ZEITSCHRIFTENARCHIV

Gabriele Riess

Psychotherapie und Klinische Psychologie

Feedback
13. Jahrgang, Nr. 1, 2024, Seite 69–84
DOI: 10.30820/2752-2245-2024-1-69
Psychosozial-Verlag

38019

Psychosozial-Verlag

Impressum
Feedback – Zeitschrift für Gruppentherapie und Beratung

ISSN 2752–2245 (print)
ISSN 2752–2237 (digital)
www.psychosozial-verlag.de/fb
13. Jahrgang, 2024, Heft 1
https://doi.org/10.30820/2752-2245-2024-1

Österreichischer Arbeitskreis für
Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG)
Lenaugasse 3
1080 Wien
Österreich
Tel.: +43/1/4053993
Fax: +43/1/4053993-20
office@oeagg.at
www.oeagg.at

Herausgeber:innen:
Günter Dietrich, Karin Zajec & Robert Stefan
feedback@oeagg.at

Verlag | Abonnementbetreuung:
Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG
Walltorstraße 10
35390 Gießen
Deutschland
Tel.: +49/641/969978-26
Fax: +49/641/969978-19
aboservice@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Erscheinungsweise:
halbjährlich

Bezug:
Jahresabo 33,90 Euro (zzgl. Versand)
Einzelheft 22,90 Euro (zzgl. Versand)
Mitglieder des ÖAGG erhalten 20 % Rabatt auf den Abonnementpreis.
Studierende erhalten 25 % Rabatt auf den Abonnementpreis (gegen Nachweis).
Das Abonnement verlängert sich um jeweils ein Jahr, sofern nicht eine Abbestellung bis acht Wochen vor Beendigung des Bezugszeitraums erfolgt.

Anfragen zu Anzeigen bitte an den Verlag:
anzeigen@psychosozial-verlag.de
Die Anzeigenpreise finden Sie in den auf der Verlagshomepage hinterlegten Metadaten.

© 2024 Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG, Gießen
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Psychotherapie und Klinische Psychologie

Kritische Betrachtung eines alten Spannungsverhältnisses

Gabriele Riess

Feedback 13(1) 2024 69–84
https://doi.org/10.30820/2752-2245-2024-1-69
http://www.psychosozial-verlag.de/fb

Zusammenfassung: Die aktuellen Bestrebungen des Gesetzgebers in Österreich fokussieren auf eine Akademisierung der Psychotherapieausbildung (Novellierung des PTH-Gesetzes). Dies hätte möglicherweise u. a. die überfällige Verbesserung der Patient:innenversorgung mit Psychotherapie zur Folge. Nun ruft diese mögliche Akademisierung der Psychotherapieausbildung auch Nachbardisziplinen verstärkt auf den Plan, die sich ihrerseits für eine verbesserte Positionierung ihrer Berufsgruppe im öffentlich finanzierten Gesundheitssystem in Stellung bringen. Im vorliegenden Artikel soll das Verhältnis der Psychotherapie zur Klinischen Psychologie diskutiert werden, insbesondere vor dem Hintergrund eines aufgrund hoher Prävalenz psychischer Erkrankungen dringend erforderlichen Ausbaus psychotherapeutischer Versorgung sowie der wissenschaftshistorischen Debatten innerhalb der akademischen Psychologie und den daraus ableitbaren Spannungen zwischen *Klinischer Psychologie* und *Psychotherapie*.

Schlüsselwörter: Psychotherapie, Klinische Psychologie, Psychotherapieversorgung, Paradigmen, Ausbildungsunterschiede

Versorgungsnot

Die Versorgungsnot in Bezug auf Psychotherapie in Österreich ist hoch: 30 Jahre nach Inkrafttreten des Psychotherapiegesetzes ist Psychotherapie als Leistung der Sozialversicherung nämlich immer noch kaum zugänglich, da der Versorgungsausbau nicht im erforderlichen – und im Sinne der *gesundheitlichen Chancengerechtigkeit* notwendigen – Ausmaß erfolgte (Arrouas & Fleischmann, 2019; Rechnungshof, 2019). Die Prävalenz psychischer Erkrankungen ist sehr hoch und stieg – pandemiebedingt – weiter (GBD 2019, 2022; OECD, 2020). Von 22,8 % der psychisch Erkrankten (Wancata, 2017) bzw. 13,6 % der Patient:innen, die nach Einschätzung klinischer Ex-

pert:innen Psychotherapie benötigen, stehen nur rund 2,6 % in sozialversicherungs(teil)finanzierter Psychotherapie; allerdings befinden sich je nach Schätzung zwischen 3,4 % und 9 % der Bevölkerung (vgl. Wancata, 2017) in Psychotherapie und bezahlen diese meist selbst. Eine eklatante Versorgungslücke fällt auf hinsichtlich der zur Verfügung gestellten Finanzmittel von derzeit nur 76 Millionen Euro (vgl. Grabenhofer-Eggerth & Sator, 2020). Bereits ein moderater Versorgungsausbau für 3,5 % der Bevölkerung würde deutlich höhere Finanzmittel erfordern (Riess et al., 2023). Die Behandlung von rund 5 % der Bevölkerung mit Psychotherapie, die in Zeit und Dosis adäquat ist (Singer et al., 2022), würde einen Versorgungsgrad bedeuten, welcher nach ökonomischen Berechnungen einen volkswirtschaftlichen Nutzen brächte: Der Return on Investment für jeden in Psychotherapie investierten Euro wird (auch in der internationalen Literatur) auf 2,0 bis 5,5 Euro geschätzt (Grabenhofer-Eggerth et al., 2022; Seitz et al., 2019) und würde helfen, volkswirtschaftliche Folgekosten fehlender psychotherapeutischer Versorgung zu minimieren (OECD, 2020; Löffler-Stastka & Hochgerner, 2021).

Wirkungszusammenhänge in der Psychotherapie

Psychotherapie ist – insbesondere psychotherapiewissenschaftlich verstanden – ein komplexes Geschehen. Durch den *psychotherapeutischen Dialog*[1] *und die psychotherapeutische Beziehungsgestaltung* soll das Erleben, das Verhalten bzw. das Leiden von Menschen bewusst gemacht und heilsam verändert werden. Psychotherapie findet zwischen zumindest zwei Personen in einem historisch-situativen Kontext statt. Das Spezifische ihrer Wirkung entsteht durch das *interaktionelle Bezogen-Sein*, d. h. durch das gemeinsame Wirken von jener Person, die Hilfe sucht, und jener, die diese wirksam zur Verfügung stellen möchte. In einem professionellen Rahmen innerhalb des sogenannten Arbeitsbündnisses werden belastende Erfahrungen und Veränderungswünsche auf vielfältige Weise zum Ausdruck gebracht und bearbeitet (Riess, 2018; Riess & Löffler-Stastka, 2022). Diese Veränderungswünsche innerhalb des psychotherapeutischen Arbeitsbündnisses, d. h. in der psychotherapeutischen Beziehung, werden in Rückbindung auf eine einschlägige Theorie reflektiert: Das kontinuierliche, technisch sorgsame Zur-Verfügung-Stellen dieser spezifischen *Reflexion* mit dem Ziel einer therapeutisch wirksamen Veränderung macht ein genuines Kernelement von Psychotherapie

1 Bzw. »Polylog« im Mehrpersonensetting (Gruppenpsychotherapie).

aus, das in der psychotherapeutischen Ausbildung zu erwerben ist und *reflexive Kompetenz* genannt wird (Lambert, 2013; Rudolf, 2004; Arbeitskreis OPD-2, 2014; Strauß et al., 2021). Psychotherapie orientiert sich also am individuellen Bedarf und am subjektiven Erleben, d. h. an der Perspektive der Patient:innen, und ist ein diesen Bedürfnissen entsprechender längerer Behandlungsprozess (meist mit einer wöchentlichen Frequenz über mehrere Monate und oft weit darüber hinaus). Die *Zeit-Dosis-Wirkungszusammenhänge* orientieren sich an der Problem-/Störungslage der Patient:innen und werden in der Fachliteratur differenziert beschrieben sowie empirisch untermauert (Orlinsky & Howard, 1986, 1987; Howard et al., 1996; Norcross & Lambert, 2011; Norcross & Wampold, 2011).

Psychotherapie in Abgrenzung zu anderen Hilfeformen

Psychotherapie (PT) unterscheidet sich damit wesentlich von kürzerer Beratung und wissensvermittelnder Aufklärung bzw. von anderen beratungsnahen Hilfeformen im psychosozialen Bereich und in den Nachbardisziplinen, und zwar insofern, als das subjektive Erleben selbst im Mittelpunkt der Behandlung steht und Psychotherapie nur so – als eine Art *emotionsfokussierte und Emotionen regulierende Selbstaufklärung innerhalb der bedeutsamen Begegnung mit einem anderen* – wirksam sein kann. Gleichwohl kann sie diese (beratungsnahen) Elemente in spezifischen Phasen der Behandlung (z. B. Krisenintervention, psychosoziale Beratung, Prävention) beinhalten, muss diese aber als Behandlungskonzept in ihrem Grundverständnis überschreiten. Die hilfreiche Veränderung durch Psychotherapie hängt davon ab, wie die individuell abgestimmten psychotherapeutischen Interventionen und Prozesse in der psychotherapeutischen Beziehung verarbeitet und langfristig genutzt werden können. Leidenszustände müssen sich im therapeutischen Raum aktualisieren können. Eine bloße Anwendung von psychosozialen Techniken mit aufklärendem, beratendem und wissensvermittelndem Charakter unterscheidet sich davon diametral, und zwar insofern, als schwierige Erlebensprozesse von Patient:innen aufgrund schmerzlicher Vorerfahrungen dazu führen, dass der therapeutische Raum zunächst (und immer wieder einmal) als nicht angenehm und wenig hilfreich, sondern womöglich als Kränkung, Zeitverschwendung, Provokation etc. erlebt wird, was zu Stagnation oder drohendem Abbruch führen kann: Psychotherapeut:innen benötigen daher ein klares und in Supervision intensiv geübtes Behandlungs-/Interventionskonzept (therapeutische Strategie) im Patient:innenkontakt, um diese erwartbaren, der Psychotherapiebehandlung immanenten Behandlungsphasen

und Prozessphänomene nicht nur überwinden zu können, sondern fruchtbar im Sinne der heilsamen Veränderung zu nutzen.

Beratung, psychoedukative oder verhaltensmedizinisch orientierte, rein ressourcenfördernde oder aktivierend-motivierende und stressreduzierend-entspannungsfördernde Interventionen, wie sie in *klinisch-psychologischen Ansätzen* sinnvollerweise angewandt werden, setzen bei Patient:innen ein Mindestmaß an kognitiver Steuerungskompetenz (Lernbereitschaft, Motivation), d. h. eine bereits sehr gesunde Ich-Stärke, voraus und können den erwartbaren Enttäuschungsreaktionen nicht gerecht werden: Patient:innen, die an einer psychischen Erkrankung leiden, können somit nicht nachhaltig profitieren (Datler et al., 2023; Strauß et al., 2021; Rudolf, 2004).

Qualitätsunterschiede der Ausbildung

Die Unterscheidung zwischen Psychotherapie und Klinischer Psychologie muss entlang der aktuellen Gesetzeslage bzw. Ausbildungsbestimmungen in Österreich erfolgen: Es liegen zentrale Qualitäts- und Unterscheidungsmerkmale der Psychotherapie im Verhältnis zur Klinischen Psychologie (und weiteren Gesundheitsberufen) vor, welche die Psychotherapie als ein eigenständiges Heilverfahren im interaktionellen Zugang zur leidenden Person auszeichnen (Datler et al., 2021). Die Ausbildung in Psychotherapie weist im Vergleich gemäß den gesetzlichen Bestimmungen über alle vier in Österreich anerkannten Psychotherapieverfahrenscluster hinweg einerseits den höchsten Stundenumfang (mindestens 3.115 Stunden inkl. Praktika, basierend auf einem psychosozialen Zugangsberuf bzw. meist human-/sozialwissenschaftlichen Studium) sowie die längste Ausbildungsdauer (ca. 8–9 Jahre) auf.

Außerdem ist das Ausbildungskonzept gemäß dem wissenschaftlichen und wissenschaftstheoretischen Verständnis der Psychotherapie sehr charakteristisch aufgebaut: Die vier Kernelemente *Selbsterfahrung/Eigenerfahrung* (mindestens 250 Stunden in ca. 2–4 Jahren), *Theorie* (1.065 Stunden), eigenverantwortlich durchgeführte klinische *Behandlungsstunden* mit Patient:innen im Ausmaß von mindestens 600 Stunden (sowie zusätzliche Praktika im klinisch-institutionellen Kontext im Ausmaß von 1.150 Stunden exkl. 30 Stunden Praktikumssupervision) und *Supervision* (mindestens 120 Stunden) der eigenständigen und institutionellen klinischen Praxis werden in ihrer Bedeutung vom für die Ausbildungsbestimmungen zuständigen Gesetzgeber gleichermaßen gewichtet und ernst genommen. Tatsächlich müssen sie stark ineinandergreifen, um das spezifische psychotherapeutische Wissen, das klinische Verständnis und die praxeologische Behandlungskompetenz

auf Basis einer in interaktionell-klinischen Situationen gefestigten Persönlichkeit zu erzielen.

Insbesondere der Umfang der *psychotherapeutischen Selbsterfahrung* (Eigenerfahrung in spezifischer Methode) weist die Psychotherapieausbildung als sehr spezifische Ausbildung aus – im Vergleich zu anderen Ausbildungen, etwa in *Psychotherapeutischer Medizin* (150 Stunden in ca. 1–2 Jahren) oder *Klinischer Psychologie* (76 Stunden in unspezifischer Methode). Auch die klare Definition des Umfangs von zu supervidierenden Behandlungsstunden an Patient:innen (etwa im Unterschied zur allgemeinen Praxiszeit der klinisch-psychologischen Ausbildung, die meist in einer Institution erbracht wird) zeigt, dass das Erlernen der Heilbehandlung zentraler Fokus der Psychotherapieausbildung ist. Diese Zielsetzung wird durch die Vermittlung der spezifischen psychotherapeutischen Diagnostik, die neben den Grundzügen in psychiatrischer und klinisch-psychologischer Diagnostik die behandlungsrelevante, schulen-/methodenspezifische *Beziehungs- und Prozessdiagnostik* beinhaltet (Höfner & Hochgerner, 2022), für alle klinischen Störungsbilder in den Vordergrund gerückt. Sowohl die theoretischen (z. B. Subjekt-, Persönlichkeits- und Entwicklungstheorie) als auch die praxeologischen Grundlagen und Behandlungskonzepte (Praxeologie) werden unter dem Blickwinkel der *Prozess- und Beziehungsorientierung* im Verlauf der Heilbehandlung methodenspezifisch und evidenzbasiert vermittelt (Datler et al., 2021).

Psychotechniken

Im Unterschied zur Psychotherapieausbildung werden in der klinisch-psychologischen Ausbildung *eklektizistisch* verschiedene psychologische Theorien oder verhaltensmedizinisch orientierte Konzepte bzw. spezifische (z. B. neuropsychologische, gerontopsychologische) Interventionsarten und Techniken vermittelt. Die Interventionen werden nicht aus einheitlichen Theorie-Praxis-Modellen abgeleitet, sind immer – wie auch die testpsychologische Diagnostik – evidenzbasiert (Kubinger, 2019), gründen jedoch auf unterschiedlichen – und *unterschiedlich elaborierten* – psychologischen Konzepten zur Persönlichkeit oder Krankheitsentwicklung.

Der Eklektizismus bzw. das Fehlen eines einheitlichen Theorie-Praxis-Modells macht die Untersuchung zur Wirksamkeit der klinisch-psychologischen Behandlung unergiebig, insofern meist *einzelne symptomspezifische Interventionen oder aus Psychotherapiemodellen entlehnte Behandlungstechniken* (z. B. Autogenes Training, Entspannungs-/Stressreduktionstechniken, Imaginationen/Visualisierungen, Hypnose, Biofeedback, verhaltensmodifizierende

Suggestionen, Kognitive Umstrukturierung, Achtsamkeitstraining, Psychoedukation, Elternberatung) bei *spezifischen Zielgruppen* bzw. bei eingegrenzten, meist somatischen Symptomgruppen (z. B. medizinisch-somatische Erkrankungen wie Schlaganfall, Herzinfarkt, Multiple Sklerose, Demenz, chronische Schmerzen, Schlafstörungen, Tinnitus, Abhängigkeits-/Suchterkrankung, Teilleistungsstörungen etc.) untersucht werden. Infolge können die Ergebnisse aber nicht auf ein *konsistentes Behandlungsmodell* rückgeführt werden. Es fällt weiters auf, dass klinisch-psychologische Behandlung meist an ein spezifisches *stationäres Setting* (wie Krankenhaus oder Reha-Einrichtung) gebunden ist (Weiss et al., 2023).

In den Fachbüchern zur *Klinischen Psychologie* wird diese meist als die akademisch verortete Beschreibung von und empirische Befassung mit klinischen Störungsbildern bzw. als Anwendungsfach einer naturwissenschaftlich verstandenen psychologischen Wissenschaft (Hoyer & Knappe, 2021) definiert, die neue Erkenntnisse zu biochemisch-neurowissenschaftlichen Korrelaten des (gestörten) Verhaltens als größte Errungenschaft des Faches würdigt. Die klinisch-psychologische Intervention bzw. psychologische Therapie als *(kohärentes) Heilverfahren* zu verstehen, ist international aber unüblich. Sehr wohl wird in diesen Lehrbüchern aber auf die vier international üblichen, in Österreich anerkannten und allesamt in ihrer Wirkungsweise und Wirksamkeit belegten (Riess et al., 2012; Riess et al., 2015; Riess et al., 2021) psychotherapeutischen Heilverfahren zur Behandlung von psychischen Leidenszuständen als *kohärente Theorie-Praxis-Modelle* verwiesen: Psychodynamische, Humanistische, Systemische und Behaviorale Orientierung (Hoyer & Knappe, 2021; Zimbardo & Gerrig, 2003; Comer, 2008).

Etliche Länder (beispielsweise Italien, Deutschland, Schweiz, Frankreich) beschränken den Zugang zur Psychotherapieausbildung auf bestimmte vorausgehende Berufsausbildungen (etwa klinische Psychologie bzw. Psychologie, Medizin und im Kinder-/Jugendbereich, auch [Sozial-]Pädagogik) oder konzipieren diese als Weiterbildung für spezifische Berufsgruppen (Tanios & Grabenhofer-Eggerth, 2018). Die Zugangsbeschränkung zur Psychotherapieausbildung für spezifische Quellenberufe kann Nachteile mit sich bringen, da sie die interdisziplinär nutzbaren Wissensbestände in der Psychotherapie reduzieren. Die Heterogenität an Quellenberufen einzuschränken limitiert auch meist die Möglichkeit der berufsbegleitenden Ausbildung, die einerseits für eine hohe Berufszufriedenheit von Psychotherapeut:innen in Österreich und andererseits für die durch Berufserfahrung gewonnene und im Psychotherapieberuf entscheidende Persönlichkeitsreife mitverantwortlich ist (vgl. Löffler-Stastka et al., 2019). Vorteile mögen durch eine Art der Kompetenzverdichtung in sich überschneidenden Ausbildungen entstehen.

In Österreich fällt ein hoher Grad an Doppelqualifikation in Psychotherapie und Klinischer Psychologie auf, was nahelegt, dass letztere oft in der Berufssozialisation meist als Basisausbildung für die spätere Kompetenzvertiefung in Psychotherapie gelebt wird.

In jüngster Zeit werden – ausgehend von den akademischen und berufspolitischen Entwicklungen in Deutschland – Stimmen laut, die vorschlagen, den Begriff *Psychotherapie* zu ersetzen durch *klinisch-psychologische Interventionen* oder *psychologische Therapie* (Hoyer & Knappe, 2021; Wittchen & Hoyer, 2011), um letztere als *übergeordnetes* Heilverfahren (im Unterschied bzw. als Gegenmodell zur Psychotherapie) zu etablieren. Vorläufer dieser Entwicklung sind US-amerikanische Psycholog:innen (Barlow, 2004; Corrigan, 2004), die dies u. a. mit den in den USA fehlenden gesetzlichen Bestimmungen für Psychotherapie begründen. In Deutschland wurden diese Überlegungen im Zuge der Untersuchung von zentralen Wirkfaktoren der Psychotherapie und der Entwicklung einer »Allgemeinen Psychotherapie« (Grawe, 2001) erstmals aufgegriffen: Diese Forderung wird häufig von Vertreter:innen eines *behavioralen Paradigmas* formuliert.

Auch wenn das Tätigkeitsprofil (vgl. Weiss et al., 2023) von Befundung/Diagnostik und Behandlung ähnlich ist, was eine *vor*wissenschaftliche Gleichsetzung des Untersuchungsgegenstandes nahelegen könnte, lassen sich Unterschiede in der Haltung und praxeologischen Herangehensweise zeigen. Diese fußen wiederum meist auf einem sehr unterschiedlichen wissenschaftstheoretisch zu legitimierenden Verständnis des Menschen (unterschiedliche *Subjekttheorien*).

Viele Techniken der klinisch-psychologischen Behandlung entsprechen einem verhaltensorientiert-behavioralem Paradigma. Jedenfalls sind es lose aufgezählte, einzelne symptomorientierte Techniken ohne eine klare theoretische Klammer, begründet und legitimiert oft nur durch die empirisch-wissenschaftliche Forschung. Die Lerntheorie zeichnet sich generell durch eine eher einfache theoretische Grundstruktur aus, behaviorale Techniken weisen daher oft wenig innere Gliederungsstruktur auf bzw. fallen durch eine lose Aneinanderreihung von zahllosen Einzeltechniken mit unterschiedlichem Komplexitätsgrad auf, was die Vergleichbarkeit unmöglich macht (vgl. Gesprächstechnik vs. Entspannungstechnik) bzw. *Kategorienfehler* begünstigt (Jaeggi, 1995; Weiss et al., 2023).[2]

Wichtig ist zu sehen, dass das behaviorale Paradigma gut und interessant

2 Die wissenschaftshistorischen Entwicklungen, die zu diesem Umstand (einer wirkmächtigen Dominanz der erklärenden vs. einer verstehenden Psychologie) führten, werden im nächsten Abschnitt dargestellt.

ist, aber keineswegs das einzige Behandlungsparadigma im Zugang zu leidenden Personen darstellt. Auch die *Klinische Psychologie* müsste sich auf verschiedene Theorie-Praxis-Modelle (vgl. Verfahren/Schulen/Methoden) beziehen (wie psychodynamische, humanistische, systemische und behaviorale Orientierung) bzw. ist innerhalb ihres Faches zumindest ebenso heterogen wie die Psychotherapiewissenschaft. Die Versuche, diese Uneinheitlichkeit zu ordnen durch die Subsumption unter das naturwissenschaftlich-empiristische und behaviorale Paradigma (im Sinne einer Einheits- oder Führungswissenschaft), werden erstens meist verschleiert, sind zweitens aus wissenschaftstheoretischer Perspektive nicht zu rechtfertigen (Slunecko, 1996) und werden drittens von zahlreichen Vertreter:innen des Faches bzw. der Psychotherapie bzw. Psychotherapiewissenschaft deutlich abgelehnt (Benecke, 2024, im Druck). Manche Psycholog:innen gehen dabei viertens soweit, dass sie die akademische Psychologie-Ausbildung als völlig ungeeignete Vorbildung und kontraproduktiv für eine spätere Psychotherapieausbildung einstufen (Slunecko, 2023).

Hier liegen oft die Missverständnisse und Kategorienfehler versteckt: Der Entlastungsrekurs auf Empirie-Methodologie und daraus ableitbare Psychotechniken wie in der Klinischen Psychologie legitimieren keine Heilkunde bzw. kein Heilverfahren. Weder kann eine (klinische) Psychologie frei von wissenschaftstheoretisch-philosophisch zu begründenden Theorien sein (etwa zum Subjekt und seinem gesellschaftlichen Kontext) und reine, empirisch geprüfte Psychotechnik »hervorzaubern«, noch arbeitet Psychotherapie technikfrei ohne überprüfbaren empirischen Wissenschaftsbezug (vgl. Slunecko, 1996; Slunecko & Bentka, 2023).

Der Disput um den richtigen Zugang zum Seelenleben und zum Verständnis von Psyche ist auch im innerfachlichen Diskurs der akademischen Psychologie anzutreffen – ein Disput, der dieselbe seit ihrer Entstehung begleitet.

Wissenschaftshistorische Perspektive der Krise: Erklärende vs. Verstehende Psychologie

Psychologie war zunächst eine Teildisziplin der Philosophie. Im Bereich der Bewusstseinsphilosophie und Erkenntnistheorie wurden zunehmend erkenntnistheoretische Fragen umgedeutet in sogenannte »psychologische«, d. h. wahrnehmungs-/sinnesphysiologische Fragen, und mit entsprechend neu entwickelten Untersuchungsmethoden beforscht: Fragen, was der Mensch als selbstbewusstes, vernunftbegabtes Subjekt über die Welt, ihre Ge-

genstände und sich selbst erkennen, erfahren, denken oder verstehen kann, wurden zunehmend »empirisiert«, d. h. ontologische Fragen wurden in empirische, d. h. physikalische bzw. sinnesphysiologische, experimentell untersuchbare Fragen umgedeutet.

Letztlich führte diese Strömung zur Gründung des ersten *experimentalpsychologischen Instituts für Psychophysik* der Welt durch Wilhelm Wundt (1885, zit. n. Guttmann, 1994). Zentrales Anliegen der Psychophysik war es, einen objektiven Blick ins Fremdpsychische zu erreichen und dabei subjektive Störfaktoren im Experiment zu kontrollieren bzw. auszuschließen. Obwohl selbst die Begründer der Psychophysik wie z. B. Fechner und Wundt skeptisch blieben in Bezug auf die Objektivierung des Blicks ins Fremdpsychische und die Psychologie als die Wissenschaft der *Selbstbeobachtung und Introspektion* bezeichneten (vgl. Guttmann, 1994; Wundt, 1913), blieb die akademische Psychologie weitgehend an den Idealen der klassischen Psychophysik ausgerichtet. Die Psychologie war modern, die Philosophie wurde in dieser Tendenz zunehmend als spekulativ, metaphysisch und begriffsdichterisch und insgesamt veraltet abqualifiziert.

Mit Dilthey unternimmt ein Vertreter der Philosophie einen ersten großen Angriff auf diese empirisierende Tendenz und startet seinerseits ein theoretisch-methodologisches Programm zur Erfassung des Seelenlebens (Dilthey, 1894): Er kritisiert, dass die erklärende Psychologie im Gegensatz zu der seinerseits postulierten verstehenden Psychologie ihren Gegenstand als eine »Mechanik des Seelenlebens« missversteht und die Beschaffenheit oder »die Konstitution der seelischen Welt nach ihren Bestandteilen, Kräften und Gesetzen genau so erklären will, wie die Physik und die Chemie die Körperwelt« (ebd., S. 86) erklärt. Die beiden kontroversiell debattierten, sehr konträren Denkstile *Erklärende Psychologie* und *Verstehende Psychologie* (kurz: *E- bzw. V-Denkstil-Kollektiv*, vgl. Schmidt, 1995, S. 37) sind in ihren akademischen wie berufspolitischen Auswirkungen bis heute aktuell (vgl. Slunecko, 2023; Slunecko & Benetka, 2023).

Allerdings sind und waren die Durchsetzungsstrategien der naturwissenschaftlich orientierten, erklärenden Psychologie bzw. des *E-Stil-Kollektivs* sehr wirkmächtig und letztlich siegreich: Zumindest in der akademischen, naturwissenschaftlich-statistisch geprägten Psychologie setzte sich weltweit das durch, was von Vertreter:innen der Kritischen Psychologie als *Mainstream-Psychologie* (vgl. Holzkamp, 1980) kritisiert wird, insofern diese als eine »verengte faktorenanalytische Verhaltenswissenschaft geführt wird, deren Name *Psychologie* längst zum *Etikettenschwindel*« geworden ist (Holzkamp, 1991, S. 12).

Die Auseinandersetzung um die Gegenstandsbestimmung der Psycho-

logie und ihrer Methodik sowie die Kreuzungspunkte zu Philosophie und Hermeneutik bzw. zu Biologie und (Neuro-)Physiologie sind bis heute – so sie nicht verschleiert werden – sehr aktuell und wirkmächtig: Die »Krise« hält an. Das naturwissenschaftliche Paradigma, das im universitären Wissenschaftsbetrieb oft dominant ist, fördert eine *Zersplitterung* psychologischen Arbeitens in *unverbundene Einzelaktivitäten* wegen des Fehlens einer konsensuellen theoretisch zu bestimmenden Gegenstandsdefinition (Kirchhoff, 1976; Schmidt, 1995) und führt zu einem *»Quasiparadigma Psychologie«*, welches dem *präparadigmatischen Stadium* nach Kuhn (1996) vergleichbar ist. In Bezug auf die ungeklärte Frage der Gegenstandsdefinition wird hier eine pragmatisch-prozedurale Position eingenommen. Diese lässt es legitim erscheinen, darauf zu vertrauen, dass ein Forschungsgegenstand zwangsläufig durch seine methodische Untersuchung prozedural elaboriert wird. Die Haltung »Wir haben zwar keinen angebbaren Gegenstand, aber erfolgreiche Methoden« des nomologischen Wissenschaftsparadigmas wird als *Entlastungsrekurs auf die Methodologie* heftig kritisiert (Herrmann, 1979; Schmidt, 1995).

Theoriebildung und klinisches Handeln in der Psychotherapie

Behandlungskonzepte müssen bzw. sollten immer einem *konsistenten Theorie-Praxis-Modell* (etwa entlang der für Österreich spezifischen vier Clustermodelle psychotherapeutischen Handelns) folgen, woraus sich die Interventionslehre und das spezifische Technikwissen ableiten. Ein konsistentes Theorie-Praxis-Modell beinhaltet jedenfalls folgende Aspekte:

- Gesundheits-/Krankheitsmodell inkl. Ätiologie und ein Modell psychischer Entwicklung (Wachstum)
- Aufbaumodell der Psyche (Verhältnis innere/äußere Realität, Körper, Gesellschaft) und zur Beschaffenheit der psychischen Kräfte (Konflikte, Wiederholungen, Konditionierung, Aktualisierungstendenz)
- Praxeologie und Interventionslehre zu Therapiestrategie, Behandlungs-/Prozessverständnis, Ziele, Techniken (Deutung, Empathie, Akzeptanz/Kongruenz, Verstärkung)

Dabei ist wichtig zu sehen, dass die Güte einer Theorie *nicht* empirisch untersucht werden kann, sondern in *diskursiver Gegenüberstellung* v. a. in Bezug auf innere Schlüssigkeit und Differenziertheit überprüft werden muss (z. B. auf begriffliche Eindeutigkeit oder Praxisrelevanz).

Theoretische Fundierung ist entscheidend – nicht nur für das (spezifi-

sche) Behandlungs(prozess)verständnis und die Interventionslehre, sondern v. a. auch für empirische Untersuchung und Fundierung (Riess, 2018; Riess et al., 2022; Riess et al., 2012; Riess, 2013; Riess, 2016). Insbesondere für die Zusammenhänge von Störungslage und Dauer bzw. Dosis von Psychotherapie liefert die empirische Forschung zentrale Erkenntnisse (Orlinsky & Howard, 1986; Singer et al., 2022; Datler et al., 2021). Diese theoretische wie empirische Fundierung der Behandlungskonzepte liegt für alle vier Clusterverfahren der Psychotherapie vor (Riess et al., 2012; Riess, 2018; Luborsky et al., 1975): Effizienz, Effektivität und Wirkung sind für zahlreiche Störungsbilder sehr gut untersucht und langfristige Katamnese-Effekte belegen die anhaltende Wirkung von in Zeitdauer und Dosis adäquater Psychotherapie (Orlinsky & Howard, 1986; Seitz et al., 2019; Datler et al., 2021).

Daher kann Psychotherapie nicht verglichen werden mit ausschließlich kurzfristigen Beratungs-/Behandlungsansätzen ohne elaboriertes Behandlungs(prozess)verständnis.[3] Die praxisorientierte Psychotherapieforschung muss sich durch sorgsame Reflexion der wissenschaftstheoretischen Voraussetzung, d. h. ihrer *gegenstandsangemessenen Erforschung*, auszeichnen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass klinisches Handeln, Theoriegenerierung und empirische Überprüfung im Bereich der Psychotherapie unabdingbar ineinandergreifen (Riess, 2018; Riess & Löffler-Stastka, 2022; Riess & Hochgerner, 2022). Die Psychotherapie unterscheidet sich in genuiner Weise von ihren Nachbardisziplinen wie der Medizin und einer naturwissenschaftlich-behavioral ausgerichteten (Mainstream-)Psychologie. Sie zeichnet sich durch ihre *eigene wissenschaftstheoretische Fundierung* aus (Riess, 2018; Fischer et al., 2011; Riess, 2012; Riess & Kern, 2022).

Patient:inneninformation zur Psychotherapie und Kernelemente der Psychotherapie als ethischer Imperativ

Die genannten Unterschiede bezüglich Ausbildungsinhalten, Ausbildungsumfang und Zielsetzung sowie in Bezug auf unterschiedliche Kompetenzen und Verantwortungsbereiche zwischen der Psychotherapie und verwandten Berufsgruppen (Medizin, Klinische Psychologie) müssen differenziert und verständlich dargestellt zur Verfügung gestellt werden. Auch die unterschiedlichen Angebotsformen der Psychotherapie (von psychosozialer Beratung,

3 Vgl. beispielsweise die Abschnitte »Wirkungszusammenhänge in der Psychotherapie« und »Psychotherapie in Abgrenzung zu anderen Hilfeformen«.

Krisenintervention, Fokal-, Akut- bis zu mittel- und langfristiger Psychotherapie) gehören gut ausformuliert, um die leitende Rolle der Psychotherapie in der Patient:innenversorgung darzustellen und eine für Patient:innen unübersichtliche *Fragmentierung* in der psychosozialen Angebotslandschaft zu vermeiden. Diese Patient:inneninformation über Psychotherapie und Schnittstellendisziplinen ist als Aufklärungspflicht ein ethischer Imperativ und muss durch verantwortliche Player zur Verfügung gestellt werden. Nicht ausreichende bzw. mangelhafte Information mag nämlich bei Patient:innen (und Versorgungsplayern) zu ähnlichen Erwartungshaltungen an die Psychotherapie und an andere (beratende) Hilfe- und Behandlungsformen führen – eine Verwirrung, die aus ethischen Gründen durch Berufsangehörige und Regulierungs- und Versorgungsverantwortliche aufgeklärt werden muss. Auch von psychischer Krankheit Betroffene fordern immer wieder (zu Recht) eine Orientierung in puncto Krankheitserfahrung der Behandler:innen, weswegen eine profunde Selbsterfahrung und Persönlichkeitsentwicklung auch im Sinne der Entstigmatisierung von psychischer Krisenhaftigkeit Voraussetzung für den Patient:innenkontakt ist. Selbsterfahrung und Persönlichkeitsentwicklung sind in der Psychotherapie selbstverständlicher Bestandteil des Curriculums, in medizinisch aufklärenden oder verhaltens(medizinisch) orientierten Ansätzen dagegen nicht oder nur rudimentär vorgesehen (Riess et al., 2023).

Die psychotherapiewissenschaftlichen Persönlichkeitsmodelle weisen allesamt eine Entwicklungs- und Gesundheits- bzw. Krankheitslehre auf, wonach gesunde und kranke Anteile in jedem Menschen in einem gewissen Mischungsverhältnis (oder einer Art Brückenfunktion) vorhanden sind: Die Einsicht in diese Dynamik bzw. existenzielle Tatsache ist Voraussetzung und Basis für die Entwicklung von *Empathie* als *zentrales Agens* in der Psychotherapie/psychotherapeutischen Behandlung(sbeziehung).

Dies erfordert das Erlernen eines intersubjektiven Behandlungsmodells, welches die psychotherapeutische Beziehung in den Mittelpunkt stellt und das »Messinstrument« *Mensch/Subjekt* (Devereux, 1998) als zentralen Wirkfaktor versteht: Zur »Schärfung« dieses »Messinstruments« – als Voraussetzung für den Kontakt mit hilfesuchenden Patient:innen ist Selbsterfahrung und eine ausreichende Persönlichkeitsentwicklung unumgänglich – will Psychotherapie nicht den Fehler jener positivistisch eingestellten Humanforschung wiederholen, welche der verleugnenden Illusion aufsitzt, den »Menschen aus der Vogelperspektive zu erforschen […], um dabei verzweifelt zu versuchen als quasi unsichtbarer Mensch nicht dabei gesehen zu werden, wie er andere Menschen sieht« (La Barre, zit. n. Devereux, 1998, S. 10).

Conclusio

Die Tendenzen zur Nivellierung von Unterschieden zwischen Gesundheitsberufen bzw. deren Kompetenzen, vor allem zwischen psychotherapeutischer Heilbehandlung und klinisch-psychologischer (Beratungs-)Behandlung sind standespolitisch motiviert. Aber Strategien wie die verschleiernde Subsumption unter den Einheitsbegriff »psychosoziale Versorgung« bzw. die Subsumption von Heilbehandlung unter einen verhaltensorientiert-behavioralen Beratungsbegriff oder eine gleichmäßige Aufteilung der gesetzlichen Versorgungsressourcen sowie eine Fokussierung auf Gesunde oder auf Prävention werden den dringend notwendigen Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung (vgl. Arrouas & Fleischmann, 2019; Rechnungshof, 2019) wohl kaum ersetzen. Denn in der Realität gibt es eine Vielzahl zu versorgende psychisch erkrankte Patient:innen, die langfristige Psychotherapie benötigen.

Literatur

Arbeitskreis OPD-2 (2014). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*. 3., überarb. Aufl. Hans Huber, Hogrefe.

Arrouas, M. & Fleischmann, A. (2019). *Gesundheitsziele Österreich. Gesundheitsziel 9. Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern. Ergänzter Bericht der Arbeitsgruppe.* BMSGPK.

Barlow, D.H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist, 59*(9), 869–878.

Benecke, C. (2024). *Klinische Psychologie und Psychotherapie.* Kohlhammer.

Comer, R.J. (2008). *Klinische Psychologie.* Spektrum Akademischer Verlag.

Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist, 59*(7),614–625.

Datler, W., Drossos, A., Gornik, E. & Korunka, Ch. (Hrsg.). (2023). *Akademisierung der Psychotherapie.* Facultas.

Datler, W., Hochgerner, M., Korunka, Ch., Löffler-Stastka, H. & Pawlowsky, G. (2021). Disziplin, Profession und evidenzbasierte Praxis: Zur Stellung der Psychotherapie im Gesundheitssystem. *Psychotherapie Forum, 25*, 7–21. https://doi.org/10.1007/s00729-021-00167-4

Devereux, G. (1998). *Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften.* Suhrkamp.

Dilthey, W. (1894). *Ideen über eine beschreibende und zergliedernde Psychologie*. Verlag der Königlichen Preussischen Akademie der Wissenschaften.

Fischer, G. & Eichenberg, Ch. (2011). *Psychotherapiewissenschaft: Einführung in eine neue humanwissenschaftliche Disziplin.* Psychosozial-Verlag.

GBD 2019 Mental Disorders Collaborators (2022). Global, regional and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*, 2022(9), 137–150.

Grabenhofer-Eggerth, A., Brzozowska, A. Z., Kern, D. & Trauner, F. (2022). *Klinisch-psychologische Behandlung als Kassenleistung. Grobschätzung der finanziellen Auswirkungen aus Kassen- und makroökonomischer Sicht.* Gesundheit Österreich GmbH (unveröffentlicht).

Grabenhofer-Eggerth, A. & Sator, M. (2020). *Psychotherapie als Sozialversicherungsleistung – Inanspruchnahme und Finanzierung.* Gesundheit Österreich GmbH.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (2001). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. 5. Aufl. Hogrefe.

Guttmann, G. (1994). *Allgemeine Psychologie*. WUV-Universitätsverlag.

Hermann, Th. (1979). *Psychologie als Problem: Herausforderungen des psychologischen Wissens*. Klett-Cotta.

Holzkamp, K. (1980). Zu Wundts Kritik an der experimentellen Forschung des Denkens. *Forum Kritische Psychologie, 6*, 156–165.

Holzkamp, K. (1991). Psychologie vom Subjektstandpunkt. *Forum Kritische Psychologie, 28*, 5–19.

Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z. & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy. Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychology, 51*(10), 1059–1064. https://doi.org/10.1037/0003-066X.51.10.1059

Hoyer, J. & Knappe, S. (Hrsg.). (2021). *Klinische Psychologie und Psychotherapie.* Springer.

Höfner, C. & Hochgerner, M. (2022). *Psychotherapeutische Diagnostik.* Springer.

Jaeggi, E. M. (1995). *Zu heilen die zerstoßenen Herzen.* Rowohlt.

Kirchhoff, R. (1976). Gegenstandslose Theorie. In G. Eberlein & R. Pieper (Hrsg.), *Psychologie – Wissenschaft ohne Gegenstand?* (S. 25–36). Campus.

Kubinger, K. (2019). *Psychologische Diagnostik.* Hogrefe.

Kuhn, T. (1996). *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen.* 13. Aufl. Suhrkamp.

Lambert, M. J. (Hrsg.). (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change.* 6. Aufl. Wiley.

Löffler-Stastka, H., Gelo, O. & Pleschberger, I. (2019). Psychotherapie-Berufsausbildung in Österreich. SPRISTAD Pilotstudie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 65*, 341–352.

Löffler-Stastka, H. & Hochgerner, M. (2021). Versorgungswirksamkeit von Psychotherapie in Österreich. *psychopraxis.neuropraxis, 24*, 57–61.

Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. Is it true that »everywone has one and all must have prizes«?. *Archives of General Psychiatry, 32*(8), 995–1008.

Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy (Chic), 48*(1), 4–8. https://doi.org/10.1037/a0022180

Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy (Chic), 48*(1), 98–102. https://doi.org/10.1037/a0022161

OECD (2020). Mental Health and Work: Austria. https://read.oecd-ilibrary.org/employment/mental-health-and-work-austria_9789264228047-en

Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1986). Process and Outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change.* Wiley.

Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy, 6*(1), 6–27.

Rechnungshof (2019). Bericht zur Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung. Reihe BUND 2019/8. Rechnungshof GZ 004.536/011–PR3/19.

Riess, G. (2013). *Psychotherapieforschung. Wissenschaftliche Beratung und Vernetzung. Tagungsband zum Workshop 2012*. Gesundheit Österreich GmbH.

Riess, G. (2016). »Was bisher geschah«. Prinzipien und Strategien zur Förderung der Psychotherapieforschung in Österreich. *Psychotherapie Forum, 21*(2), 35–43.

Riess, G. (2018). *Praxisorientierte Psychotherapieforschung.* Gesundheit Österreich GmbH.

Riess, G., Breyer, E. & Kern, D. (Hrsg.). (2015). *Praxisorientierte Psychotherapieforschung. Verfahrensübergreifende, patientenorientierte Aspekte und Kompetenzentwicklung. Tagungsband zur wissenschaftlichen Fachtagung der Koordinationsstelle Psychotherapieforschung.* Gesundheit Österreich GmbH.

Riess, G., Hagleitner, J. & Bednar, W. (2012). *Wirksamkeitsnachweise für Psychotherapie in der (Kranken-)Behandlung.* Gesundheit Österreich GmbH (unveröffentlicht).

Riess, G. & Kern, D. (2022). *HKPT. Analyse der theoretischen und empirischen Analyse der theoretischen und empirischen Forschungsmaterialien als Voraussetzungen zur Anerkennung als psychotherapeutische Ausbildungseinrichtung.* Gesundheit Österreich GmbH (unveröffentlicht).

Riess, G., Kern, D. & Sagerschnig, S. (2023). *Versorgungslage und zukünftiger Bedarf im Bereich Psychotherapie*. Gesundheit Österreich GmbH.

Riess, G., Kern, D. & Valady, S. (2021). *VersorgungsNOTwendigkeit – Versorgung in der Not. Psychotherapeutische Versorgungspraxis und Ausbildung zwischen Mangel, virtueller und physischer Präsenz.* Gesundheit Österreich GmbH.

Riess, G. & Löffler-Stastka, H. (2022). VersorgungsNOT – Psychotherapie als zentrale, aber marginalisierte Versorgungsleistung im Gesundheitssystem. *Psychotherapie Forum, 26*, 136–143.

Rudolf, G. (2004). *Strukturbezogene Psychotherapie.* Schattauer.

Schmidt, N. (1995). *Philosophie und Psychologie. Trennungsgeschichte, Dogmen, Perspektiven*. Rowohlt.

Seitz, T., Stastka, K., Schiffinger, M. & Turk, B. R. (2019). Interprofessional care improves health-related well-being and reduces medical costs for chronic pain patients. *Bulletin of the Menninger Clinic, 83*(2), 105–127.

Singer, S., Blanck, J. & Scholz, I. (2022). Stundenkontingente und Schweregrad von Depression: Hängen die Stundenkontingente für Psychotherapie zur Behandlung von Depression mit deren Schweregrad zusammen? *Nervenarzt, 93*, 1143–1149. https://link.springer.com/article/10.1007/s00115-022-01374-3

Slunecko, T. (1996). *Wissenschaftstheorie und Psychotherapie.* WUV Universitätsverlag.

Slunecko, T. (2023). Gegen die Akademisierung der Psychotherapie aus dem Geist der Klinischen Psychologie. In W. Datler, A. Drossos, E. Gornik & Ch. Korunka (Hrsg.), *Akademisierung der Psychotherapie*. Facultas. https://www.agkritischepth.at/mb/wp-content/uploads/2022/05/Slunecko-Gegen-eine-Akademisierung-der-Pth-aus-dem-Geist-der-Klinischen-Psychologie.pdf

Slunecko, T. & Benetka, G. (2023). *Geschichte und Paradigmen der Psychologie und Psychotherapie*. UTB.

Strauß, B., Galliker, M., Linden, M. & Schweitzer, J. (2021). *Ideengeschichte der Psychotherapieverfahren. Theorien, Konzepte, Methoden.* Kohlhammer.

Tanios, A. & Grabenhofer-Eggerth, A. (2018). *EWR Regelungen Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie, Musiktherapie.* Gesundheit Österreich GmbH.

Wancata, J. (2017). *Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich. Wissenschaftlicher Bericht.* Medizinische Universität Wien. https://www.meduniwien.ac.at/hp/fileadmin/sozpsychiatrie/pdf/Abschlussbericht_WIssenschaft_Wancata.pdf

Weiss, S. et al. (2023). *Gesundheitsberufe in Österreich.* BMSGPK.
Wittchen, H. U. & Hoyer, J. (2011). Was ist Klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. In dies. (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 3–26). Springer.
Wundt, W. (1913). *Die Psychologie im Kampf ums Dasein.* Kröner.
Zimbardo, P. G. & Gerrig, H. (2003). *Psychologie*. Springer.

Psychotherapy and Clinical Psychology
A critical confrontation

Abstract: The current efforts of the legislature in Austria focus on academization of psychotherapy training. This could potentially result in, among other things, a long-overdue improvement in patients' supply with psychotherapy. The possible academization of psychotherapy training is now also increasingly calling on neighbor disciplines, which in turn are positioning themselves for an improved role of their professional group in the publicly financed health system. This article aims to discuss the relationship between psychotherapy and clinical psychology against the background of the urgent need to expand psychotherapeutic care due to the high prevalence of mental illnesses, as well as the scientific-historical debates within academic psychology and the resulting tensions between clinical psychology and psychotherapy.

Keywords: psychotherapy care, clinical psychology, supply with psychotherapy, paradigms, training differences

Biografische Notiz

Gabriele Riess, Mag., ist Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Psychoanalytische Psychotherapeutin und Gruppenpsychoanalytikerin sowie Team- und Organisationsentwicklerin. Sie arbeitet/e in stationären und ambulanten psychotherapeutischen Einrichtungen im Bereich Psychosomatik sowie mit Kindern und Jugendlichen bzw. Familien (z. B. Child Guidance Clinic, Wien) und in niedergelassener Praxis sowie Tätigkeit im wissenschaftlichen Bereich.

gabi.riess@gmx.at