier nicht zwingend, dass sich tatsächlich Personen auf bestimmte Kriterien verständigen, sondern schließt auch andere, systemimmanente oder gesellschaftliche Prozesse der Herausbildung von Wahrheitskriterien ein; "vereinbart" soll auf den sozialen Konstruktionscharakter von Wahrheitskriterien verweisen). Die Subjekte sind somit zu einem Prozess der Selbstreflexion und -kritik ihrer eigenen Erkenntnisvoraussetzungen aufgerufen, um die Einhaltung der vereinbarten Regeln und mögliche (subjektive) Gründe für

Verzerrungen zu prüfen bzw. zu explizieren. Dies beschränkt sich nicht auf die eigene Person, also auf Selbstreflexion: Die Scientific Community übt zu diesem Zweck auch gegenseitige Methodenkritik, prüft die Einhaltung der Regeln intersubjektiv. Subjektivität insgesamt ist im wissenschaftlichen Prozess somit nur annäherungsweise zu kontrollieren. Voraussetzung für "Objektivität" ist somit nicht die Eliminierung des Selbst, sondern die durch Herstellung von intersubjektiver Reflexion gewonnene Selbsterkenntnis. Dies gilt unabhängig von der Einzeldisziplin gleichermaßen für alle empirischen Wissenschaften (also für die Physik genauso wie für die Psychotherapie), da nicht die Ergebnisse von Empirie sondern die Erkenntnisvoraussetzungen gemeint sind. In der Geschichte der Philosophie kommt dem Begriff "Erkenne dich Selbst!" seit Platon die Bedeutung zu, die Grenzen des eigenen Wissens zu erkennen, also die Erkenntnisvoraussetzungen in der eigenen Person.

2. Die Beobachtungen, die aufgrund der vereinbarten Regeln gemacht und akzeptiert bzw. verworfen werden, sind empirischer Natur. Die Regeln, anhand derer die Beobachtungen gemacht werden, sind selbst jedoch nicht-empirischer Natur sondern normativ. Unser heutiges Verständnis empirischer Wissenschaften ist somit Ergebnis einer historischen Diskursformation, nämlich einer Auseinandersetzung über die Gültigkeit und Bedingungen wissenschaftlicher Beobachtungen, wahrer und falscher Sätze (vgl. z. B. Ayer, 1996).

In psychologische Termini übersetzt könnte man somit sagen, dass Erkenntnis nur schemaabhängig erfolgen kann. Schemata sind Schlussfolgerungen aus Erfahrungen, die wieder als "Decodierungsprogramme" auf neue Erfahrungen angewendet werden. Will man systematische Verzerrungen kontrollieren, so ist es aus unserer Sicht erforderlich, die eigenen Schemata zu explizieren und zu repräsentieren, um somit die Voraussetzungen der eigenen Ergebnisse transparent zu machen. Gerade aus psychologischer Sicht kann es eine voraussetzungslose Erkenntnis (sozusagen an den Schemata vorbei) nicht geben. Für die Psychotherapie als ein Teil der angewandten Psychologie bedeutet das, dass die Schemata des Therapeuten, die Grundlage seiner Modellbildung und seine Interventionsplanung sind, von diesem einem Prozess der kritischen Selbst- bzw. interpersonellen Reflexion (Supervision) unterzogen werden und expliziert/geklärt werden müssen. Eine ausschließliche Selbstreflexion dürfte alleine nur begrenzt hilfreich sein, da Personen gegenüber eigenen Schemata in der Regel "blind" sind und somit der intersubjektiven Rückmeldung und Kritik bedürfen. Ferner ist der Prozess der "intersubjektiven Selbstreflexion" nicht in einem einmaligen Erkenntnisakt hinreichend abgeschlossen, sondern bedarf der kontinuierlichen Umsetzung im psychotherapeutischen Einzelfall und über die gesamte Zeit der Berufstätigkeit im Sinne einer kontrollierten Praxis. Insofern haben aus unserer Sicht Selbsterfahrungsaspekte ein kontinuierlicher Teil der Supervision zu sein.

Somit stehen die Prozesse der kritischen Selbstreflexion und der gemeinsamen Reflexion der eigenen Voraussetzungen des Erkennens durch die Community nicht im Widerspruch zum wissenschaftlichen Vorgehen sondern sie machen wissenschaftliches Vorgehen regelrecht aus. Aus unserer Sicht ist der Verzicht auf diese Reflexionsebene z. B. im naiven Empirismus methodisch höchst fragwürdig und verfehlt die Kriterien wissenschaftlichen Denkens und Handelns deutlich. Dies gilt für die Grundlagenwissenschaft und die angewandte Wissenschaft gleichermaßen.

Die Ächtung der Subjektivität durch eine sich als empirisch verstehende Wissenschaft ist somit nicht nachvollziehbar, da alle Erkenntnisvorgänge - ob in der Astronomie oder der Psychologie - vor dem Hintergrund subjektiver Annahmen bzw. genauer: vor dem Hintergrund von Annahmen des Subjektes stattfinden. Dies gilt in besonderem Maße, wenn Subjektivität selbst Gegenstand der Beobachtung ist, wie es in der wissenschaftlichen

Psychologie und ihren Anwendungsgebieten der Fall ist. Die Psychotherapie als angewandte Psychologie setzt sogar um so mehr kritische Reflexion eigener Schemata voraus, weil hier der Einzelfall regelrecht der Erkenntnisgegenstand ist: Psychotherapeuten versuchen, allgemeine Kenntnisse aus der wissenschaftlichen Psychologie auf den Einzelfall anzuwenden; die wissenschaftliche Psychologie selber hat zumeist die Absichten, nomothetische Aussagen über Gruppen von Individuen abzuleiten und somit von der Einzigartigkeit von Personen zugunsten deren Gemeinsamkeiten abzusehen.

Selbsterfahrung ist nun ein Verfahren, dass in der Physik nicht zur Anwendung kommt; dies dürfte am Gegenstandsbereich der Physik liegen. Hier wird den Auszubildenden jedoch die notwendige Methodologie (Experiment, Auswertung etc.) beigebracht und auf diese Art eine intersubjektive Kontrolle hergestellt. Psychologische Prozesse zu verstehen, erfordert aufgrund des Gegenstandes der Psychologie eine Reflexion der hier relevanten Erkenntnisvoraussetzungen auf der Seite des Beobachters/Therapeuten. Dies sind die eigenen Schemata, Kognitionen und Emotionen der beobachtenden Person. Die Selbstreflexion eigener Schemata etc. soll dafür sorgen, dass das Risiko von Fehlurteilen über Verhalten oder Erleben einer Person (z. B. eines Klienten in der Psychotherapie), die auf unerkannten subjektiven Verzerrungsquellen des Beobachters beruhen, kontrolliert wird.

Selbsterfahrung ist also ein Teil wissenschaftlicher Methodologie. Diese Methodologie ist in der Psychologie und Psychotherapie kein Merkmal vorwissenschaftlichen sondern im Gegenteil wissenschaftlichen Denkens. Es ist sachlich hoch angemessen, dass die eigenen Emotionen, Kognitionen und Schemata dem Therapeuten bekannt sind, so dass er (oder im Verfahren der kollektiven gegenseitigen Evaluation: die Kollegen/innen) systematische Verzerrungen dieser Art entdecken kann.

6.2 Wissenschaft als Selbstentwicklung: Die Sorge um sich selbst

Geht man etwas weiter in die Geschichte des wissenschaftlichen Denkens zurück, so zeigt sich, dass die Geringschätzung des Subjektes und seine Degradierung zum Messfehler wie oben kurz angedeutet ein Produkt der Aufklärung ist. Michel Foucault hat die historischen Diskurse bezüglich der "Hermeneutik des Subjekts" bis in die griechische Antike zurückverfolgt (Foucault, 1989, 2004).

Die Satz "Erkenne dich selbst" wird von vielen Autoren als eine dem abendländischen Denken innewohnende programmatische Formel angesehen. Der Ursprung des Satzes ist unbekannt bzw. wird er unterschiedlichen Personen zugeschrieben (u. a. Heraklit). Angeblich stand der Satz neben einer Reihe anderer Anweisungen in der Anlage des Orakels von Delphi.

Foucault arbeitet heraus, dass der Satz "Erkenne dich selbst" spätestens seit Platons Text Alkibiades (1998) in einem übergeordneten Programm der Sorge um sich selbst (epimeleia heautou) aufgehe. Diese Sorge um sich "(ist) der Rahmen, der Boden, der das Gebot "Erkenne dich selbst" rechtfertigt." (Foucault, 2004, S. 23). "Jeder Mensch muss sich Tag und Nacht, sein ganzes Leben lang, um seine Seele kümmern. Für "sorgen um" benutzt er (d. h. Platon, Anm. d. Autors) das Verb therapeuein, (...)." Ebenda, S. 24).

Foucault führt weiter aus, dass diese "Sorge um sich selbst" einer Aufforderung gleichkommt, sich zu entwickeln und dass es bis in die beginnende Aufklärung hinein anscheinend auch wissenschaftlich legitim war, Selbstentwicklung als einen - wenn nicht den - zentralen Motor wissenschaftlichen Denkens zu betrachten. Foucault kommt in seinen historischen Analysen zu dem Schluss, dass das Individuum sich in dieser Sicht, um die Wahrheit zu erkennen, entwickeln, d. h. verändern muss. Der Gedanke impliziert somit, dass das Individuum nicht

einfach und unmittelbar Zugang zur Erkenntnis hat.

Aus psychologischer Sicht ist dieser Gedanke insofern interessant, weil er Lernen und Expertise als einen Prozess der Selbstveränderung auffasst. Unter der Prämisse der Sorge um sich selbst ist also eine Weiterentwicklung der Person erforderlich, sie muss etwas tun, sich ändern, reifen, um die Wahrheit zu verstehen. Selbstveränderung ist somit Voraussetzung und Ziel von Wissenschaft.

Der Gedanke ist aus unserer Sicht mit einer modernen Persönlichkeitstheorie hoch kompatibel, nämlich der Persönlichkeits-System-Interaktions-Theorie (PSI-Theorie) von Kuhl (2001), auf die wir schon an anderer Stelle im Rahmen der KOP zurückgekommen sind (Schlebusch, Kuhl, Breil & Püschel, 2006; Püschel & Sachse, 2009). In der PSI-Theorie nimmt das Konstrukt des sog. Extensionsgedächtnisses (EG) einen zentralen Platz ein. Das EG ist ein implizites System, das Präferenzen und Motive einer Person speichert und simultan in Form eines ganzheitlichen Überblickswissens zur Verfügung stellt. Das EG stellt somit eine hoch organisierte und integrative Repräsentationsform von Wissen/Erfahrung dar. Das EG umfasst bestimmte Aspekte des Selbst, wie Motive, Emotionale Präferenzen, "Schemata" i. S. von hochverdichteten Schlussfolgerungen aus Erfahrungen und auch das, was man als Expertenwissen (Expertise) zusammenfassen könnte.

Expertenwissen stellt eine hochautomatisierte und hoch integrierte Wissensrepräsentation dar, die auf Erfahrung und Regellernen beruht, jedoch nicht mehr auf die bewusste Aktivierung dieser Regeln angewiesen ist. Experten in einer bestimmten Disziplin (sei es beim Klavierspielen, bei der theoretischen Physik oder in der Psychotherapie) können ihr Regelwissen ganzheitlich-überblickend und in "Echtzeit" aus dem Extensionsgedächtnis abrufen. Das Handeln einer Person im "Expertenmodus" erfordert keine bewusste und serielle Repräsentation der zugrundeliegenden Regeln, die Regelanwendung wird hochautomatisiert und ohne explizite Repräsentation abrufbar. Ein Beispiel wäre die Improvisation eines Jazzmusikers über bestimmte harmonische Regeln zu nennen, die ja in Echtzeit erfolgen muss: Während der Ausführung geraten die Regeln zur Anwendung, sind nicht "bewusst", jedoch jederzeit auf Verlangen explizierbar (Dem Jazztrompeter Miles Davis, befragt über seine Improvisationskompetenz, wird der Satz zugeschrieben: "Lerne die Regeln und vergiss sie.").

Experten werden dadurch zu Experten, dass sie Regelwissen assimilieren und so zum Teil ihrer selbst (bzw. ihres Selbst i. S. ihres Extensionsgedächtnisses) machen. Dies korrespondiert u. E. recht gut mit der von Foucault beschriebenen Entwicklung des Subjektes im Sinne der "Sorge um sich selbst."

Das Interesse daran, sich selbst zu verbessern, sich zu entwickeln und seinen Horizont zu erweitern ist aus psychologischer Sicht ein Grundmotiv (nämlich intrinsisches Leistungsmotiv als Grundlage der Selbstentwicklung). Insofern ist Selbst- und Persönlichkeitsentwicklung grundlegend für jedes wissenschaftliche Fragen und auch legitim. Dies muss für die Psychologie im Besonderen gelten, gilt aber auch für alle anderen Wissenschaften. Subjekte verändern sich für immer, wenn sie ein neues Wissen in ihr Selbstsystem integriert bzw. assimiliert haben. Diese Form der Wissensrepräsentation ist nachhaltiger und anderen Repräsentationsformen (z. B. der des Intentionsgedächtnisses) in vielen Aspekten überlegen. Serielle, nicht-assimilierte Repräsentation bleibt explizit, langsam, mit wenig Überblick ausgestattet (zu den Mechanismen und Funktionen verschiedener Repräsentationsformen vgl. Kuhl, 2001).

Sachse hat verschiedentlich darauf hingewiesen, dass auch die Vermittlung psychotherapeutischen Wissens nach einem Expertise-Modell zu erfolgen habe. Dabei stellt die Integration der vermittelten Inhalte eine entscheidende Aufgabe der Ausbildung dar:

"Expertise setzt voraus, dass eine Person nicht einen Haufen unverbundenes Wissen im Kopf hat, das möglicherweise auch noch widersprüchlich ist: Gut funktionierende Verarbeitungs- und Handlungsprozesse setzen vielmehr voraus,

- dass verfügbare Wissens Elemente verbunden, organisiert und strukturiert sind;
- dass sie auch über Metaverbindungen integriert sind;
- dass sie widerspruchsfrei organisiert sind oder dass Widersprüche zumindest klar definiert und auf diese Weise integriert sind.

Gelingt diese Integration in der Vermittlung nicht, dann "blockieren sich (die Wissensinhalte) gegenseitig oder ihre Aktivierung führt zu Verwirrung und damit zur Lähmung von Entscheidungen. Das Denken bleibt ständig hängen, schafft keine Strukturen, bildet keine Heuristiken, denkt nicht voraus, kurz gesagt: Chaos macht Expertise unmöglich. (...)

Wenn man dann nichts dafür tut, dass die Ausbildungsteilnehmer diese Ansätze reflektieren, vergleichen, integrieren können, dann besteht eine extrem große Gefahr, dass in den Köpfen der Ausbildungsteilnehmer Ansätze völlig unverbunden nebeneinander stehen, ohne Meta-Regeln, voller Widersprüche. Die Repräsentation geschieht so, wie sie angeboten wird: unverbunden, widersprüchlich. Eine unmittelbare Folge ist, dass eine schlecht in vorhandene Wissensbestände integrierbare Information auch nur schlecht gespeichert werden kann: Auf diese Weise wird mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit sehr viel der vermittelten Information einfach wieder vergessen, da es nicht an existierende Gedächtnisstrukturen "angelagert" werden kann. Dieser gedächtnispsychologische Effekt kann sehr massiv sein: Von einem Seminar, dessen Inhalte nicht integrierbar sind, sind nach mehreren Wochen ca. 60% der Informationen verloren. Das ist Verschwendung von Ressourcen, und es schafft wieder auch nur eine Schein-Kompetenz: Die Ausbildungsteilnehmer können per Zertifikat nachweisen, dass sie anwesend waren, aber ihre Köpfe sind leer." (Sachse, o. J.)

Diese Überlegungen entsprechen dem, was wir oben als Eigenschaften der Repräsentationsform des Extensionsgedächtnisses definiert hatten. Vermittlung von Psychotherapie bedeutet nicht einfach Vermittlung störungsspezifischen Spezialwissens, sie verlangt nach einem Integrationsprozess in bestehende Wissensbestände des Auszubildenden. Auch "technologisches" Expertenwissen entsteht somit im Ergebnis aus einem Integrationsprozess, aus einer Aneignung von Wissen durch und "in" die Person. Aus der Sicht der Expertiseperspektive besteht somit kein wesentlicher Widerspruch zwischen dem Erwerb technologischen Wissens und Selbsterfahrung, weil die Integration von Wissen im Expertiseverständnis einer Veränderung der Person gleichkommt. Jede Entwicklung von Expertenwissen impliziert eine höhere Organisation im Sinne einer Integration, Veränderung und Entwicklung der Person: Lernen ist Aneignung in dem Sinne, dass die lernende Person nicht einfach Inhalte einspeichert, sondern dass sie diese in Form von ganzheitlich-integrativen Überblickswissen (Kuhl 2001) zum Teil ihres Extensionsgedächtnisses macht. Nur als Teil des EG ist es als Expertenwissen im Modus eine ganzheitliche Überblicks intelligent und "in Echtzeit" abrufbar. Genau dieser Abruf ist jedoch in der psychotherapeutischen Praxis erforderlich: Verstehen, Planen und Intervenieren sind hochkomplexe Aufgaben des Therapeuten, die eben in kürzester Zeit und zudem noch ohne gravierende Fehler im Angesicht des Klienten umgesetzt werden müssen.

Die Rolle von Selbsterfahrung in diesem Prozess des Lernens ist aus unserer Sicht so zu definieren:

Lernen ist Selbstentwicklung. Selbsterfahrung ist Reflexion von Selbstentwicklung und sollte im Idealfall die Integration/Aneignung dadurch unterstützen, dass sie die Schemata aktiviert, an die neues Wissen "angedockt" werden soll. Diese Integration in bestehende Wissensbestände ist nur dann effektiv, wenn sie die "Zone der nächsten Entwicklung" (Vygotsky, 1978, original veröffentlicht zwischen 1930 und 1935) trifft. Dieser Begriff "Zone der nächsten Entwicklung" beschreibt den nächsten Schritt, den die Entwicklung einer Person nehmen muss, um ein neues Wissen in eine schon bestehende Struktur einzubauen. Diese "Andockstelle" ist im Idealfall individuell zu bestimmen, wobei die bestehenden Schemata einer Person zu "öffnen" sind, damit ein effektives Andocken stattfinden kann.

Hier zeigt sich eine interessante Parallele zwischen Selbsterfahrung/Wissenserwerb beim Therapeuten und der Therapie mit Klienten. Therapeutische Veränderung kann ebenfalls als Prozess der Selbstentwicklung gesehen werden (Chadwick, 2006): Therapie versucht, neue Erfahrungen zu vermitteln, Bedeutungen zu verändern, also einen kontrollierten Prozess der Erfahrungsbildung bzw. -korrektur, Reflexion und Integration ablaufen zu lassen. Therapeutische Veränderung setzt nun aber voraus, dass die neuen Aspekte im Erleben und Verhalten nicht einfach nur oberflächlich abgelegt, sondern dass sie - nur so ist Veränderung nachhaltig - in das Selbstsystem der Person integriert werden. Passgenauigkeit ist gefragt; auch hier muss eine Integration mit den existierenden Schemata der Person geschehen.

Letztlich erscheint es uns notwendig, das medizinische Krankheitsmodell einschließlich seiner therapeutischen Implikationen (also das Heilen von Krankheiten) erneut und kritisch zum Thema zu machen und zurückweisen. Vielmehr wirkt Therapie aus unserer Sicht dadurch, dass sie etwas Neues schafft, die Person in konstruktiverer Weise in die nächste Zone ihrer Entwicklung führt. Überspringt man die nächste Zone, so findet eine Integration nicht statt, weil die Andockstelle nicht "online" ist. Dockt ein Inhalt nicht an, so geht er im System wieder verloren, wird nicht integriert, nicht assimiliert als Teil des Selbstsystems.

Die Entwicklung therapeutischer Expertise zeigt aus unserer Sicht deutliche Parallelen zu den Veränderungen des Klienten in der Therapie.

7. Zusammenfassung: Wie sollte Selbsterfahrung stattfinden?

Aus dem in den letzten Abschnitten gesagten lassen sich u. E. folgende Schlussfolgerungen ziehen:

1. Selbsterfahrung ist ein unverzichtbarer Teil der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten
2. Selbsterfahrung hat dabei mehrere Funktionen:
 - Sie soll die persönlichen Schemata (Kognitionen und Emotionen) der Person klären, um eine Reflexion der Klientenmodelle von subjektiven Verzerrungen freizuhalten bzw. um diese zu kontrollieren.
 - Sie soll die Assimilation von Wissen in bestehende Strukturen der Person passgenauer machen, Integration fördern.
 - Sie soll Expertise im Sinne von Integration von Wissen in das Extensionsgedächtnis fördern.
 - Sie soll somit Wissen zu Expertise transformieren.

- Sie soll die Entwicklung der Person (Sorge um sich selbst) des Therapeuten fördern.

Hierzu ist es u. E. erforderlich, die unterschiedlichen Aspekte, die Therapie beim Klienten haben kann, auch zum Gegenstand von Selbsterfahrung zu machen. Wir schlagen daher vor, Selbsterfahrung an den therapeutischen Wirkfaktoren Grawes (s.o.) zu orientieren.

SE kann somit die Aspekte

1. Klärung
 2. Lösung
 3. Beziehungsgestaltung
 4. Problemaktualisierung und
 5. Ressourcenaktivierung
- betreffen.

Klärungsorientierte Selbsterfahrung bedeutet dabei, die persönlichen Schemata der Ausbildungskandidat/innen auf Inhalts-, Bearbeitungs- und Beziehungsebene zu explizieren. Dies kann v. a. auch die Beziehungsgestaltung und die Ressourcen (bzw. die Beziehungs- und Ressourcenschemata) der Person betreffen.

Lösungsorientierte Selbsterfahrung bedeutet, mit den Ausbildungskandidaten/innen konkrete Veränderungsstrategien für eigene Probleme umzusetzen. Dies kann von verhaltenstherapeutischer Selbstmodifikation bis hin zur klärungsorientierten Schemabearbeitung (z. B. mithilfe des Ein-Personen-Rollenspiels) gehen.

Problemaktualisierung sollte in der Selbsterfahrung insofern umgesetzt werden, als dass eine emotionale Aktivierung für jeden Klärungs- und Lösungsprozess offensichtlich erforderlich ist; um nicht im Bereich einer Trockenübung zu versanden und tatsächlich ins Selbstsystem (Extensionsgedächtnis) integrierbar zu sein, muss anscheinend eine emotionale Aktivierung stattfinden.

Zur Therapedidaktik ist folgendes zu sagen: Es sollte den verschiedenen Anforderungen der Vermittlung von störungsspezifisch-technischem und selbstaktualisierend-übergreifendem Wissen auch in der Didaktik entsprochen werden. Hierzu ist jedoch zu sagen, dass eine Umsetzung dieses Konzeptes aufwendig ist und unter den heutigen Bedingungen aufgrund einiger aus unserer Sicht peripheren, jedoch verpflichtenden Themen in der Ausbildung nur eingeschränkt umsetzbar ist. Hier wäre eine Überarbeitung der Themenkataloge erforderlich.

Basis-Ausbildungsteil sollte das Training in KOP sein. Dieses findet in mehreren (idealerweise 7-10) Ausbildungsblöcken von (idealerweise) 20-30 Stunden statt. Dieses Training ist nicht-modular, sollte mit einem bis zwei Ausbildern durchgeführt werden und theoretische Aspekte, Selbsterfahrungs- und Supervisionsanteile integrieren. Zusätzlich sollten Selbsterfahreneinheiten im Gruppen- und (optional) Einzelsetting durchgeführt

werden. Im Rahmen von KOP-Kursen geschieht dies z. B. durch Training mit therapeutischen Rollenspielen mit eigenen echten Problemen der Teilnehmer/innen und deren Besprechung anhand von Therapiemitschnitten (Bild- oder Audioaufnahmen). Somit werden sowohl Theorie-, Selbsterfahrungs-, Supervisions- und Trainingsaspekte integriert, was einer Ausbildung von Expertise sehr entgegen kommen würde.

Zusätzlich sollten modulare Ausbildungsaspekte umgesetzt werden. Dies kann - wie in den VT-Instituten üblich - in Form von störungsspezifischen Workshops erfolgen, in denen die technischen Kompetenzen zum Umgang mit z. B. Panik, Zwang oder Stimmenhören vermittelt werden. Schwerpunkt darf hier durchaus technisches und Lösungswissen sein.

Die Supervision sollte in diesem Modell darauf achten, die Umsetzung der Wirkfaktoren im Einzelfall und unter Berücksichtigung von Selbsterfahrungsaspekten zu kontrollieren und zu unterstützen.

8. Zum Umgang mit "schwierigen Ausbildungskandidat/innen"

Die oben beschriebene Idee von Sartory (2009), man müsse die Ausbildungskandidaten/innen vor den Patienten schützen, in dem man den ersteren psychopathologisches Wissen vermittelt, wirft aus unserer Sicht die Frage auf, wie es sich im umgekehrten Fall verhält: Wie schützt man Patienten vor ungeeigneten Ausbildungskandidaten/innen? Dieses Thema wird angesichts der Tatsache, dass die Ausbildung für Psychotherapeuten letztlich eine kommerzielle Veranstaltung ist und auszubildende Psychotherapeuten auch zahlende Kunden sind, gern umgangen.

Man könnte nun auf die Idee kommen, auch den Klienten Psychopathologie beizubringen, so dass diese in der Lage wären, sich im Gegenzug von Therapeuten zu distanzieren, die auf diesem Gebiet "betroffen" sind. Dies wäre jedoch (obwohl transparent und somit eine gute Idee) umständlich und nicht die Aufgabe des Klienten. Die Community der Psychotherapeuten sollte hier eine Umgehensweise entwickeln, die dieses Problem schon in der Ausbildung beachtet.

Die Frage stellt sich, in welchen Eigenschaften sich Therapeuten von ihren Klienten unterscheiden sollten. Sicher ist das Problem nicht einfach dadurch zu lösen, dass man die einen als "gesund" und die anderen als "krank" deklariert. Diese Lösung wäre hochgradig diskriminierend für die Klienten.

Auch der Rogerianische Begriff der "fully functioning person" hilft da wenig weiter. Weder unter Klienten noch unter Therapeuten haben wir jemals Personen dieser Art angetroffen.

Wir sind der Auffassung, dass Therapeuten durchaus auch problematische Schemata haben dürfen. Wir halten es also nicht für zwingend erforderlich, dass ein Therapeut keine persönlichen Probleme aufweisen darf; wichtig ist dabei, dass auch Schemata weit unterhalb der Schwelle der Krankheitswertigkeit den Klienten schädigen können, z. B. einfach deswegen, weil Bewertungen und Normen des Therapeuten und des Klienten massiv von einander abweichen, ohne dass beide pathologischer Natur sein müssten (falls man das

überhaupt klar definieren kann). Es sei hier auf die den Varianzerweiterungseffekt in der Psychotherapie-Forschung verwiesen, der zeigt, dass ein gewisser Prozentsatz von Klienten in der Therapie sich häufig verschlechtert und dass dieser Effekt oft nicht in der Kontrollgruppe zu finden ist, somit also ein Treatment-Effekt ist. Insbesondere in Gruppentherapien sind häufig Therapeutenfehler wie unterschwellige Feindseligkeit gegenüber Klienten der Grund für diese Art von negativem Outcome (vgl. Zusammenfassung bei Fiedler, 1996).

Auch die Frage, ob die Probleme des Therapeuten von Krankheitswert sein dürfen, halten wir nicht allein für entscheidend. Ein Onkologe kann eine hervorragende Arbeit machen, auch wenn er selbst Krebs hat. Panikattacken oder eine depressive Episode in der Lebensgeschichte dürften der therapeutischen Funktionsfähigkeit nicht per se entgegen stehen. Dies bedarf jedoch dann sicher einer sorgfältigen Prüfung. Die Problematik des Therapeuten darf jedoch nicht so geartet sein, dass sie die therapeutische Informationsverarbeitung oder das Interventionshandeln beeinträchtigt. Dies dürfte z. B. alle Probleme, die die Informationsverarbeitung oder die Affekt- oder Impulskontrolle einer Person einschränken, betreffen.

Therapeuten sollten jedoch bezüglich ihrer persönlichen Probleme und/oder problematischen Schemata reflexions- und kritikfähig sein, sie sollten ferner in der Lage sein, diese Reflexion auch in eine adäquates Therapeutenverhalten umzusetzen. Dies dürfte v. a. bei allen ichsynthone Störungen ein Problem sein, v. a. bei Persönlichkeitsstörungen des Therapeuten.

Der Inhalt einzelner Schemata des Therapeuten ist nicht zwingend inkompatibel mit dem Therapeutenstatus, wenn nicht klar normabweichende, ethisch fragwürdige oder patientenfeindliche Schemata vorliegen. Für den Rest der Schemata von Therapeuten gilt u. E. die Fähigkeit, sich zu distanzieren, die eigene Perspektive zu wechseln, also die Flexibilität der eigenen Schemata, als kritische Kompetenz.

Aus dieser Sicht wird u. E. schnell deutlich, dass die Bereitschaft der Therapeuten/innen, sich einem Prozess der kritischen Selbsterfahrung zu stellen und hieraus auch angemessene Konsequenzen zu ziehen, als zentral aufzufassen ist. Dabei gibt es keine Verpflichtung, dass man alle Klientenprobleme annehmen und bearbeiten können muss. Es ist aber wichtig, zu wissen, welche Klientenprobleme für den Therapeuten aus persönlichen Gründen nicht bearbeitbar sind. In einzelnen Fällen wäre es dann aus unserer Sicht akzeptabel, die Behandlung solcher Patienten dann auch nicht zu übernehmen und an weniger voreingenommene Therapeuten weiter zu geben. Das sollte sich jedoch in Grenzen halten, um überhaupt therapeutisch tätig sein zu können.

In jedem Falle wäre es inakzeptabel, wenn der Therapeut von spezifischen Problemlagen abgesehen kein Verständnis für Klienten aufbringen könnte, weil die eigenen Schemata des Therapeuten zu unflexibel, unreflektiert oder aus anderen Gründen "toxisch" für Klienten sind.

Um solche kritischen und unflexiblen, somit patientenschädlichen Schemata zu erkennen, ist Selbsterfahrung und die Bereitschaft, sich darauf einzulassen, eine Schlüsselkompetenz

gerade einer wissenschaftlichen Psychotherapie. Personen, die sich diesem Prozess nicht stellen bzw. ihn für nicht erforderlich halten, sind aus unserer Sicht nicht in der Lage, hinreichend zu differenzieren, wann sie schädigend und wann sie nutzbringend tätig sind. Es ist in keiner Weise nachzuvollziehen, warum diese Reflexion selbst bei einer rein als Manualumsetzung verstandenen Psychotherapie nicht stattfinden sollte.

Therapeuten, deren Schemata zu unflexibel, zu hoch generalisiert problematisch sind, um die notwendigen Prozesse beim Klienten einzuleiten und eigene Aspekte zurückzustellen, sollten aus unserer Sicht eine Eigetherapie bzw. umfangreiche Einzelselbsterfahrung absolvieren, um diesen Mangel abzustellen. Wenn dies geschehen ist, ist aus unserer Sicht eine therapeutische Tätigkeit durchaus denkbar. In Fällen, in denen eine solche Veränderung nicht erfolgt, sollten einzelne Kandidaten/Innen auch von der Ausbildung ausgeschlossen werden, auch wenn dies einen finanziellen Verlust für das Ausbildungsinstitut bedeuten würde. Es darf aus unserer Sicht nicht dazu kommen, dass Personen eine Approbation schon aufgrund der Tatsache erwerben, dass sie einen Ausbildungsvertrag abgeschlossen haben.

Eine Selbsterfahrung innerhalb der Psychotherapieausbildung ist also insgesamt unverzichtbarer und integrativer Teil der Ausbildung. Zu Beachten ist, dass Selbsterfahrung nicht identisch mit Eigetherapie ist. SE ist ein Teil der Berufsausbildung; eine umfangreiche Eigetherapie (wie z.B. in der Psychoanalyse) ist nur dann erforderlich, wenn sie zur Herstellung der beruflichen Basiskompetenzen erforderlich ist. Daher sollte Eigetherapie kein verpflichtender Teil der Ausbildung sein. Schaden dürfte sie auf der anderen Seite jedoch kaum.

SE ist nicht zuletzt auch deshalb erforderlich, um mögliche patientenschädigende Haltungen des Therapeuten überhaupt zu erkennen und den Ausbildungsteilnehmern/innen eine individuelle Rückmeldung machen zu können.

Literatur

Ayer, A. J. (1996). Sprache, Wahrheit und Logik. Berlin: Reclam.

Beck, A.T. (1981). Kognitive Therapie: Beschreibung und Beziehung zur Verhaltenstherapie. In: R. van Queckelberghe (Ed.), Modelle kognitiver Therapien. München: Urban & Schwarzenbeck.

Beck, J., Liese, B.S. & Najavits, L.M. (2005). Cognitive Therapy. In: R.J. Frances, S.I. Miller & A.H. Mack (Eds.), Clinical Textbook of Addictive Disorders, 3rd ed. 474-501. NY: Guilford Press.

Bentall, R.P. (1990). Reconstructing Schizophrenia. London: Routledge.

Caspar, F. (1995). Plan Analysis. Toward Optimizing Psychotherapy. Seattle, Toronto, Bern, Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.

- Caspar, F. & Grosse-Holtforth, M. (2010). Psychotherapie passgenau - Modelle und Behandlungsformen psychischer Störungen. *Sucht Aktuell. Zeitschrift des Fachverbandes Sucht e.V.*, 17 (1), 21-29.
- Castonguay, L.G. & Beutler, L.E. (2006). *Principles of Therapeutic Change That Work*. Oxford: Oxford University Press.
- Chadwick, P. (2006). *Person-Based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis*. Chichester: Wiley.
- Chadwick, P., Birchwood, M.J. & Trower, P. (1996). *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Chichester: Wiley.
- Elliott, R., Watson, J.C., Goldman, R. & Greenberg, L. (2003). *Learning Emotion-Focused Therapy*. Washington: APA-Press.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1995). Changing Rational-Emotive Therapy (RET) to Rational Emotive Behavior Therapy (REBT). *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 13, 85-89.
- Feyerabend, P. (2003). *Wider den Methodenzwang*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Fiedler, P. (1996). *Verhaltenstherapie in und mit Gruppen*. Weinheim: Beltz/PVU.
- Fliegel, S., Groeger, W. & Künzel, R. (1998). *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden*, 4. Auflage. Weinheim: Beltz/PVU.
- Foucault, M. (1989). *Die Sorge um sich. Sexualität und Wahrheit 3*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag
- Foucault, M. (2004). *Hermeneutik des Subjekts. Vorlesungen am Collège de France (1981-1982)*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Foucault, M. (2005). *Die Macht der Psychiatrie. Vorlesungen am Collège de France (1973-1974)*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Foucault, M. (2007). *Die Anormalen. Vorlesungen am Collège de France (1974-1975)*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Grawe, K. (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In: J. Margraf & J.C. Brengelmann (Eds.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie*, 215-244. München: Gerhard Röttger.

- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Seattle, Toronto, Bern, Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L., Rice, L.N. & Elliott, R. (2003). *Emotionale Veränderung fördern*. Paderborn: Junfermann.
- Greenberg, L. & Watson, J. (2006). *Emotion Focused Therapy for Depression*. Washington: APA-Press.
- Greve, G. (2007). *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapieausbildung: Inhalt und Prozess*. Lengerich: Pabst.
- Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (2006). *Motivation und Handeln*, 3. Auflage. Heidelberg: Springer.
- Herpertz, S.C., Caspar, F. & Mundt, C. (2008). *Störungsorientierte Psychotherapie*. München: Elsevier/Urban & Fischer.
- Herrmann, T. (1972). *Sprache*. Frankfurt: Akademische Verlagsgesellschaft.
- Hippler, B. & Görlitz, G. (2001). *Selbsterfahrung in der Gruppe. Person- und Patientenorientierte Übungen (Leben lernen, 142)*. Stuttgart: Pfeiffer/ Klett-Cotta.
- Hörmann, H. (1976). *Meinen und Verstehen*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.
- Holzkamp, K. (1968). *Wissenschaft als Handlung. Versuch einer neuen Grundlegung der Wissenschaftslehre*. de Gruyter, Berlin.
- Kaschel, R. & Kuhl, J. (2004). *Motivational counseling in an extended functional context: Personality systems interaction theory and assessment*. In: W.M. Cox & E. Klinger (Eds.), *Handbook of Motivational Counseling*, 99-119. Chichester: John Wiley & Sons.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Kuhn, T., Simon, K. & Vetter, H. (2001). *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Laireiter, A.-R. (2005). *Selbsterfahrung in der Ausbildung in Verhaltenstherapie*. In: A.-R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie*, 263-292. Göttingen: Hogrefe.
- Laireiter, A.-R. (2009). *Wenn wir über Selbsterfahrung reden, dann müssen wir über Ausbildung reden!* Zu: Rief, W., Freyberger, H.J., Sartory, G.: *Macht Selbsterfahrung bessere*

Psychotherapeuten? Pro und Contra. *Verhaltenstherapie* 2009; 19, 53-55. *Verhaltenstherapie*, 19, 191-193.

Laireiter, A.-R. & Elke, G. (1994). *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie - Konzepte und praktische Erfahrungen*. Tübingen: dgvt.

Ledoux, J.E. (2001). *Das Netz der Gefühle*. München: DTV.

Margraf, J. & Schneider, S. (2009a). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Bd. 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen, 3. Auflage. Berlin: Springer.

Margraf, J. & Schneider, S. (2009b). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Bd. 2: Störungen im Erwachsenenalter - Spezielle Indikationen - Glossar, 3. Auflage. Berlin: Springer.

Platon. (1998). *Alkibiades I/II*. In: O. Apelt (Ed.), *Platon: Sämtliche Dialoge*, Vol. III, 131-261. Hamburg: Felix Meiner Verlag.

Popper, K. & Keuth, H. (2007). *Logik der Forschung*. Berlin: Akademie Verlag

Püschel, O. & Sachse, R. (2009). Eine motivationstheoretische Fundierung Klärungsorientierter Psychotherapie. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & O. Püschel (Eds.), *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie*, 89-116. Göttingen: Hogrefe.

Regier, D. A. (2007). Time for a Fresh Start? Rethinking Psychosis in DSM-V. *Schizophrenia Bulletin*, 33 (4), 843-845.

Rief, W., Freyberger, H.J. & Sartory, G. (2009). Macht Selbsterfahrung bessere Psychotherapeuten? *Verhaltenstherapie*, 19, 53-55.

Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Sachse, R. (2004). *Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Sachse, R. (2005). *Von der Gesprächspsychotherapie zur Klärungsorientierten Psychotherapie. Kritik und Weiterentwicklung eines Therapiekonzeptes*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Sachse, R. (2006). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe.

Sachse, R. (ohne Jahr). *Psychotherapie-Ausbildung aus der Sicht der Expertise-Forschung*. <http://www.ipp-bochum.de>.

Sachse, R., Breil, J., Fasbender, J., Püschel, O. & Sachse, M. (2009). Was ist Klärungsorientierte Psychotherapie? In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & O. Püschel

(Hrsg.), Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie, 15-35. Göttingen: Hogrefe.

Sachse, R., Püschel, O., Fasbender, J. & Breil, J. (2008). Klärungsorientierte Schemabearbeitung. Göttingen: Hogrefe.

Sachse, R., Schlebusch, P., & Sachse, C. (o. J.). Von der Gesprächspsychotherapie zur Klärungsorientierten Psychotherapie.

Schlebusch, P., Kuhl, J., Breil, J. & Püschel, O. (2006). Alkoholismus als Störung der Affektregulation. Ein Störungsmodell auf der Basis der PSI-Theorie. In: R. Sachse & P. Schlebusch (Hrsg.), Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie, 60-118. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Schön, K. (2001). Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie-Ausbildung: Prozess- und Ergebnisqualität aus der Sicht der Teilnehmer/innen. Unpublished Doctoral Dissertation, Justus-Liebig-Universität, Gießen.

Schulte, D. (1993). Lohnt sich eine Verhaltensanalyse? Verhaltenstherapie, 3, 5-13.

Schulte, D. (1998). Therapieplanung, 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Schulte, D. & Eifert, G.H. (2006). What to Do When Manuals Fail? The Dual Model Of Psychotherapy. Clinical Psychology: Science and Practice, 9(3), 312-328.

Schulte, D., Künzel, R., Pepping, G. & Schulte-Bahrenberg, T. (1991). Maßgeschneiderte Psychotherapie versus Standardtherapie bei der Behandlung von Phobikern. In: D. Schulte (Hrsg.), Therapeutische Entscheidungen, 15-42. Göttingen: Hogrefe.

Strauß, B., Hohagen, F. & Caspar, F. (2007). Lehrbuch der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Vygotsy, L. S. (1978). Mind in Society. Cambridge, MA: MIT-Press.

Widiger, T.A., & Clark, L.A. (2000). Toward DSM-V and the classification of psychopathology. Psychological Bulletin, 126 (6), 946-963.