

PSYCHOTHERAPIE UND WISSENSCHAFT

Beobachtungen einer Profession¹

Ludwig Reiter und Egbert Steiner

In: Pritz Alfred (Hrsg.): Psychotherapie - eine neue Wissenschaft vom Menschen. Springer, Wien, New York, 1996, S 159 – 203

¹ Danksagung: Mehr als die einzelnen Zitationen zum Ausdruck bringen ist der Erstautor des vorliegenden Beitrages Michael B. Buchholz zu Dank verpflichtet. Die Diskussion mit ihm über psychotherapeutisches Handeln unter professionstheoretischen Gesichtspunkten ging in den Beitrag in mehrfacher Hinsicht ein. Ebenfalls zu danken ist den Hörerinnen und Hörern der von L. Reiter im Wintersemester 1995/96 an der Universität Wien gehaltenen Vorlesung zum Thema „Die professionelle Identität des Psychotherapeuten“ für die lebhafteste Diskussion der vorgetragenen Thesen, die zum Großteil Eingang in den vorliegenden Beitrag fanden. Weiters gilt unser Dank Gerda Klammer, Stella Reiter-Theil und Roland Schleiffer für wertvolle Hinweise zu diesem Thema.

„Vorstellungen existieren um der Begründung und Legitimierung, und das meint vor allem: um der Verlässlichkeit des Handelns willen. Entgegen dem äußeren Anschein stellen sie das eigentlich Faktische einer Kultur dar. Eine Norm wird in der Praxis eher verletzt, als dass ihre Geltung an sich in Frage gestellt würde. Dem Handeln dagegen wohnt, indem es eine Vorstellung in die Tat umsetzt und sich dabei gleichsam von der Basis löst, stets ein Moment der Unsicherheit inne; es bewirkt Bewegung, stellt einen ersten Schritt in die Zukunft, also quasi in 'Neuland' dar und erscheint insofern immer mit einem gewissen Risiko behaftet“.

Klaus E. Müller
Das magische Universum der Identität

1. Einleitung

Die Entwicklung der Psychotherapie gewann im letzten Jahrzehnt erheblich an Dynamik. In Österreich und anderen vergleichbaren Ländern wurden Gesetzesvorhaben beschlossen oder stehen zur Beschlussfassung an, in denen die Psychotherapie als eigenständige *Profession*² anerkannt wird. Damit tritt die Psychotherapie in den Kreis von Professionen ein, die seit längerer Zeit etabliert sind und bereits einen besser gesicherten Status haben. Diese neue Lage der Psychotherapie bedeutet in mehrfacher Hinsicht eine Herausforderung und es stellt sich die Frage, ob nicht bisher kaum verwendetes Wissen zur Beschreibung dieser Situation herangezogen werden sollte. Obwohl das Schrifttum über den wissenschaftlichen Status der Psychotherapie und das Theorie-Praxis-Problem in den letzten Jahren aus verständlichen Gründen erheblich angewachsen ist, bewegt sich die Diskussion oft in schon längst bekannten Bahnen.³ Wir sind der Ansicht, dass eine Kontextverschiebung dieser Diskussion Impulse für eine produktive Fortsetzung geben kann. Als Rahmen für eine den neuen Gegebenheiten angemessene Analyse bieten sich in erster Linie die Erkenntnisse der neueren *Professionsforschung* an⁴. Von besonderer Bedeutung für das Verständnis moderner Professionalität gilt deren Beziehung zur Wissenschaft. Die Auseinandersetzung um das Verhältnis zwischen psychotherapeutischem Handeln und Forschung ist für das Verständnis der „Profession Psychotherapie“ zentral, und zwar nicht nur für den Diskurs innerhalb der Profession, sondern auch für das „Bild“ der Psychotherapie in der Öffentlichkeit und für die Auseinandersetzung um deren Autonomie und gesellschaftliche Integration.

In der vorliegenden Arbeit stellen wir zunächst die theoretischen Grundlagen unseres Ansatzes dar. In der Folge beziehen wir nacheinander drei Beobachterpositionen.⁵

- Die wichtigste These im ersten Teil des Beitrages, die wir am ausführlichsten behandeln, lautet:
Psychotherapie ist ebenso wie Medizin keine Wissenschaft, sondern eine Profession, in deren Umwelt Wissenschaft vorkommt.
- Anschließend beobachten wir therapeutisches Handeln und die beiden Reflexionssysteme Supervision und Forschung als Einheit.

2 Profession (l. *Professio*: öffentl. Erklärung, Bekenntnis) 1. *Profeß* (nl. von l. *profiteri* = öffentlich erklären, bekennen, sich zu etwas bekennen oder für etwas ausgeben) das Bekenntnis, Ordensgelübde eines Mönches oder einer Nonne; z.B. *Profeß* tun - das Ordensgelübde feierlich ablegen 2. der Beruf, das Gewerbe, Berufsgeschäft, bes. das Handwerk; Profession von etwas machen: etwas berufs- oder handwerksmäßig betreiben; auch es ohne Scheu und öffentlich treiben; professionell: nl. handwerksmäßig (Heyse, 1910)

3 Darunter verstehen wir Beobachtungen mittels wichtiger Unterscheidungen wie wissenschaftlich/vorwissenschaftlich, idiographisch/nomologisch, quantitativ/qualitativ, psychologisch/nicht-psychologisch, latent/manifest, universitär/außeruniversitär, weiblich/männlich, modern/postmodern etc.

4 Zu den wenigen Arbeiten, die explizit unter dem Professionsbegriff veröffentlicht wurden, zählt Sonneck (1990)

5 Schiepek (1996b) spricht in diesem Zusammenhang von der Kontextabhängigkeit der Selbstbeschreibung von Psychotherapie

- Schließlich stellen wir Überlegungen an, inwieweit das Gesundheitssystem in seiner Binnendifferenzierung als Einheit betrachtet werden kann.

2. Die Theorie der funktionalen Differenzierung moderner Gesellschaften

Unter Soziologen ⁶ dürfte weitgehend Konsens darüber bestehen, moderne Gesellschaften als „funktional differenzierte Sozialsysteme“ zu beschreiben (Alexander, 1993; Luhmann, 1984; Münch, 1995; Mayntz, 1995; Mayntz et al., 1988b; Tyrell, 1978). Diese Theorie wurde insbesondere von systemtheoretisch orientierten Soziologen ausgearbeitet und ist vor allem mit dem Namen Niklas Luhmann verbunden. Der Autor beschreibt, dass die Ausdifferenzierung und weitgehende Verselbständigung der verschiedenen Teilsysteme der Gesellschaft jeweils mit der Übernahme einer für die Gesellschaft wichtigen Funktion einherging (Luhmann, 1984, 1988, 1990b, 1995). Die verschiedenen Teilsysteme der Gesellschaft sind insofern *autonom*, als sie ihre Funktion für das Gesamtsystem „selbstreferentiell“, d.h. unter Bezugnahme auf *interne* Standards erfüllen. Ihre Beziehung zu den anderen Funktionssystemen wird als System-Umwelt-Beziehung charakterisiert, womit insbesondere die Verselbständigungstendenzen in modernen Gesellschaften theoretisch zugänglich werden (Rosewitz und Schimank, 1988). Wesentlich für das Verständnis gesellschaftlicher Vorgänge ist die *Ungleichheit*, aber *Gleichrangigkeit* der Teilsysteme. Jedes Funktionssystem gehört zur Umwelt aller anderen. Zwischen ihnen gibt es kein Verhältnis von Über- oder Unterordnung. Die Teilsysteme bilden eine je spezifische Semantik aus, in vielen Fällen einen binären Code (Leitdifferenz) und ein symbolisch generalisiertes Kommunikationsmedium sowie spezifizierende Handlungsprogramme. Diese geraffte Darstellung soll am Beispiel des „Funktionssystems Wissenschaft“ erläutert werden.

3. Wissenschaft als soziales System

Wendet man das systemtheoretische Instrumentarium auf die Wissenschaft als ein Funktionssystem moderner Gesellschaft an, so lassen sich folgende Beziehungsmöglichkeiten unterscheiden (Luhmann, 1990).

1. *Funktion als Beziehung der Wissenschaft zum Gesamtsystem der Gesellschaft.*

Kein anderes Teilsystem der Gesellschaft (Politik, Wirtschaft, Religion etc.) kann darüber bestimmen, wie die Wissenschaft ihrer an der Leitdifferenz *wahr/unwahr* orientierten Funktion der Wissensgenerierung nachkommt. In diesem Sinne kann von einer legitimen Indifferenz der Wissenschaft gegenüber der Gesellschaft gesprochen werden. Im Funktionssystem schließen wissenschaftliche Wahrheitskommunikationen an andere Wahrheitskommunikationen (meist in Form von Publikationen) an und bringen ihrerseits weitere Wahrheitskommunikationen hervor (Stichweh, 1987). In diesem - und nur in diesem - Sinne ist die Wissenschaft ein geschlossenes System, das allerdings zur Erfüllung seiner Funktionen Ressourcen aus seiner gesellschaftlichen Umwelt benötigt (finanzielle Mittel, rechtliche Normen, Bildungsvoraussetzungen etc.). Der selbstreferentielle Operationsmodus der Wissenschaft bringt es mit sich, dass die „Innenwelt“ des Systems für die Umwelt intransparent bleibt. Die Vorgänge in der Wissenschaft sind für Akteure in anderen Systemen (z.B. Politiker) letztlich undurchschaubar. Die oft beklagte Immunität der Wissenschaft gegenüber externer

⁶ Wenn in der Folge von Soziologen, Forschern, Psychotherapeuten etc. gesprochen wird, so sind immer auch Soziologinnen, Forscherinnen, Psychotherapeutinnen gemeint.

Steuerung, die im Extremfall bis hin zur „Umweltinadäquanz“ gehen kann, hängt damit zusammen, dass die für die Weiterentwicklung einer wissenschaftlichen Disziplin nötigen Informationen von außerhalb nicht kompetent beurteilt werden können,⁷

2. *Leistung als Beziehung der Wissenschaft zu anderen Teilsystemen (z.B. Gesundheitssystem).*

Die Leistung der Wissenschaft für andere Funktionssysteme ist stets an die *Anschlussfähigkeit* in den *aufnehmenden* Systemen gebunden. Wissenschaft produziert einen Überschuss an Wissen nach ihren eigenen Unterscheidungsmöglichkeiten und es ist die Aufgabe anderer Funktionssysteme, Brauchbares von Unbrauchbarem zu trennen. Die Verwendbarkeit von Forschungsergebnissen ist somit abhängig von Selektionskriterien, Normen und institutionellen Gepflogenheiten der Systeme, für die Leistungen erbracht werden. Daraus folgt der für unser Thema grundlegende Sachverhalt, dass wissenschaftliches Wissen *eine Konstruktion des Verwenders* ist (Luhmann, 1990, S.638).

3. *Reflexion als Beziehung der Wissenschaft zu sich selbst.*

Die Reflexion des Systems Wissenschaft erfolgte über die Ausdifferenzierung von Disziplinen wie Wissenschaftstheorie und Wissenschaftsforschung. Die Wissenschaft wird für diese beiden Disziplinen zur „internen“ Umwelt, wodurch eine Steigerung der Komplexität des Gesamtsystems ermöglicht wird (Luhmann, 1984, S.37).

4. Professionsforschung – eine Typologie

Die Forschungen zum Thema „Profession“ und „Professionalisierung“⁸ erreichten in den letzten Jahrzehnten die Dimension der „Big Science“ (im Sinne von Clark, 1984 und Price, 1974). So ist die Literatur vermutlich selbst für die mit diesem Thema hauptsächlich befassten Forscher nicht mehr zu überblicken. Zur Orientierung schlagen wir ein Schema vor, das von zwei grundlegenden Unterscheidungen ausgeht und auf diese Weise zu vier Typen der Professionsforschung kommt. Die erste Unterscheidung bezieht sich auf die Frage, ob über Professionen *allgemein* gesprochen wird, ob die Unterschiede zwischen Professionen und dem „Rest“ der Gesellschaft (z.B. allen anderen beruflichen Tätigkeiten) im Zentrum des Interesses stehen, oder ob *einzelne* Professionen beschrieben bzw. die Unterschiede zwischen verschiedenen Professionen analysiert werden. Die zweite Unterscheidung erfolgt in Anlehnung an Dewe et al. (1992a, 1992b) und Schaeffer (1990) und differenziert zwischen *indikatorischer* Professionsforschung im Sinne der „klassischen“ soziologischen Analyse anhand von Merkmalen wie Lizenzierung, Berufsethik, Eigenständigkeit, berufsständische Solidarität etc. und der in den letzten Jahren in den Vordergrund getretenen *mikrostrukturellen (interaktionstheoretischen)* Professionsforschung. Letztere befasst sich mit konkreten Strukturen und Prozessen professionellen Handelns und kann daher auch als *aufgabenspezifische* Professionstheorie bezeichnet werden, der es um die Rekonstruktion der Logik professionellen Handelns geht (Dewe et al., 1992).⁹ Folgt man diesen Autoren, so wäre es für die psychotherapeutische Professionsforschung von Interesse, die Besonderheit

⁷ Neuerdings wird verstärkt über Korrektive solcher Verselbständigungstendenzen nachgedacht (siehe dazu Luhmann, 1984; Münch, 1995; Rosewitz und Schimank, 1988; Willke, 1989).

⁸ In der Folge gehen wir auf die in der Forschung übliche Unterscheidung von Professionsforschung und Professionalisierungsforschung nicht weiter ein, da sie im Kontext unseres Beitrages nicht erforderlich ist. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auch auf die umfassende Literatur zum Thema „Deprofessionalisierung“ (zur Übersicht siehe Hartmann und Hartmann, 1982) und auf die soziologische Professionskritik (Freidson, 1970b).

⁹ Die von Alisch (1990) verwendete Unterscheidung in makrosoziale und mikrosoziale Prozesse der Professionalisierung entspricht weitgehend der zweiten von uns verwendeten Unterscheidung.

ten psychotherapeutischen Handelns im Unterschied zu bio-medizinischem, pädagogischem etc. Handeln darzustellen (siehe dazu Datler, 1995, 1996; Filz, 1996; Schaeffer, 1992; Schleiffer, 1994a, 1994b; Sluneko, 1996; Wagner, 1996). Wichtiger erscheint uns jedoch in der gegenwärtigen Situation die *Einheit* allen psychotherapeutischen Handelns jenseits der Schulgrenzen als Profession zu bestimmen.

Aus den beiden dargestellten Unterscheidungen ergibt sich ein Vierfelderschema, das in Abb. 1 wiedergegeben ist. Um zu verdeutlichen, worum es bei den hier vorgeschlagenen grundlegenden Zugangsmöglichkeiten der Professionsforschung geht, sollen zu jedem Typ einige Beispiele angeführt werden.

		Fokus	
		Gemeinsamkeit aller Profession	spezifische Merkmale einzelner Professionen
Forschungs- ansatz	klassisch (indikatorisch)	1	2
	interaktionstheoretisch (mikrostrukturell)	3	4

Abb. 1: Paradigmen der Professionsforschung.

Das Schema ist als Heuristik konzipiert und analytisch zu verstehen. In der Literatur finden sich häufig Überschneidungen in einer oder in beiden Dimensionen

- Typ 1:
Beim ersten Typ klassischer Professionsforschung geht es um die Differenz zwischen professionellem Handeln und allen anderen Formen gesellschaftlichen Handelns. Die Frage lautet: Was macht professionelles Handeln aus? Aus der älteren Literatur können hier die Arbeiten von Carr-Saunders („Professions: Their Organization and Place in Society“, 1928) und Carr-Saunders und Wilson („The Professions“, 1933) genannt werden. Zur neueren Literatur zählt beispielsweise das von Macdonald verfasste Buch „The Sociology of the Professions“ (1995) und vor allem die Arbeiten von Freidson „Professional Powers: A Study in the Institutionalization of Formal Knowledge“ (1970) und „Professionalism Reborn“ (1994) wie auch Arbeiten zur Berufssoziologie (Luckmann und Sprandel, 1972).
- Typ 2:
Eine Arbeit des zweiten klassischen Typs ist das von Noel und Jose Parry (1976) verfasste Buch „The Rise of the Medical Profession“. Mit Hilfe soziologischer Kategorien (Klasse, Mobilität, Macht, Status etc.) analysieren die Autoren die Voraussetzungen des eindrucksvollen Aufstiegs der Medizin seit dem Ende des 18. Jahrhunderts (in England) als Beispiel einer kollektiven sozialen Aufwärtsmobilität. Besondere Beachtung fanden die kritischen Studien von Freidson („Profession of Medicine“, 1970a; „Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care“, 1970b, deutsch 1975). Ein Beispiel für eine kürzlich veröffentlichte Arbeit dieses Typs ist die von Hafferty und Light (1995) verfasste Studie über die dynamischen

sche Entwicklung der Medizin in den letzten Jahrzehnten unter besonderer Berücksichtigung ihrer inneren Differenzierung und der Rolle der Eliten. Für die Profession der Psychotherapie wichtig sind die Arbeiten von Halmos (1972) und North (1974).

- Typ 3:

Ein Standardwerk des dritten Typs ist das häufig zitierte Buch von Donald A. Schön „The Reflecting Practitioner. How Professionals Think in Action“ (1983). Der Autor entwickelt darin eine *allgemeine Theorie professioneller Praxis*, die mittels der detaillierten Analyse der Tätigkeit verschiedener professioneller Gruppen (Supervisoren, Architekten, Ingenieure, Manager) erarbeitet wurde. Die Studie kann als einer der wichtigsten Bausteine einer *Epistemologie der Praxis* angesehen werden. Entsprechend groß ist auch ihre Rezeption in der professionstheoretischen Literatur. Das von Schön vorgeschlagene Konzept der *reflexiven Praxis* stützt sich auf die Ergebnisse der Forschungen anderer Autoren (z.B. auf die von Polanyi 1985 vorgelegte Studie „Implizites Wissen“) und integriert diese in eine *Theorie handlungsbezogener Reflexion*.

- Typ 4:

In diese Gruppe fallen alle Arbeiten, die sich der interaktionstheoretischen (aufgabenspezifischen) Analyse einzelner Professionen widmen. Als Beispiele können die Studien von Schaeffer („Intimität als Beruf“, 1988 und „Psychotherapie zwischen Mythologisierung und Entzauberung“, 1990) angeführt werden. Erwähnt werden soll an dieser Stelle ein Projekt, das gegenwärtig von M.B. Buchholz gemeinsam mit dem Erstautor des vorliegenden Beitrags zu *professionstheoretischen Fragen der Psychotherapie* durchgeführt wird und das seinen Ausgang bei der Untersuchung der Rolle von Metaphern in der Psychotherapie (Buchholz, 1993, 1994, 1996a, 1996b) und der Professionalität des Psychoanalytikers nahm (Buchholz, 1996b). In einer Studie über Falldarstellungen in der Psychoanalyse und in der systemischen Familientherapie wurde gezeigt, dass in der professionellen Kommunikation häufig Stilmittel und Darstellungsformen herangezogen werden, die unter anderem in der Massenkommunikation Verwendung finden (Buchholz und Reiter, 1996).

5. Grundlegende Merkmale professionellen Handelns

5.1. Definitionen von Professionalität

In der Geschichte der Professionsforschung wurden zahlreiche Definitionsvorschläge gemacht, die das Wesentliche professionellen Handelns charakterisieren sollen. Wir wollen zunächst eine Definition wiedergeben, die von einem systemtheoretischen Professionsforscher vorgelegt wurde (Stichweh, 1992). Sie scheint uns als Ausgangspunkt geeignet, da sie auf die Ausdifferenzierung von Funktionssystemen und die systemtheoretisch grundlegende Unterscheidung von System und Umwelt Bezug nimmt. Der Autor schlägt vor, „dass man vielleicht von einer *Profession* nur dann sprechen sollte, wenn *eine Berufsgruppe in ihrem beruflichen Handeln die Anwendungsprobleme der für ein Funktionssystem konstitutiven Wissensbestände verwaltet* und wenn sie dies in entweder *monopolistischer* oder *dominanter* - d.h. den Einsatz der anderen in diesem Funktionssystem tätigen Berufe steuernder oder dirigierender - Weise tut“ (op.cit., S. 40; Hervorhebung im Original). Eine Definition, die in der Tradition der klassischen Professionsforschung steht, gibt Schwenden-

wein (1990). Abb. 2. stellt jene *Strukturmerkmale* dar, die für die Weiterentwicklung eines Berufes zur Profession vorliegen müssen. Wie in der Definition von Stichweh (1992) ist bei Schwendenwein (1990) das *berufliche Monopol*¹⁰ für die Zuschreibung von Professionalität entscheidend.¹¹

- berufsrelevanter Forschung
- entsprechende Rechtsgrundlagen
- obligatorische Beachtung gesellschaftlicher Zentralwerte
- obligatorische Beachtung berufsspezifischer Leitziele
- Berufscodex mit von allen aktiven Berufsmitgliedern einzuhaltenden berufsspezifischen Verhaltensregeln
- berufeigenen Interessenvertretung
- eigenverantwortliche Fortbildung der aktiven Berufsmitglieder
- konkurrenzlose Ausübung einer für die Gesellschaft wertvollen Tätigkeit

Abb.2: Strukturmerkmale von Professionen nach Schwendenwein (1990)

In ihrer Theorie der *normativen* Grundlagen professionellen Handelns wies Koehn (1994) darauf hin, dass ein wesentliches Charakteristikum von Professionen in der Zusammenführung folgender Komponenten besteht:

- Der Professionelle ist in besonderem Maße verpflichtet, seinem Klienten auf eine Weise nützlich zu sein, die dessen Individualität und Situation Rechnung trägt.
- Der Professionelle ist Werten verpflichtet, die in sich als gut anerkannt werden (Gesundheit, Gerechtigkeit etc.)
- Diese Werte werden sowohl vom Einzelnen als auch von der Gesellschaft als besonders erstrebenswert angesehen.

Aus dem Zusammentreten der drei Komponenten im professionellen Handeln ergibt sich auch ein besonderes Verhältnis zwischen dem Professionellen und der Gesellschaft: indem sich der Professionelle in *besonderer* Weise loyal gegenüber dem Wohl seiner Klienten verhält, fördert sein Tun gleichzeitig die Verwirklichung allgemein anerkannter Werte.¹²

5.2. Die Krise des Modells der „angewandten Wissenschaft“

Im Zentrum der Diskussion um die Professionalität der Psychotherapeuten steht gegenwärtig das Verhältnis von Forschungswissen und professionellem Handeln. Dabei fällt auf, dass von manchen Psychotherapieforschern ein Modell favorisiert wird, das von professioneller Praxis als angewandter Psychologie ausgeht (Grawe et al., 1994). Dieses Konzept ist jedoch innerhalb der Gruppe der Psychotherapieforscher keineswegs allgemein akzeptiert. So schreibt Greenberg (1994) in einem Sammelband mit dem programmatischen Titel „Neubewertung der Psychotherapieforschung“, dass nach wie vor unklar ist, wie durch Psychotherapie

10 Levold (1997) spricht in diesem Zusammenhang treffend von „Problembesitz“

11 Soziale Systeme sind im Regelfall gegenüber ihrer Umwelt nicht scharf abgegrenzt. Systemtheoretiker (Krohn und Küppers, 1989) bezeichnen jene Zone, über die weder das System noch die Umwelt vollkommen verfügen kann, als „Rand“ eines Systems.

12 Diese prinzipielle Sichtweise schließt nicht aus, dass der Professionelle im Einzelfall moralische Konflikte lösen muss.

Veränderungen bewirkt werden. Psychotherapieforschung findet in einem Bereich etablierter und prosperierender Praxis statt, in dem eine Vielzahl theoretischer Vorstellungen und Überzeugungen handlungsleitend, jedoch wissenschaftlich nicht fundiert sind. Greenberg (op.cit.) ist der Auffassung, dass diese Situation für den Forscher ein Vorteil ist. Er muss nicht von Grund auf eine Wissensbasis für diesen Bereich aufbauen. Er ist eher in der Lage eines Detektives, der aufzudecken versucht, was bereits geschehen ist, als in der eines Experimentators, der mittels experimenteller Designs die Wirkung bestimmter Variablen untersucht. Dementsprechend sieht der Autor die Psychotherapie als einen Bereich, in dem *Entdeckungen* und nicht *Begründungen* angebracht sind und warnt vor einer voreiligen Selbstbeschränkung der Forscher durch ein zu enges Methodenkorsett (op.cit.,S.114). Auch Hill (1994) beschreibt die Nachteile des traditionellen experimentellen Designs im Bereich der Psychotherapieforschung und plädiert für deren Ersatz durch Untersuchungsstrategien, die dem Gegenstand der Untersuchung entsprechen.

Die dem Modell der „angewandten Wissenschaft“ zugrunde liegende Idee einer „technologischen Rationalität“ (Schön,1983) wird nicht zuletzt deshalb von vielen verworfen, weil das dabei implizierte hierarchische Verhältnis zwischen Forschung und Praxis als unangemessen gilt. Auch Luhmann (1990a, S.648ff) betrachtet aufgrund der selbstreferentiellen Geschlossenheit funktionaler Teilsysteme der Gesellschaft das Modell des logisch gesicherten Wissenstransfers als überholt (siehe Abb.3). Die intensive Diskussion der Beziehung zwischen Forschung und Praxis hat dazu geführt, dass die Krise des Konzeptes der angewandten Forschung als allgemeines Modell für professionelles Handeln heu offenkundig ist. Vor allem Schön (1983, S.644) weist darauf hin, dass zahlreiche Probleme, zu deren Lösung wissenschaftliches Wissen eingesetzt werden soll, nicht in klarer Form vorliegen, weshalb die Verwendung eines Ziel-Mittel-Schemas unangemessen ist. Die Ausgangslage des Professionellen ist häufig unstrukturiert und erfordert zunächst eine „*Problemkonstruktion*“, um eine schwierige oder unerwünschte Situation überhaupt in eine *Problemlage* zu verwandeln. Diese Leistung kann nur der Praktiker erbringen, da die Konstruktion den verfügbaren theoretischen Ressourcen oft nicht zu entnehmen ist und die Berücksichtigung einer Vielzahl von Perspektiven erforderlich macht. Konflikthafte oder verwirrende Zielbereiche fallen weitgehend aus dem Rahmen instrumenteller technologischer Lösungsmöglichkeiten und stellen daher das zentrale Element professioneller Praxis dar. Die Problemdefinition ist somit kein technologisches Problem im engeren Sinn und selbst ein definiertes Problem kann sich als technologisch unlösbar erweisen (vgl. dazu für die Situation von Unternehmensberatern Luhmann und Fuchs, 1989,S.209). Hinzu kommt, dass einmalige

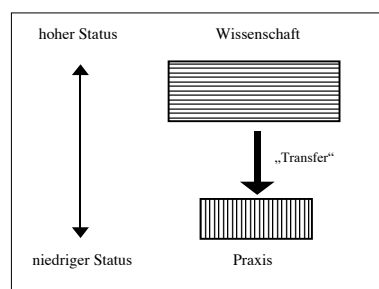


Abb.3: Schematische Darstellung des Modells „Angewandter Wissenschaft“ (Transfermodell) in Anlehnung an Drewe et al.(1992)

Fälle oft außerhalb der Reichweite von Theorien liegen. Statushohe Professionen wie die Medizin trachten noch immer in ihrer Literatur jene Bereiche besonders hervorzuheben, die als *instrumentelle Praxis* beschrieben werden, wogegen jene Tätigkeit, die als *reflexive Praxis* bezeichnet wird, vernachlässigt wird (Ruesch, 1975; Schüle, 1995). Dies gilt auch für die Darstellung jener Bereiche ärztlichen Handelns, die durch *Versuch und Irrtum, Nichtwissen und Durchlavieren* charakterisiert werden können. Der letztgenannte, von der offiziellen professionellen Rhetorik oft ausgeschlossene Anteil, kommt in zahlreichen Romanen und Fernsehserien um so prägnanter zum Ausdruck und verleiht diesen die nötige Spannung. In den letzten Jahren hat ein Umdenken begonnen, das auch die klassischen Professionen nicht ausnimmt. In den beiden Zeitschriften „Journal of Medicine and Philosophy“ und „Theoretical Medicine“ wird die Frage, inwieweit Medizin eine (Natur)Wissenschaft ist, kontrovers diskutiert. Es überwiegen Beiträge, die einen deutlichen Unterschied zwischen klinischem Wissen (clinical knowledge) und wissenschaftlichem Wissen postulieren (Bench, 1989). Titel wie „Why medicine cannot be a science“ (Munson, 1981) sind ebenso zu finden wie Arbeiten, in denen vorgeschlagen wird, einen erweiterten Wissenschaftsbegriff zu verwenden (Malterud, 1995; Schaffner, 1980). Soweit klinisches Wissen unter Wissenschaft (science) subsumiert wird, finden sich Bezeichnungen wie „medical science“ und „practical science“ (Maull, 1981). Hunter (1989) bezeichnet die Medizin als „Science of individuals“, um den Fallbezug ärztlichen Handelns ins Zentrum zu rücken.

5.3. Grundzüge einer Theorie professionellen Handelns

Wie lassen die Grundzüge einer Theorie professionellen Handelns darstellen? Schön (1983) beginnt seine viel beachtete Analyse beim Alltagshandeln, in welchem eher implizites Wissen zum Einsatz kommt. Diesem Typ des „Wissens-im-Handeln“ entspricht auch die professionelle Tätigkeit, da hier die Regeln des Handelns ebenfalls nicht vollständig angegeben werden können. Professionalität unterscheidet sich allerdings graduell von Alltagshandeln durch einen höheren Anteil an explizitem Expertenwissen, ohne dass jedoch durch dieses der gesamte Handlungshorizont abgedeckt wird. Charakteristisch ist ferner, dass professionelles Handeln wie Alltagshandeln zu keiner Reflexion Anlaß gibt, solange es erfolgreich ist. Erst beim Auftreten von unbekanntem Situationen bzw. Schwierigkeiten kommt Reflexion zum Einsatz, die von Schön (op.cit.) im Unterschied zur theoretischen Reflexion als *handlungsbezogene Reflexion* bezeichnet wird. Vielfach muss eine neue Sicht des Problems überlegt werden. Der professionelle Praktiker bezieht sich beim Auftreten von Problemen, die mit Routine nicht zu bewältigen sind mehr auf vorgegebene Theorien und Techniken, sondern konstruiert eine neue Theorie für den *singulären Fall*.

Das Gemeinsame professioneller Berufe besteht aus der Fertigkeit, *während des Handelns in Bezug auf bestimmte Kriterien und situative Erfordernisse reflektieren zu können*. Erfahrene Praktiker besitzen die Fertigkeit, in komplexen Situationen aus einer großen Informationsfülle das jeweils nützliche zu selektieren, flexibel zu schlussfolgern und vielfältige Perspektiven der Problemlösung offenzuhalten. Schön (op.cit., S.130) bezeichnet diesen Vorgang als „reflexive Konversation mit einer einmaligen und unstrukturierten Situation“. Professionelle gehen bei ihrer Tätigkeit in der Regel von einem Repertoire von *Beispielen* aus. Der Kliniker greift auf die von ihm früher behandelten Fälle sowie Fallbeispiele aus der Literatur, aus Fallseminaren etc. zurück. Ein neues Problem wird zunächst als schon bekanntes, im Repertoire vorhandenes angesehen. Der bekannte Fall dient als eine Art *Metapher* für den neuen. Die Unterschiede, die sich im Verlauf der Fallarbeit zunehmend zeigen, werden als *Variationen* des bekannten Falls aufgefasst. Handlungsbezogene Reflexion besteht in einem ständigen Vergleich der Ähnlichkeiten und Unähnlichkeiten des bekannten mit dem neuen

Problem. Dieser Vorgang erfolgt dabei weitgehend ohne Rekurs auf allgemeines Theroriewissen. Der Stellenwert der Reflexion für professionelles Handeln wird durch eine von Schwendenwein (1990) vorgelegte Definition unterstrichen, in der die Reflexionsfähigkeit zum Kriterium für die Erreichung von Professionalität gemacht wird. Abb. 4 stellt die Handlungskomponenten dar, die den *Grad der Professionalität* definieren.

- Berufsethische Reflexion
Kenntnis und Akzeptanz gesellschaftlicher Zentralwerte, professionsspezifischer Leitziele und Verhaltensregeln sowie deren angemessene Interpretation und situationsadäquate Realisierung
- Subjektbezogene Reflexion
Situationsbezogene Einschätzung der Arbeits- und Handlungsvoraussetzungen
- Wissenschaftsbezogene Reflexion
Kenntnis relevanter Theorien und deren wissenschaftliche Absicherung sowie die Möglichkeit, diese als Erklärungs-, Orientierungs- und Entscheidungshilfe heranzuziehen
- Praxisbezogene Reflexion
Verfügung über ein standardisiertes Repertoire von Fähigkeiten zur Einschätzung der eigenen Fertigkeiten. Dazu gehört die Planung, Durchführung und Evaluierung professionsspezifischer Treatments
- Autobiographische Reflexion
Fähigkeit des Rückgriffs auf Eigenerfahrung zur Lösung professionsspezifischer Probleme
- Kritische Reflexion
Fähigkeit zur kritischen Überprüfung von Handlungsvollzügen mit dem Ziel der Revision

Abb. 4: Komponenten professioneller Reflexionsfähigkeit nach Schwendenwein (1990)

5.4. Wie handeln Experten?

Eine ebenfalls für die Diskussion um die Beziehung zwischen Psychotherapie und Wissenschaft weitgehend unbenützte Ressource ist die *Expertenforschung* und die *Wissensnutzungsforschung*. Wenn Mandl et al. (1992; zitiert nach Gäßler, 1994) feststellen: „Experts are the new heroes of Cognitive Psychology and Educational Psychology“, so verweist dies auf die Tatsache, dass reichlich Forschungsmaterial vorliegt. So ist die Frage, wie Experten in komplexen und unübersichtlichen Situationen Problemlösungen finden, auch ein zentrales Thema der Artificial-Intelligence-Forschung, insbesondere im Hinblick auf die Entwicklung und Implementierung von sogenannten „Experten-Systemen“ (Smith, 1984; vgl. dazu auch Ruesch, 1975; Weizenbaum, 1978). Fragt man einen beliebigen Experten, wie er das macht, was er gerade macht, so antwortet er oft: „Warte, bis ich fertig bin.“ Eine mögliche Erklärung für die Unwilligkeit oder Unfähigkeit, einen begleitenden verbalen Kommentar zu ihrer Arbeit zu geben ist, dass ihr „kognitiver Raum“ mit der Lösung der Aufgabe ausgefüllt ist. Eine weitere Erklärung besteht darin, dass praktisches Wissen (performance knowledge) von anderer Art als verbales Wissen (verbal knowledge) ist und eine Person nicht gleichzeitig auf beide Wissensbereiche „zugreifen“ kann. Die Regeln, die ein Experte angibt, sind nicht notwendig jene, denen er in seiner Tätigkeit folgt. Die von den Experten angefertigten Selbstbeschreibungen ihrer Handlung sind meist einfacher als wissenschaftliche Beschreibungen desselben Sachverhaltes durch Beobachter (Luhmann, 1984). Es gibt auch Evidenz dafür, dass die Diskrepanz zwischen verbalisierbarem Wissen und tatsächlicher Aufgabenbewältigung auf mehr als die Unfähigkeit, Prozesse zu verbalisieren, zurückgeht. Die „Datenstruktur“, auf die bei Entscheidungen zugegriffen wird, scheint für einigermaßen präzise und mitteilungsfähige

verbale Berichte unzugänglich.¹³ Experten stützen sich in ihrer Arbeit vorwiegend auf „idiosynkratische mentale Modelle“ und weniger auf allgemein gültige Wissensbestände. Ihr Wissen weist damit eine Struktur auf, die vor allem facettenreiche Kontextbezüge und Problemschemata enthält, die durch Abstraktion aus der praktischen Arbeit gewonnen werden (Mandl et al., 1993).

In Übereinstimmung mit Schön (1983) kritisieren Winograd und Flores (1986) die bis heute dominanten rationalen Problemlösungsmodelle bezüglich des Handelns von Experten, wobei sie auf die Theorie selbstreferentieller Systeme zurückgreifen. Die Definitionsmerkmale praktischen Handelns zeigt Abb. 5.

- Man kann Handeln nicht vermeiden
- Man kann während des Handelns nicht zum Zweck der Reflexion 'zurücktreten', da sonst Handlungsmöglichkeiten verlorengehen
- Die Folgen eigener Handlungen (Interventionen) können, bedingt durch die selbstreferentielle Geschlossenheit der anderen Systeme, nicht vorhergesagt werden
- Es gibt keine 'Stabilität' des Wissens in einer Situation, man muss mit ihr 'mitschwimmen'. Erst in einer Post-festum-Analyse lassen sich bestimmte relevante Muster bestimmen
- Jede Repräsentation einer Situation ist eine Interpretation, selbst wenn es sich um eine Post-festum-Analyse handelt
- Sprache ist Handeln. Mit der Äußerung von Absichten, Beschreibungen etc. wird eine Situation nicht beschrieben, sondern erzeugt

Abb. 5 Merkmale des Expertenhandelns nach Winograd und Flores (1986)

Folgt man der Definition von Gäßler (1994, S.21) und bezeichnet als Experten „Menschen, die lange in einem bestimmten Fachbereich arbeiten und dann Fähigkeiten und Fertigkeiten entwickeln, die Laien oder Anfänger nicht beherrschen“, wird klar, dass eine Gleichsetzung von Experten und Professionellen nicht sinnvoll ist. Expertenschaft kann im Rahmen zahlreicher Berufe erworben werden, die nicht im engeren Sinn den Professionen zuzuordnen sind. Während das Expertenwissen „moralisch neutral“ ist, weist die „Scientia“ des Professionellen eine Bindung an das Wohl des Klienten *und* an gesellschaftlich hochbewertete Ziele auf. Vor allem darauf ist das besondere Vertrauen begründet, dass Professionellen entgegengebracht wird (Koehn, 1994; Sulmasy, 1993)).

6. Psychotherapie und Wissenschaft

6.1. Über Metaphern

Metaphern sind häufig besser als lange Abhandlungen in der Lage, Wesentliches auszudrücken (Ortony, 1979). Sie brauchen allerdings einen Interpreten, der sie durch sein „sehen als“ kognitiv konstruiert

¹³ Eine weitere Erklärung für die Differenz von verbalen Berichten und Handlungen besteht darin, dass es unterschiedliche Verarbeitungsmodi bei Entscheidungen bzw. Handlungen gibt, die von Experten situations- und persönlichkeitspezifisch gehandhabt werden. Untersuchungen des Problemlöseverhaltens zeigen, dass es eine Reihe von Dichotomien gibt, die relevant sind. Dazu gehören folgende Operationsmodi: "Rastern" (scanning) vs. Fokussieren, Mustererkennung vs. Analyse, symptomatische vs. topographische Suchstrategien, abstrakt vs. konkrete, reflexive vs. impulsive und holistische vs. serielle kognitive Stile. Ridderikhoff (1993) konnte in einer Studie an Allgemeinpraktikern zeigen, dass der Prozeß der Diagnose am besten als Vorgang beschrieben werden kann, den der Autor als „iterative pattern recognition“ bezeichnet. Zusammenfassend läßt sich feststellen dass nur ein geringer Zusammenhang zwischen dem besteht, was Personen berichten und dem, was sie tatsächlich (beobachtbar) tun.

(Buchholz, 1994). In der Auseinandersetzung um die Beziehung zwischen Forschung und Praxis in der Psychotherapie spielen drei Gruppen von Metaphern eine wichtige Rolle. Bei der Beschreibung der *Beziehung zwischen Personen oder Personengruppen* (Forscher und Praktiker) werden häufig negativ besetzte Metaphern verwendet. So charakterisiert David Olson das Verhältnis zwischen Praktikern und Forschern in der Familientherapie bereits vor zwei Jahrzehnten als „kalten Krieg“. Buchholz und Streek (1994) sprechen von einer „Diskurspathologie“ (Krankheitsmetapher), Eva Jaeggi (1994) von einer „problematischen Beziehung“ bzw. einem „gebrochenen Verhältnis“ zwischen den beiden Gruppen. Bei der Beschreibung der *Beziehung zwischen den beiden Arbeitsgebieten* Forschung und Praxis sind die meistverwendeten Metaphern die der „Kluft“ und der „Brücke“ bzw. des „Brückenbaus“ (z.B. Kanfer, 1990; Reiter-Theil, 1991; Weisz et al., 1995; Welter-Enderlin, 1992; Wirsching, 1991). Aber auch andere Begriffe, wie „Spannung“, „problematisches Verhältnis“, „Dilemma“, „Diskrepanz“ (Manteufel und Schiepek, 1995) deuten darauf hin, dass die schwierige Beziehung mit der Sache selbst zu tun hat. Von Interesse ist auch die Wahl der Begriffe und Metaphern, wenn es um die *Strategie der Vermittlung zwischen Forschung und Praxis* geht. Da die Idee der „angewandten Wissenschaft“ in den letzten Jahren massiv kritisiert wurde, werden zunehmend andere Begriffe verwendet. Manteufel und Schiepek (1995) sprechen von der „Nutzung“ theoretischen Wissens in der klinischen Praxis, Langthaler und Schiepek (1995) vom „Praxisbezug der Forschung“ bzw. von „wissenschaftlicher Orientierung praktischen Handelns“. Hunter (1989) sieht die Praxis als „rational undertaking that uses science in the care of the ill“.

Eine Interpretation der dargestellten Metaphorik könnte lauten: Zwischen Forschung und Praxis besteht notwendigerweise eine Differenz („Kluft“; „inevitable gap“; op.cit.), die anerkannt werden muss. Zwischen den beiden Welten kann aber sinnvollerweise vermittelt werden („Brücke“). Dass dies gegenwärtig nicht oder nicht ausreichend geschieht, liegt nicht an der Sache, sondern an den Personen bzw. Gruppierungen. Es herrscht „Krieg“ oder ein anderer pathologischer Zustand („Krankheit“). Die Metaphorik legt es nahe, die gegenwärtigen Schwierigkeiten in erster Linie nicht im Problem selbst, sondern in den Beziehungen der Akteure zu suchen. Dies führt oft zur Feststellung eines moralischen Defizits im Sinne der Mißachtung des anderen. Es liegt dann an der (impliziten) Anthropologie des Lesers, ob er mehr die strukturelle Komponente (z.B. sachfremde Durchsetzung der Gruppeninteressen) oder mehr personenbezogene Motive (z.B. individuelle Pathologie im Sinne eines krankhaften Machtstrebens) für den Zustand verantwortlich macht. Mit anderen Worten: Von der Sache her wäre ein Friedensschluss möglich, wenn die Konfliktparteien ihn nur wollten oder sich zumindest der Tatsache bewusst würden, da sie es sind, die ihn verhindern.

6.2. Psychotherapieforscher klassischen und neuen Typs

Im Schrifttum zur Psychotherapieforschung wird die Unterscheidung zwischen *Psychotherapieforscher klassischen Typs* und *Psychotherapieforscher neuen Typs* zu wenig betont. Im folgenden wird die Skizze zweier Prägnanztypen vorgelegt (nach Reiter, 1995b):¹⁴

¹⁴ Eine ähnliche Unterscheidung findet sich in der Studie von Jandl-Jäger et al. (1996) zum Stand der Psychotherapieforschung in Österreich. Die Autoren unterscheiden in diesem Beitrag zwischen klinischer Theorie (Behandlungskonzepte) und wissenschaftlicher Theorie (Überprüfung klinischer Theorien durch kontrollierte Studien mittels spezifischer Forschungsmethoden). Eine ähnlich Position vertritt Wolf (1995).

Psychotherapieforscher *klassischen Typs* verbringen den Großteil ihrer Arbeitszeit mit Patienten oder Supervisanden. Sie sind zu einem guten Teil in (privaten) Praxen tätig und haben selten einen höheren akademischen Status. Die Reflexion ihrer klinischen Tätigkeit findet in Form von *Kasuistiken* und/oder *klinisch-theoretischen Schriften* statt. Sie sind häufig als Lehrtherapeuten in das Ausbildungswesen ihrer Vereine eingebunden, in denen sie oft eine wichtige Rolle spielen. Sie referieren auf Tagungen, die vorwiegend von Praktikern besucht werden und veranstalten Seminare und Workshops im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen. Wesentliches Kennzeichen der Forscher klassischen Typs ist somit der enge Praxisbezug und die starke Einbindung in die Aus-, Weiter- und Fortbildung. Publikationen werden in der Regel in Alleinautorschaft verfasst. Das Freud'sche Junktum von Forschen und Heilen hat vor allem für die Mitglieder dieser Gruppe Gültigkeit. Wissenschaftssoziologisch entspricht diese Tätigkeit der „Little Science“ („Studierstube“) im Sinne von Price (1974).

Psychotherapieforschung *neuen Typs* konnte sich erst nach ihrem Eintritt in das Stadium der „Big Science“ („Großforschung“) im Sinne von Price (1974) und Clark (1974) entwickeln¹⁵. Vertreter dieses Typs finden sich vorwiegend in universitären Einrichtungen; sie sind im fortgeschrittenen Karrierestadium in der Regel mit höheren akademischen Titeln ausgestattet, therapieren deutlich weniger Patienten als die Psychotherapieforscher klassischen Typs bzw. stehen überhaupt nicht oder nicht mehr in der therapeutischen Praxis. Sie spielen nur eine geringe Rolle im Aus- und Fortbildungswesen psychotherapeutischer Vereine¹⁶. Innerhalb dieser relativ großen Forschergruppe, die vor allem in der „Society for Psychotherapy Research“ organisiert ist, zeigen sich sehr unterschiedliche Positionen zu Grundlagen und Methodik der Forschung in diesem Bereich. Diese Diskussion erfasst auch den Gegenstand der Forschung selbst; so ist Psychotherapie für viele Forscher keine Einheit. Howard, Lueger und Schank (1992) beschreiben die Schwierigkeit, epidemiologische Befunde, Behandlungsangebote und Ergebnisse der Psychotherapieforschung in einen gemeinsamen Kontext zu stellen. Die Autoren sind der Auffassung, dass das Feld der Psychotherapie zu heterogen ist, um *eine* Profession zu bilden. Es ist für die Forscher keineswegs klar, welche Interventionen oder Behandlungen als „psychotherapeutisch“ gelten können. Die Frage, worin sich das Gespräch eines in die Psychotherapeutenliste eingetragenen Therapeuten mit seinem Klienten von dem eines Psychiaters oder Lebensberaters hinsichtlich seiner psychotherapeutischen Wirksamkeit unterscheidet, wird von der Profession nach Meinung der Autoren nicht ausreichend beantwortet. Die Publikationen der Psychotherapieforscher neuen Typs sind ähnlich wie in der Medizin überwiegend das Ergebnis von Teamarbeit und weisen oft mehrere Autoren auf. Die Veröffentlichungen folgen den Standards der akademischen Wissenschaft und müssen den Kriterien angepaßt werden, die für Habilitation und Berufung vorgegeben sind.¹⁷ Die Tätigkeit des Forschers unterscheidet sich von der des Praktikers nicht nur durch unterschiedliche Leitdifferenzen, sondern auch durch die Struktur des professionellen Alltagshandelns (Klüwer, 1988). So schreibt Reines (1991) mit Blick auf die Medizin: „Bench scientists and physicians occupy distinctive sociological niches in the medical research community“ (op.cit., S.185).

15 Als Standardwerk zum gegenwärtigen Erkenntnisstand der Psychotherapieforschung neuen Typs verweisen wir auf das von Bergin und Garfield (1994) herausgegebene „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“. Die 1. Auflage dieses Buches erschien bereits 1971.

16 Goldfried (1995); zitiert nach Gitzinger-Albrecht (1995)

17 Aufgrund der Psychotherapiegesetzgebung kam es in den deutschsprachigen Ländern zur Entstehung eines neuen Typs von Zeitschriften, die eigens für Praktiker gestaltet werden und in denen führende Kliniker und Forscher veröffentlichen (z.B. „Psychotherapie Forum“; siehe dazu ausführlich Reiter 1995a, 1995b)

6.3. Wissenschaft als Umwelt professioneller Systeme

Die bereits erwähnte zentrale These unseres Beitrags lautet: Psychotherapie ist keine Wissenschaft, sondern eine Profession, in deren Umwelt Wissenschaft - und damit auch Psychotherapieforschung - vorkommt. Aufgrund der unterschiedlichen Funktionen für die Gesamtgesellschaft ergeben sich zwischen Wissenschaft und Psychotherapie (als professionellem Praxissystem) notwendigerweise erhebliche Asymmetrien, die ihren Ausdruck in systemspezifischen Leistungen, Publikumsrollen, generalisierten Codes und Leitdifferenzen finden. Für das Wissenschaftssystem ist als binärer Code wahr/unwahr festgelegt, während die verschiedenen Systeme therapeutischen Handelns anderen Orientierungen folgen (z.B. das Gesundheitssystem der Leitdifferenz krank/gesund). Sowohl Psychotherapie als auch Wissenschaft orientieren sich an ihren systemeigenen Unterscheidungsmöglichkeiten und nicht an der Rationalität des jeweils anderen Systems; in diesem Sinne sind sie autonom.

Professionelle Systeme befassen sich mit „der Bewältigung kritischer Schwellen und Gefährdungen menschlicher Lebensführung“ (Stichweh, 1994, S.296) wobei sie sich an grundlegenden Werten der Gesellschaft orientieren. Wie Professionsforscher hervorheben, kann es bei dieser Tätigkeit keine problemlose „Anwendung wissenschaftlichen Wissens“ geben. *Intuition, Urteilsfähigkeit, Risikofreudigkeit und Verantwortungsübernahme* stellen wesentliche Komponenten in Situationen dar, in denen Nichtwissen und Unsicherheit vorherrschen. Professionelle sind in ihrer Tätigkeit daher immer wieder mit Paradoxien konfrontiert (Schütze, 1992). Hinzu kommt ein Dilemma, welches durch das rasch anwachsende, für professionelles Handeln relevante Wissen entsteht: Für den Professionellen wird es zunehmend schwierig, ein unproblematisches Verhältnis zur Praxis zu unterhalten, da in den Handlungsvollzügen mitrealisiert wird, auf wieviel Nichtwissen und Ungewißheit sie beruhen (Stichweh, 1994). Dies führt neben anderen Faktoren dazu, dass angesichts der Vielfalt des Wissens die Relation Handeln/Nichthandeln (und nicht Wissen/Nichtwissen) zum entscheidenden Bezugspunkt des Professionellen im Verhältnis zu seinem Klienten wird. Die von Münch (1995) postulierte „Einheit der Praxis“ entspricht dem von Toellner (1993) beschriebenen „einheitsstiftenden Vorrang des Handelns“ nicht nur in der Medizin, sondern auch in der Psychotherapie. Die Autonomie des Professionellen gegenüber der Wissenschaft wird von Professionsforschern allgemein als hoch angesehen. Prägnant formuliert Stehr (1994, S.355): „Die Mannigfaltigkeit des Expertenwissens läßt vermuten, dass Experten zwar gelegentlich aus naheliegenden Gründen die Wissenschaft als kognitive Instanz beanspruchen, dass ihr „Wissen“ aber dieser Instanz nur selten unterworfen ist und daher auch nicht unmittelbar an wissenschaftlichen Maßstäben gemessen werden kann“.

Die hier vorgestellte Konzeption von Wissenschaft als Umwelt professioneller Systeme stellt jedoch keine Abwertung der Psychotherapieforschung (neuen Typs) dar. Geht man von der Luhmann'schen Systemtheorie aus, so folgt daraus keineswegs die Irrelevanz generalisierten Theoriewissens gegenüber praktiziertem Handlungswissen. Es geht vielmehr um ein angemessenes Verständnis der jeweiligen System-Umwelt-Beziehung *beider* Systeme. In der historischen Entwicklung der Professionen wurde das Universitätssystem zunehmend zu deren relevanten institutionellen Umwelt. Dieser Umstand und die daraus folgenden Probleme werden gegenwärtig intensiv diskutiert.¹⁸ Uns geht es in diesem Beitrag entsprechend dem Leitthema des vorliegenden Bandes um eine grundsätzliche Standortbestimmung, die wir vor allem unter Rückgriff auf

¹⁸ Für die Psychologie siehe beispielsweise das Heft 2 des „Journal für Psychologie“ (1993) mit dem Leitthema „Berufspraxis und Wissenschaft - eine ungeklärte Beziehung“.

(systemtheoretische) Professionsforschung vornehmen. Die Schwierigkeit von Psychotherapeuten, sich angesichts der engen Bindung an ihre Schulen als Mitglieder einer schulenübergreifenden Profession zu sehen, dürfte für den erheblichen Rückstand in der Diskussion verantwortlich sein. Hier ist darauf hinzuweisen, dass Grawe et al. (1994) im Titel ihres vieldiskutierten Buches zwar den Begriff „Profession“ verwenden, auf die mit diesem Begriff verbundene Problematik jedoch nirgends eingehen. Die Kenntnis dessen, was eine Profession ausmacht, wird von den Autoren vorausgesetzt. Wir vertreten jedoch die Ansicht, dass das Konzept von Psychotherapie als angewandter Psychologie mit allen daraus abgeleiteten Urteilen über bestimmte therapeutische Richtungen eine unzulässige Ausdehnung einer bestimmten wissenschaftlichen Perspektive auf ein gesamtes Berufsfeld darstellt und der Komplexität der Profession nicht Rechnung trägt. Damit wird unter anderem die Struktur klinischen Wissens, den Prozeß der Entstehung klinischer Innovationen und den aktuellen Stand der Professionsforschung nicht ausreichend berücksichtigt. Wenn Psychotherapieforscher wie Rudolf (1991) heute kritisch anmerken, dass bislang kaum Ergebnisse der Psychotherapieforschung die psychotherapeutische Praxis erreichen konnten, sollte dies Anlaß sein, über das Verhältnis von Forschung und psychotherapeutischer Praxis anders als bisher nachzudenken. Die dringend nötige Reflexion der Prämissen professionellen Handelns sollte zu einem Grundlagendiskurs führen, wie er in der Medizin seit einiger Zeit stattfindet und wie er in benachbarten Arbeitsgebieten neuerdings beobachtet werden kann (für die Pädagogik siehe z.B. Alisch et al., 1990; Dewe et al., 1992)¹⁹.

6.4. Das Konzept der „Klinischen Nützlichkeit“

Ausgehend von einer Reihe bibliometrischer Untersuchungen (Reiter, 1991, 1994; Reiter und Steiner, 1994) wurde vom Erstautor des vorliegenden Beitrages eine Studie vorgelegt, die eine empirisch fundierte Antwort auf die Frage gibt, welchen Kriterien Veröffentlichungen in familientherapeutisch-systemischen Zeitschriften genügen müssen, um überhaupt rezipiert, d.h. mehrfach zitiert zu werden. Das wichtigste Ergebnis ist, dass Praktiker die Fachliteratur mittels der Unterscheidung *klinisch nützlich/klinisch nicht nützlich* beobachten (Reiter, 1995a). Abb. 6 zeigt jene Merkmale, die zusammengenommen das Konzept der „Klinischen Nützlichkeit“ definieren.

- die Arbeiten müssen innovativ sein
- es muss ein unmittelbarer Praxisbezug bestehen
- es sollte ein breites Anwendungsgebiet gegeben sein
- die Beiträge sollen auf dem aktuellen Stand der theoretischen und klinischen Entwicklung sein
- die Konzepte dürfen nicht in Widerspruch zum aktuellen Stand der Forschung stehen

Abb. 6: Kriterien der „Klinischen Nützlichkeit“ nach Reiter (1995)

¹⁹ Aus Beobachtungen der Lesegewohnheiten von Psychotherapeuten (Welter-Enderlin, 1992) und unveröffentlichten Praktikerbefragungen wissen wir, dass die Ergebnisse der Psychotherapieforschung von Praktikern nicht gelesen werden. Psychotherapieforscher neuen Typs sollten sich mit diesem Faktum auseinandersetzen und die Ergebnisse ihrer Studien in eine Form zu bringen, die Praktikern überhaupt zugänglich ist. Stehr (1994) und Stichweh (1994) haben kürzlich darauf hingewiesen, dass in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Professionellen nicht-schriftliche Formen der Kommunikation (Vorträge, Videodemonstrationen etc.) weit wichtiger sind, als die Lektüre von Zeitschriftartikeln und Büchern. Berücksichtigt man zusätzlich die Ergebnisse von Praktikerbefragungen (z.B. Ahlers und Gam, 1989), so wird auch in diesem Bereich die Theorie von den „zwei getrennten Welten“, in denen Psychotherapieforscher neuen Typs und psychotherapeutische Praktiker leben, unterstrichen.

Während sich die ersten vier Kriterien empirisch ermitteln ließen, wurde das letztgenannte Kriterium aufgrund der Beschäftigung des Erstautors mit dem aktuellen Stand der Professionsforschung hinzugefügt. Von Forschern wird unterstrichen, dass das Wissenschaftssystem zur wichtigsten Umwelt professioneller Systeme geworden ist und dass professionelles Wissen heute nicht nur dem Kriterium der Effizienz (Erreichung der angestrebten Ziele) genügen muss, sondern dass die in den praktischen Theorien enthaltenen empirisch gehaltvollen Aussagen einen Bezug zum aktuellen Forschungswissen haben sollten²⁰. Dewe et al.(1992) haben sich eingehend mit der Rolle von Forschungswissen im Vollzug professionellen Handelns befasst und charakterisieren die Beziehung mit Begriffen wie *Relationierung*, *Resonanz* und *Reflexion*. An Stelle des gescheiterten Transfermodells wird gegenwärtig davon ausgegangen, dass von seiten der Wissenschaft praktisch-professionelles Handeln in keiner Weise direkt zu beeinflussen ist, sondern dass das Wissensangebot im professionellen Kontext neu konstruiert werden muss. Professionelles Wissen wird aufgefasst „als ein eigenständiger Bereich *zwischen* praktischem Handlungswissen, mit dem es den permanenten Entscheidungsdruck teilt, und dem systematischen Wissenschaftswissen, mit dem es einem gesteigerten Begründungszwang unterliegt. Im professionellen Handeln *begegnen* sich wissenschaftliches Wissen und praktisches Handlungswissen und machen Professionalität zu einem Bezugspunkt, an dem potentiell die Kontrastierung und Relationierung beider Wissenstypen stattfindet“ (op.cit., S.81, Hervorhebung im Original). Die Geschichte der Psychoanalyse und Psychotherapie veranschaulicht, dass Innovationen vor allem in der Praxis und kaum in Forschungseinrichtungen entwickelt wurde. Wissenschaftliche Begründungen klinischer Erfindungen erfolgten fast immer nachträglich. Wir glauben daher, dass das Wahrheitskriterium am besten in der in Abb. 6 angeführten Form verwendet werden sollte: Klinische Theorien sollen nicht im Widerspruch mit gut begründeten Forschungsergebnissen stehen. Es handelt sich um ein abgeschwächtes Kriterium, das jedoch der Problemlage angemessen ist und klinische Erkenntnisse auch dann als nützlich ansieht, wenn diese noch nicht ausreichend erklärt werden können.²¹

Die dargestellte Problematik soll noch einmal anhand eines Schemas erläutert werden, das vier grundlegende Typen der Beziehung von „klinisch nützlichem“ und „wahrem“ Wissen darstellt (Abb.7).

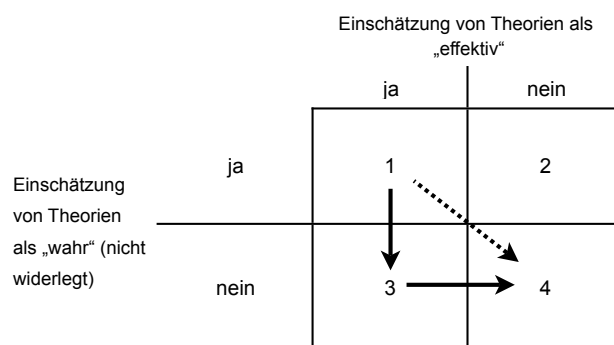


Abb. 7: Beziehung zwischen „klinischer Effektivität“ und „Wahrheit“ von Theorien

²⁰ Ludewig (1988b) behandelt die Frage nach der klinischen Relevanz von Wissen. Das Kriterium des klinischen Nutzens wurde für die systemische Therapie von Loth (1990) und Ludewig (1988a) untersucht.

²¹ Ein Beispiel dafür ist die von Shapiro (1995) entwickelte Methode der Traumafolgenbehandlung (EMDR), die von der Autorin empirisch gefunden wurde und deren Effizienz erst wissenschaftlich begründet werden muss.

- Typ 1
Bei diesem Typ handelt es sich um den Idealfall klinischen Wissens, der alle Kriterien klinischer Nützlichkeit (siehe Abb.6) aufweist. Die Theorien werden für praktisch nützlich gehalten bzw. haben sich durch Effizienzforschung als solche bestätigt. Sie enthalten ferner keine Aussagen, die durch Forschung widerlegt wurden. Als Beispiel kann der empirisch gehaltvolle Teil der psychoanalytischen Abwehrlehre gelten, der nicht nur für das klinische Handeln der Psychoanalytiker besonders wichtig ist, sondern auch in zahlreichen Studien empirisch geprüft wurde (Cramer, 1991).
- Typ 2
Wissen dieses Typs ist zwar durch Forschung gesichert, hat aber für die Arbeit der Praktiker kaum Bedeutung. Die Zuordnung von Wissen zu diesem Typ ist jedoch zeitabhängig. Die Erkenntnisse der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie haben das Verständnis von Beziehungsstörungen nachhaltig verändert. Dennoch spielen sie in der systemischen Therapie, die sich bevorzugt mit Beziehungen beschäftigt, bis heute keine Rolle. Das könnte sich aber innerhalb kurzer Zeit ändern, wenn im systemischen Feld Veränderungen in der klinischen Theorienbildung stattfinden. Einen möglichen Weg der Integration stellt die Schematheorie dar.
- Typ 3
Dieser Typ ist der umstrittenste. Während in der Psychoanalyse in der Nachfolge Freuds ausschließlich Wissen von Typ 1 akzeptiert wird, herrschte in der Familientherapie unter dem Einfluß des amerikanischen Pragmatismus lange Zeit die Vorstellung, klinische Theorien müßten ausschließlich dem Nützlichkeitskriterium (Effizienz) genügen. Nach der „epistemologischen Wende“ (Buchholz, 1990) und der Übernahme des „radikalen Konstruktivismus“ als Grundlage der systemischen Therapie wird - mit geänderter Begründung - das Wahrheitskriterium weiterhin ignoriert.
- Typ 4
„Wissen“ ist immer *geprüftes* Wissen. Daher entspricht Typ 4 genaugenommen nicht dem Begriff des Wissens und sollte in professionellen Systemen nicht vorkommen. Das Alltagswissen („Laienätiologie“) ist jedoch reich an „Theorien“ dieser Art, die häufig die Grundlage für Selbstbehandlung sind. Sie müssen in der Therapie beachtet werden, da die klinischen Konzepte des Therapeuten an diese Vorstellungen anschließen sollten (Andersen, 1987).

Die Geschichte der Psychotherapie ist reich an Konzepten, die zunächst dem Typ 1 entsprachen, dann aber durch Widerlegung der in ihnen enthaltenen empirisch gehaltvollen Aussagen dem Typ 3 zugeordnet werden mussten. Beispiele dafür sind die „Krebspersönlichkeit“ und die Spezifitätstypologien in der Psychosomatik (z.B. „Ulcuspersönlichkeit“) und der systemischen Familientherapie (z.B. „manisch-depressive Familie“). Umfassende Forschungen konnten zeigen, dass die in diesen Begriffen behauptete Spezifität nicht existiert. Dennoch arbeiten zahlreiche Kliniker weiterhin mit diesen Konzepten. Wissen des Typs 3 scheidet mit zeitlicher Verzögerung aus dem professionellen Wissensbestand aus. Der Weg ist in Abb. 7 mittels der ausgezogenen Pfeile dargestellt. Anhand des Schemas kann auch die Bedeutung von Forschung für professionelles Wissen illustriert werden. Diese kann im besten Falle als *kritische Instanz* dazu benützt werden, dass der in Abb. 7 mittels eines strichlierten Pfeils dargestellte Pfad „gegangen“ wird: Widerlegte Teile von Theorien

werden rasch aus dem Korpus des professionellen Wissens ausgeschieden. Dies entspräche einem modernen Professionsverständnis mit kürzeren Zyklen der Wissenserneuerung.

6.5. Die Renaissance der Kasuistik

Sowohl in der Medizin als auch in der Psychotherapie fand in den letzten Jahren eine intensive Auseinandersetzung mit der Bedeutung und Neubewertung klinischer Falldarstellungen statt (z.B. Davison und Lazarus, 1994; Mahony, 1993; Stuhr und Dänneke, 1993). Autoren wie Gäßler (1994), Spiro et al. (1987) stellen dar, wie professionelle Praktiker die für ihre Tätigkeit nötige Flexibilität nicht durch theoretisches Lehrbuch-Wissen, sondern durch eine größere Zahl von Fällen (eigene, veröffentlichte etc.) erwerben. Dieser Tatsache wird in den Ausbildungscurricula zur Psychotherapie Rechnung getragen. Hunter (1989) fand mit Blick auf die medizinische Kasuistik eine Formulierung, die auch für die Bedeutung der Falldarstellung in der Psychotherapie Gültigkeit hat: „The individual case is the touchstone of knowledge in medicine, a focus on the particular patient is evident in clinicians habitual skepticism, in their refusal to generalize, and, above all, in their pedagogical and mnemonic use of idiographic, chronological accounts of illness“ (op.cit., S.194). Die Autorin hebt die Bedeutung der Wissensakkumulierung mittels Fallarbeit gegenüber der Wissensvermehrung mittels allgemeinen Theoriewissens hervor: „The body of wisdom that results from the scrutiny of many individual instances (...) is not a matter of theoretical principles but the tested accumulation of generalizations: practical guidelines, clinical dogma, rules of thumb“ (op.cit., S.195).

7. Nachbarprofessionen der Psychotherapie

Welche Überlegungen finden sich in der systemtheoretischen Literatur über Nachbarprofessionen der Psychotherapie (Medizin, Psychologie, Pädagogik, Sozialarbeit) hinsichtlich der gewählten Abgrenzung und Selbstbestimmung ihres professionellen Handelns? Zentral für ein gesellschaftliches Funktionssystem ist nach Luhmann die Herausbildung eines zweiwertigen Codes, der das gesamte Spektrum des Systems abdeckt. Funktionssysteme weisen binäre Schematismen auf, deren beide Seiten in unterschiedlichem Ausmaße systemintern anschlussfähig sind. Wir stellen im folgenden kurz dar, inwieweit es in den genannten vier Systemen zur Herausbildung eines zentralen Codes gekommen ist bzw. was als Leitdifferenz im System verwendet wird. Festzuhalten ist, dass diese Codes beobachterdefinierte Unterscheidungen und damit auch veränderbar sind. Abb. 8 beschreibt die notwendigen Merkmale eines Codes.

- Der Code muss der Funktion eines Systems entsprechen, indem er diese in eine Leitdifferenz übersetzt.
- Der Code muss den Funktionsbereich des Systems vollständig erfassen.
- Der Code muss in Richtung auf die Umwelt selektiv sein.
- Der Code muss nach innen hin informativ sein, ohne das System unirrätierbar festzulegen.
- Der Code muss offen für Ergänzungen (Programme) sein.
- Der Code muss Kriterien dafür anbieten, welcher Seite der beiden Codewerte anschlussfähig ist.

Abb. 8: Die Merkmale eines Codes nach Luhmann (1995)

Im allgemeinen gilt, dass die historisch älteren Funktionssysteme (Religion, Wirtschaft, Recht, Medizin, Wissenschaft) einen binären Code, die jüngeren (Pädagogik, Sozialarbeit) hingegen andere Formen von Leitdifferenzen aufweisen. Bei der Entwicklung von Leitdifferenzen handelt es sich um einen evolutionären Prozeß. Es „überleben“ jene Kodierungen, die sich als unentbehrlich darstellen und in der Folge die Möglichkeiten anderer Funktionssysteme limitieren (Luhmann, 1988)

7.1. Medizin

Folgt man den Argumenten Luhmann's (1990a), so ist das System der Krankenbehandlung ein autonomes Funktionssystem der Gesellschaft, auch wenn es in vielen seiner Vollzüge an finanzielle Transaktionen, Wissenschaft, Rechtsanwendung etc. strukturell gekoppelt ist. Die Ausdifferenzierung des Funktionssystems Medizin über die Herausbildung eines asymmetrisch gebauten Codes (krank/gesund) erfolgte durch den Verzicht, einen Gesunden als möglicherweise krank zu behandeln. Nur Krankheit ist für Ärzte instruktiv, die Gesundheit gibt nichts zu tun. Sie reflektiert nur das, was fehlt, wenn jemand krank ist. Entsprechend gibt es viele Krankheiten, aber nur eine - undifferenzierte - Gesundheit (Luhmann, 1990a, S.186f; Galtung, 1994). Dies ist unter anderem ein Grund, warum in der Gesundheitsvorsorge („gesundes Leben“) die Medizin *neben* einer Reihe anderer Disziplinen wie Ernährungswissenschaften, Psychologie, Ökologie, etc. steht. Die Medizin kann über Gesundheit soviel oder sowenig aussagen wie andere Disziplinen.

Von besonderem Interesse für das hier abgehandelte Thema ist die Stellung der Psychiatrie. Sie kann als jenes System professionellen Handelns definiert werden, welches *psychische Systeme* mittels der Leitdifferenz krank/gesund beobachtet und behandelt. Dass dieses seit mehr als 200 Jahren anhaltende Unternehmen bislang nur teilweise erfolgreich war, zeigt der fortdauernde Grundlagendiskurs, der die Geschichte der Psychiatrie begleitet sowie die Bemühung vor allem der universitären Psychiatrie, diese als Teil der Bio-Medizin zu definieren. Diese vielfach als „Re-Biologisierung“ der Psychiatrie bezeichnete Abgrenzungsstrategie sollte besser als Übergang in einen reduktionistischen Empirismus beschrieben werden (Karlsson und Kamppinen, 1995; Mooij, 1995; Schleiffer, 1994a).²² Das Entstehen der Profession „Psychotherapie“ kann man im Zusammenhang mit dem dargestellten Prozeß sehen.

7.2. Psychologie

In der Psychologie gibt es ausgeprägte Tendenzen, angewandter psychologischer Forschung den Status der „Psychological Profession“ zuzuschreiben (Peterson und Peterson, 1994). Im deutschen Sprachraum vertreten Grawe und andere Autoren ebenfalls diesen Standpunkt. Nach Grawe et al. (1994) ist Psychotherapie nichts Spektakuläres, sondern eine Behandlungsmöglichkeit neben anderen für einen bestimmten Bereich von Krankheitszuständen (op.cit., S.IXf). Sie ist durch die Anwendung psychologischer Beeinflussungsmethoden definiert, wobei die damit verbundenen Fragen und Antworten Gegenstand des Psychologiestudiums sind. In der Ausbildung zum Klinischen Psychologen sind diese Grundfragen durch eine gründliche Einführung in die Psychologie der einzelnen psychischen Störungen, die auch der medizinisch-psychiatrischen Klassifikation entsprechen, abgedeckt. Grawe et al. (op.cit.) kritisieren die unzureichende Ausbildung von

²² Das Bemühen, dem psychischen System über seine strukturelle Koppelung an organische Systeme „beizukommen“, ist aufgrund der Selbstreferentialität beider Systeme schwierig (Schleiffer, 1995).

Ärzten in Psychologie und Psychotherapie, wobei die bestehenden Strukturen die meisten psychologisch interessierten Mediziner in psychoanalytische Therapieausbildungen führen, eine Therapierichtung, die „keinen Bezug auf den Kenntnisstand der empirischen Psychologie nimmt. (...) Diese Verquickung zwischen Berufsstand und therapeutischer Orientierung führt dazu, dass Psychologen im Durchschnitt bessere Therapien durchführen als Ärzte, denn die Behandlungsformen, in denen die Psychologen mehrheitlich ausgebildet werden, sind im Durchschnitt bedeutend wirksamer als psychoanalytische, und zwar bei einem weiten Bereich psychischer und psychosomatischer Störungen“ (op.cit., S.19). Auch der Großteil der anderen psychotherapeutischen Schulen wird nachhaltig kritisiert. In dieser Argumentation übergehen die Autoren jedoch ein Problem, das innerhalb der Psychotherapieforschung zunehmend diskutiert wird und für die Beurteilung der Relevanz der Resultate wichtig ist: In welchem Verhältnis stehen die „experimentellen Psychotherapien“ zu „klinischen Psychotherapien“ in den Praxen der Therapeuten und in den Institutionen (siehe dazu Clarke, 1995; Hengeller, Schoenwald und Pickrel, 1995; Weisz et al, 1995)?

7.3. Pädagogik

Unter Erziehung versteht man die Änderung von Personen durch spezialisierte Kommunikation im Unterschied zur „natürlichen“ Sozialisation. Es handelt sich um absichtsvolle Kommunikation zur Verbesserung der psychischen Systeme der Erzogenen (Luhmann und Schorr, 1992). Das Erziehungssystem bildete *keinen* zweiwertigen Code aus (Luhmann, 1991, 1992). Es ist die *Erziehungsabsicht*, die Kommunikation im System anschlussfähig macht und die Einheit des Erziehungssystems symbolisiert. Erziehung setzt voraus, dass es jemanden gibt, der sie nötig hat. Dieses Gegenüber ist das Kind, dessen kulturelle Erfindung im Mittelalter Aries (1975) ausführlich beschrieb. Wie ist Erziehung dann trotzdem möglich und woher nehmen die Erzieher den Mut, mit der Kommunikation zu beginnen? Luhmann's Antwort ist, dass dies erst durch das Konstrukt des Kindes - als eines noch nicht erwachsenen Wesens, das der Erziehung bedarf - in der uns vertrauten Form möglich wurde. Die Pädagogik bedarf des Konzeptes des Kindes (Zöglings) wie die Medizin der Krankheit, um die Systemgrenzen und zulässigen Kommunikationen zu bestimmen.

7.4. Sozialarbeit

Die Frage, ob Sozialarbeit den Status einer Profession hat bzw. ein funktionales Teilsystem der Gesellschaft ist, wird kontrovers diskutiert (Stichweh, 1992; Schütze, 1992). Folgt man der Argumentation Baeckers (1994), so läßt sich ein funktionales Teilsystem der Gesellschaft bestimmen, das der Autor als „Soziale Hilfe“ bezeichnet und sich über den binären Code „Helfen / Nichthelfen“ definiert. Dabei geht es nicht um Nachbarschaftshilfe, sondern um professionelle Hilfe. Der positive Wert in diesem System ist „Helfen“. Alle Vollzüge zielen auf Defizitkompensation. „Helfen ist eine Kommunikation, die darüber informiert, dass ein Defizit besteht, mitteilt, dass ein Defizit behoben werden soll und verständlich macht, dass zwischen dem bestehenden Defizit und seiner Behebung (...) ein kontingenter Zusammenhang besteht“ (op.cit.,S.99). Helfen ist der positive Wert, wenn bereits Hilfe gegeben wird, ist weitere Hilfe leichter möglich.

8. Ist die Psychotherapie ein Funktionssystem der Gesellschaft?

Nach den in Abb. 8 dargestellten Kriterien verfügt Psychotherapie derzeit über keinen allgemein anerkannten eigenen Code und keine umfassende Theorie der Profession. Professionstheoretisch bedeutsame Sachverhalte wurden in den verschiedenen Schulen eher implizit thematisiert. Seit der Aufklärung wurde immer wieder versucht, den Code der Medizin zu übernehmen und auf psychische Systeme anzuwenden (*psychisch krank/psychisch gesund*; Fried und Agassi, 1983). Dieser Code ist jedoch innerhalb der Psychotherapie keineswegs allgemein akzeptiert. Im Selbstverständnis der Psychotherapeuten erstreckt sich ihre professionelle Tätigkeit weit über den durch diese Leitdifferenz begrenzten Bereich hinaus. Die damit zusammenhängende Vielfalt der in der Psychotherapie verwendeten Krankheitsbegriffe wurde umfassend von Pritz und Petzold (1992) zusammengestellt.²³ Es scheint derzeit nicht einmal möglich, Psychotherapie eindeutig von psychosozialer Beratung abzugrenzen. In diesem Sinne bezeichnet Schleiffer (1995) die Psychotherapie treffend „als Ärgnis des Krankenversorgungssystems“. ²⁴ Auch ein anderer „Kandidat“ für einen primären Code ist derzeit nicht auszumachen. Dies ist kein Widerspruch zur Tatsache, dass seit Freud in den verschiedenen psychotherapeutischen Schulen unterschiedliche Leitdifferenzen handlungssteuernd sind. Für die Psychoanalyse ist dies *unbewusst/bewusst*²⁵ („Wo Es war, soll Ich werden“), für die humanistischen Schulen ist das Konzept der *Reifung* zentral. Die strukturelle Familientherapie nach Minuchin orientiert sich an *dysfunktional/funktional*. Für die neuere Systemtherapie gilt die Differenz *Problem(system)/kein Problem(system)*. Historisch war die von Psychotherapieforschern beschriebene Unterscheidung *YAVIS/nicht-YAVIS* (young, attractive, verbal, intelligent, social) ein implizites Kriterium. Für die Mehrzahl der Schulen dürfte weiters als binäre Codierung *nicht autonom/autonom* in Frage kommen. Eine schulenübergreifende Theorie der Psychotherapie, die in Zukunft sowohl für die Reflexion der Praxis als auch für die Herausbildung einer einheitlichen Leitdifferenz bedeutsam ist, ist erst in Umrissen zu erkennen. Die Pionierarbeit auf diesem Gebiet ist das von J.D. Frank (1961) verfasste Buch „Persuasion and Healing“. ²⁶

Die Analyse traditioneller Nachbardisziplinen der Psychotherapie zeigt, dass eine mehr oder minder enge Verwandtschaft zu verschiedenen Teilsystemen besteht. Traditionell - und dem folgt auch die Diskussion in Österreich - ist die Nähe zur Medizin und deren binären Schematismus sowohl in der psychotherapeutischen Praxis als auch in den gesetzlichen Vorgaben am ausgeprägtesten. Gleichzeitig wird jedoch klar, dass dieser Schematismus Psychotherapie nur unzureichend fasst. Man kann sich nun die Frage vorlegen, ob nicht das System der Psychotherapie über die anschlussfähige Zweitcodierung *psychologisch behandelbar/psychologisch nicht behandelbar* ausreichend abgegrenzt werden kann. Eine Diskussion dieser Fragestellung liegt

23 Exemplarisch dafür ist eine Stellungnahme der psychotherapeutischen Fachvereinigungen Österreichs, in der auf folgende Bereiche hingewiesen wird (§1 Abs 1 PthG):
 - die Behandlung psychosozial und psychosomatisch bedingter Verhaltensstörungen und Leidenszustände, die zugleich krankheitswertig im Sinne des ASVG sind;
 - die Behandlung psychosozial und psychosomatisch bedingter Verhaltensstörungen und Leidenszustände, die nicht krankheitswertig im Sinne des ASVG sind;
 - Maßnahmen zur Förderung der Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten, die sowohl mit einer Krankenbehandlung Hand in Hand gehen, als auch präventiv im Sinne der Gesundheitsvorsorge wirken können.

24 vgl. dazu für die gegenwärtige österreichische Situation Kletter (1995)

25 Luhmann und Fuchs (1989) analysieren diese Unterscheidung aus systemtheoretischer Sicht.

26 Reiter-Theil (1988, 1993) konnte zeigen, dass die in verschiedenen Schulen verwendeten Leitdifferenzen in unterschiedlicher Weise mit den ethischen Grundprinzipien therapeutischen Handelns verknüpft sind. Auf der Ebene der „letzten Werte“ im Sinne von Rokeach (1973) fanden Reiter und Steiner (1976) eine Wertetrias (Liebesfähigkeit, Freiheit, Selbstachtung), die von Psychotherapeuten aller Richtungen als bedeutsam angesehen wird.

außerhalb der Reichweite dieses Beitrages, wäre aber für die Fortsetzung der Diskussion von Interesse.²⁷ Die klinische Psychologie hat den medizinischen Code weitgehend übernommen, es zeigen sich jedoch auch Weiterentwicklungen. Peterson und Peterson (1994) beziehen sich in ihrer Diskussion über die Psychologie als Profession auf Schön (1983) und dessen Kritik am Modell der angewandten Wissenschaft. Mit dem Begriff „Personal-Professional Reflexivity“ beschreiben sie, wie persönliche Angelegenheiten in der Supervision, bei der Analyse der Gegenübertragung etc. auch dazu verwendet werden können, die professionelle Situationen der praktizierenden Psychologen besser zu verstehen. Professionelle Reflexivität bedeutet zweierlei: zum einen ist es die konkrete Hilfe für den Professionellen in seiner Arbeitssituation, zum anderen die Sammlung und Diskussion von Wissen im Rahmen von Vorträgen, Tagungen, Arbeitsgruppen, Publikationen etc. (Peterson und Peterson, 1994, S.15). Die Nähe von Psychotherapie und Pädagogik wurde in der Literatur umfassend thematisiert (Datler, 1996; Schaeffer, 1992; Schleiffer, 1994a, 1994b). Könnte der „Absicht zu erziehen“ als Leitdifferenz der Pädagogik die „Absicht zu therapieren“ in der Psychotherapie entsprechen? Von Interesse für die Beziehung zwischen Psychotherapie und Sozialarbeit ist die Arbeit von Schütze (1992). Der Autor vertritt die These, dass Sozialarbeit „Trendsetter“ einer künftigen Entwicklung anderer Professionen sein könnte und stellt dar, dass die Besonderheiten der Sozialarbeit nicht Defizite einer „zu spät gekommenen oder nicht voll entwickelten Profession (sein), die das Unglück hatte, ein zu diffuses Gesamtfeld bearbeiten zu müssen“, sondern dass Sozialarbeit aufgrund der Komplexität und Vielschichtigkeit ihrer Problembereiche eine besondere Sensibilität bezüglich professioneller Paradoxien entwickelte (op.cit., S.162). Da die traditionellen Professionen, insbesondere die Medizin, an ihre Paradigmen Grenzen stoßen, werden sie zunehmend mit ähnlichen Problemen konfrontiert. Hinzu kommt, dass Wissensexplosion, Technisierung, Veränderung der Organisationsstrukturen, Ressourcenknappheit, Verlust von Definitions- und Kontrollmonopolen etc. dazu führen, dass es nach Auffassung Schütze's (op.cit.) zu Desorientierung und Fragwürdigwerden von Routinen kommt. Die so entstehende Gesamtsituation erzwingt Veränderungen. Verfahren der methodischen Selbstvergewisserung und der supervisorischen Selbstreflexion, wie sie in der Sozialarbeit seit langem etabliert sind, könnten Vorbildfunktion für die - aus der Sicht der Sozialarbeit - „stolzen“ Professionen (Medizin, Psychosomatik) sein.

9. Praxis, Supervision und Forschung als Einheit

Der Hauptteil unseres Beitrages war der *Differenz* zwischen professioneller Praxis und Forschung gewidmet. Das dabei verwendete systemtheoretische Instrumentarium erlaubte es, Unterschiede prägnant darzustellen, die in der psychotherapeutischen Literatur vielfach verwischt werden. Aber auch für unseren Ansatz gilt: Man kann auch anders beobachten²⁸. Im folgenden werden wir die Beobachterperspektive wechseln und die professionelle psychotherapeutische Praxis, Supervision und Forschung als *Einheit* beobachten.

Psychotherapie wäre aus dieser Sicht die Einheit von Praxis und systematischer Reflexion. Beide Reflexionssysteme sind *ungleich*, in ihrer Leistung für die professionelle Praxis jedoch *gleichwertig*. Diese Perspektive ist deshalb von besonderer Bedeutung, weil auch der Gesetzgeber eine enge Beziehung zwischen psy-

²⁷ Die Zweitcodierung behandelbar/unbehandelbar scheint sich in einigen Bereichen der Bio-Medizin zu bewähren

²⁸ Der Wechsel der Beobachterperspektive kann am Beispiel der Beobachtung des „Menschen“ demonstriert werden. In der Systemtheorie wird der Mensch als „psychophysisches Systemarrangement“ gesehen (Fuchs, 1994, S.29). Es ist auch möglich, sich darüber verständigen, „dass der Einzelmensch als Einheit im Raum beobachtet und als Teilnehmer in der Kommunikation, als Person, bezeichnet werden kann“ (Luhmann, 1992a).

chotherapeutischer Praxis und Forschung vorsieht. Damit wird ein intensiver Kontakt zwischen zwei Systemen angeregt, die bislang weitgehend unverbunden nebeneinander existierten.

- *Reflexionssystem I: Supervision*

In allen psychotherapeutischen Richtungen wurde und wird *Supervision* eingesetzt, insofern ist das Verfahren konstitutiver Bestandteil der Profession selbst. Es dient explizit der Reflexion der Arbeit des einzelnen oder einer Gruppe von Psychotherapeuten mit Hilfe eines erfahrenen Therapeuten und leistet damit einen kontinuierlichen und wesentlichen Beitrag für die interne Differenzierung des jeweiligen Therapieansatzes. Supervision als „generalisiertes Reflexionsverfahren“ leistet, was für Professionelle unmittelbar wichtig ist: die fallbezogene Diskussion und Differenzierung lokaler klinischer Theorien und Konzepte²⁹. In dieser Leistung liegt auch die Attraktivität des Modells der Supervision für andere Professionen wie Sozialarbeiter, Pädagogen und Manager. Ferner ist das „Format“ von Supervision dem der Psychotherapie sehr ähnlich. Supervision, Fallseminar und Intervision sind Maßnahmen innerhalb der Psychotherapie, die sich auch als Methoden der Qualitätssicherung³⁰ bewährt haben (Richter, 1994, S.234).

- *Reflexionssystem II: Forschung*

In der historischen Entwicklung der Psychotherapie entstand im System selbst zunehmender Reflexionsbedarf, um die eigenen Operationen und Strukturen zu begreifen (Orlinsky und Russel, 1994; Steiner, 1986). Selbstbeschreibung, als Anfertigung semantischer Artefakte, ermöglicht dem System das Erkennen seiner Autonomie. Die wissenschaftliche Theorienbildung hat jedoch nicht nur theoretische Ziele, sondern auch politisch-praktische Konsequenzen. Psychotherapie ändert sich infolge ihrer systematischen Beschreibung.³¹ Die Selbstreflexion der Profession Psychotherapie mittels Forschung ermöglicht größere Freiheitsgrade, als dies der Fall wäre, wenn sich die Selbstbeschreibungen überwiegend auf Religion, Moral, Medizin, Pädagogik etc. stützen würden.

Der Wechsel der Beobachtungsperspektive von *Differenz* auf *Einheit* regt uns an, über die zukünftige Binnendifferenzierung der Psychotherapie nachzudenken. Ein mögliches Szenario wäre eine Entwicklung, in der die Universitäten eine Schlüsselrolle übernehmen und in der es zur Herausbildung zweier die Entwicklung beeinflussender Gruppierungen kommt (Stichweh, 1994). Das Ergebnis wäre *nicht* die Dominanz der universitären Forscher über die außerhalb der Universitäten tätigen psychotherapeutischen Praktiker, sondern eine *Balance* zwischen einer den akademisch-wissenschaftlichen Werten verpflichtete Gruppierung einerseits und einer praktizierenden Gruppierung andererseits. Letztere würde nur zum Teil an den Universitäten arbeiten, ihren Status aber der Tatsache verdanken, dass sie die Kernrolle der professionellen Tätigkeit im exzellenter Weise praktiziert und ihre in der Praxis gesammelten Erfahrungen in Publikationen niederlegt sowie supervisorisch tätig ist. Diese Struktur findet sich am ausgeprägtesten in der Medizin wo es zur Entwicklung zweier verschiedener Kommunikationssysteme gekommen ist („clinical-“ vs. „research-disciplines“ im Sinne von Thorne, 1973; zitiert nach Stichweh, 1994, S.286). Es gibt gute Gründe für die Annahme, dass

29 Was Supervision leistet ist auch Gegenstand der Psychotherapieforschung (Beutler und Kendall, 1995; Holloway und Neufeldt, 1995)

30 Neben den genannten Verfahren ist ein wichtiges Element zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie eine geeignete Routinedokumentation (Lairaiter, 1994; Grawe und Braun, 1994; Steiner, 1991). Weiters dienen auch die im Kontext der Qualitätssicherung unter der Bezeichnung "Selbstevaluationsprojekte" durchgeführten erweiterten Falldokumentationen, -auswertungen und -diskussionen in "Qualitätszirkeln" der Reflexion der professionellen Arbeit vor allem in Teams (Badelt, 1995).

31 Wir folgen hier der Argumentation Luhmanns (1988)

sich ein vergleichbarer Prozeß auch in der Psychotherapie abspielen könnte. Entwicklungen in diese Richtung werden diskutiert (Peterson und Peterson, 1994, S.24) Damit würden sich stabile Problemlösungen herausbilden und die gegenwärtige Statusunsicherheit und Strukturlosigkeit beendet. Für ein klinisches Arbeitsgebiet ist es unerlässlich, dass das klinische Erfahrungswissen in systematischer Weise auch von jenen Personen reflektiert wird, die selbst psychotherapeutisch arbeiten. Erst die Koppelung des Systems der Praktiker/Forscher (hohe Kompetenz in der professionellen Kernrolle mit der Fähigkeit zur praxisnahen wissenschaftlichen Reflexion) mit jenem System, das sich in einer funktionalen Distanz zur therapeutischen Tätigkeit dem „Erkennen von Regularitäten“ widmet (Luhmann, 1990b, S.694), ermöglicht die Überwindung der gegenwärtigen, teilweise dysfunktionalen Dissoziation. Das Herstellen praxisnaher Theorien für klinisches Handeln wäre dann ebenso hoch angesehen wie das theoretische Modellieren der klinischen Realität. Damit fände das von Freud beschriebene „Junktim von Forschen und Heilen“, das auf der individuellen Ebene kaum mehr durchführbar ist, seine Realisierung auf der institutionellen Ebene.

10. Gesundheit als zukünftige Leitvorstellung?

Abschließend wechseln wir erneut die Beobachterposition und stellen Überlegungen an, wie das Gesundheitssystem als Einheit gesehen werden kann. Gesundheit als Existenzfrage beschäftigt die Menschen seit Jahrtausenden und es fehlte nicht an Versuchen sie positiv zu definieren. Der Vorschlag der WHO stieß jedoch auf anhaltende Kritik³². In letzter Zeit wurden vermehrt Anstrengungen unternommen, zu einer gut begründeten und umfassenden Charakterisierung von Gesundheit zu gelangen (Hellström, 1993). Ein Vorschlag stammt von Galtung (1994), der Gesundheit in den Kontext der *Menschenrechte* stellt und empirisch unter Bezugnahme auf menschliche Grundbedürfnisse rechtfertigt. Becker (1995) legte kürzlich eine Definition *psychischer* Gesundheit vor, die sich auf Forschungsmaterial stützt. Die von Simon (1995) beschriebenen Probleme einer zu engen Gesundheitsdefinition können vermieden werden, wenn man Gesundheit nicht als Gegenteil von Krankheit definiert, sondern im Sinne einer allgemeinen Adaptationsleistung (Pörn, 1993). Die Diskussion um Lebensqualität in der Medizin weist in diese Richtung. In diesem Zusammenhang sollte hervorgehoben werden, dass der Gesetzgeber in Österreich auf einer anderen Differenz von Krankheit und Gesundheit als die traditionelle Medizin aufbaut. In der Psychotherapie wird, dem WHO-Postulat folgend, Gesundheit als bio-psycho-soziales Wohlbefinden definiert: §1 des PthG regelt den Umfang der psychotherapeutischen Berufsausübung, wobei in den Erläuterungen (Kirein, Pritz, Sonneck, 1991, S.119) explizit darauf hingewiesen wird, dass damit eine Beschränkung der Psychotherapie auf den Kernbereich der Krankheitsbehandlung eine unerwünschte Einschränkung darstellen muss. Die in §1 PthG gewählte Formulierung „psychosozial oder auch psychosomatisch bedingte Verhaltensstörungen und Leidenszustände“ zielt auf das bio-psycho-soziokulturelle Paradigma ab, das ein Zusammenwirken der in der Definition genannten Faktoren postuliert, wobei das Zusammenspiel dieser Komponenten psychotherapeutisch entsprechend beeinflusst werden kann. Dies gilt nicht nur bei der Krankenbehandlung, sondern auch in der Gesundheitsvorsorge und -förderung gilt (op.cit., S.120). Dieser Standpunkt hat sowohl in der gesundheitspolitischen Diskussion wie auch innerhalb der Medizin selbst in den letzten Jahren unter dem Konzept der *Gesundheitsförderung*³³ zunehmend an Bedeutung gewonnen. Der Diskurs könnte ein Indikator dafür sein, dass es zur Ausbildung ei-

32 Nach dem Postulat der WHO ist Gesundheit ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen

33 vgl. dazu die Arbeiten von Pelikan, Demmer und Hurrelmann (1993) und Piribauer (1995)

nes übergeordneten Funktionssystems kommt, dessen anschlussfähige Code-Seite *Abwesenheit von Gesundheit, von Wohlbefinden oder Lebensqualität* sein könnte. Auf diese Weise könnten auch jene Komponenten psychotherapeutischer Schulen, die als implizite Glückslehren³⁴ bezeichnet werden können, Eingang finden. Die gegenwärtigen Leitdifferenzen psychotherapeutischer Schulen (unbewusst/bewusst, nicht autonom/autonom etc.) würden dann den Stellenwert von Zweitcodierungen erhalten. Medizin und Psychotherapie könnte neben anderen Berufsgruppen bzw. Disziplinen als eigenständige Subsysteme, die auf jeweils spezifischen Zweitcodierungen von „Gesundheit“ aufbauen, eine *Einheit* bilden. Beobachtet man aus dieser Perspektive, so folgt die eingangs beschriebene Ungleichheit, aber Gleichrangigkeit als Kennzeichen moderner Gesellschaften auch für Systeme in diesem Bereich. Dieser Sachverhalt erfordert ein neues Verständnis von Professionalität, das Abschied von der Dominanz des ärztlichen Experten nimmt (Freidson, 1970a). Der Kontext dieser Entwicklung ist die Evolution der Funktionssysteme in der Moderne, die sich von einer starken zu einer schwachen Asymmetrie hin entwickelt. Die Einheit der Ordnung beruht dann „deutlicher als je zuvor auf *Bistabilität*, auf zweiseitigen Anknüpfungsmöglichkeiten und damit auf einer offenen Zukunft.“ (Luhmann, 1988, S.61) Damit wird die Möglichkeit des Wechsels wichtiger als die Festlegung von Zuständen. Für die Medizin bedeutet dies, dass für ärztliches Handeln in der Zukunft nicht nur Krankheit anschlussfähig sein könnte, sondern auch Gesundheit. Gegenüber dem von Pörn (1993) und anderen Autoren vorgeschlagenen Konzept wäre dies eine andere Möglichkeit der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens.

11. Schluss

Psychotherapie ist keine neue Wissenschaft vom Menschen, sondern wie die Medizin eine Profession, in deren Umwelt Wissenschaft eine immer größere Bedeutung erlangt. Die systematische Reflexion psychotherapeutischer Erkenntnisse fand Eingang in die Wissenschaften vom Menschen und hatte weitreichende Auswirkungen auf seine Selbstdeutung. Psychotherapieforschung stellt eines der beiden für die Praxis wichtigen Reflexionssysteme dar. Die gegenwärtigen Auseinandersetzungen um die Rolle der Forschung für das professionelle Handeln kann als Zwischenstadium in der Herausbildung stabiler und funktionaler Strukturen angesehen werden. Es erschien uns wichtig, nacheinander drei Beobachterpositionen einzunehmen: Während wir zunächst die Differenz zwischen Profession und Wissenschaft unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes beschrieben, beobachteten wir anschließend therapeutische Praxis, Supervision und Forschung als Einheit. Ein nochmaliger Wechsel der Perspektive betonte schließlich die mögliche Einheit des Gesundheitssystems. Diese Veränderung unseres Standpunktes erfolgte mit Bedacht, um einen systematischen Beitrag zur Fortsetzung der Diskussion zu leisten. Die Entwicklungsdynamik der Psychotherapie beschleunigte sich in den letzten Jahren durch die Gesetzgebung und anderer Faktoren in einer vorher nicht für möglich gehaltenen Weise. In diesem Stadium sind Spannungen und Unsicherheit unvermeidlich. Unser Beitrag ist in erster Linie analytischer Natur, verzichtet aber nicht auf die Einbeziehung empirischer Erkenntnisse. Mittels der neueren Systemtheorie konnten Unterscheidungen zur Darstellung gebracht werden, die anders nicht zu gewinnen sind.

34 Prof. Walter Spiel - mündliche Mitteilung

Literatur:

Ahlers C, Gam E (1989) Systemtherapie: Das Land mit den vielen Möglichkeiten oder : Ein Land ohne Zukunft? Zeitschrift für Systemische Therapie 7:33-40

Alexander JC (1993) Soziale Differenzierung und kultureller Wandel. Campus, Frankfurt/Main

Alisch LM (1990) Einleitung: Professionalisierung und Professionswissen. In: Alisch LM, Baumert J, Beck K (Hrsg) Professionswissen und Professionalisierung. Braunschweiger Studien zur Erziehungs- und Sozialarbeitswissenschaft, Braunschweig, S.9-76

Alisch LM, Baumert J, Beck K (1990) (Hrsg) Professionswissen und Professionalisierung. Braunschweiger Studien zur Erziehungs- und Sozialarbeitswissenschaft, Braunschweig

Andersen T (1987) The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. Family Process 10:176-189

Aries P (1975) Geschichte der Kindheit. Hanser, München

Badelt C (1995) (Hrsg) Qualitätssicherung in den Sozialen Diensten. Wissenschaftliche Landesakademie für Niederösterreich, Krems

Baecker D (1987) Was leistet die Kommunikation in der Medizin? Ein Thesenpapier. Vortrag auf der Tagung „Systemwissenschaft und Medizin“ in Bad Homburg

Baecker D (1994) Soziale Hilfe als Funktionssystem der Gesellschaft. Zeitschrift für Soziologie 23: 93-110

Becker P (1995) Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle. Hogrefe, Göttingen

Bench RJ (1989) Health science, natural science, and clinical knowledge. The Journal of Medicine and Philosophy 14:147-164

Bergin AE, Garfield SL (1994) Handbook of psychotherapy and behavior change. 4.ed., Wiley, New York

Beutler , Kendall (1995) Introduction to the Special Section: The Case for Training in the Provision of Psychological Therapy. Journal of consulting and Clinical Psychology 63:179-181

Buchholz MB (1990) Die unbewusste Familie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York

Buchholz MB (1993) (Hrsg) Metaphernanalyse. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Buchholz MB (1994) Die Rolle der Metapher in der Konstruktion einer psychotischen Biographie. In: Buchholz MB, Streek U (Hrsg) Heilen, Forschen, Interaktion. Psychotherapie und qualitative Sozialforschung. Westdeutscher Verlag, Opladen, S.291-325

Buchholz MB (1996a) Metapher der „Kur“. Studien zum therapeutischen Prozeß. Westdeutscher Verlag, Opladen

Buchholz MB (1996b) Psychoanalytische Professionalität. Andere Anmerkungen zu Grawes Herausforderung. Manuskript (zur Veröffentlichung eingereicht)

- Buchholz MB, Reiter L (1996) Auf dem Weg zu einem empirischen Vergleich epistemischer Kulturen in der Psychotherapie. In: Bruns G (Hrsg) Soziologische Ansichten der Psychoanalyse. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Buchholz MB, Streek U (1994) (Hrsg) Heilen, Forschen, Interaktion. Psychotherapie und qualitative Sozialforschung. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Carr-Saunders AM (1928) Professions: Their Organization and Place in Society. The Clarendon Press, Oxford
- Carr-Saunders AM, Wilson PA (1933) The Professions. The Clarendon Press, Oxford
- Clark TN (1974) Die Stadien wissenschaftlicher Institutionalisierung. In: Weingart P (Hrsg) Wissenschaftssoziologie 2. Determinanten wissenschaftlicher Entwicklung. Fischer Atheneum, Frankfurt/Main, S.105-121
- Clarke GN (1995) Improving the Transition From Basic Efficacy Reserch to Effectivness Studies: Methodological Issues and Procedures. Journal of Consulting and Clinical Psychology 63: 718-725
- Cramer P (1991) The Development of Defense Mechanisms. Theory, Research, and Assessment. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Datler W (1995) Bilden und Heilen. Auf dem Weg zu einer pädagogischen Theorie psychoanalytischer Praxis. Zugleich ein Beitrag zur Diskussion um das Verhältnis zwischen Psychotherapie und Pädagogik. Mathias Grünewald Verlag, Mainz
- Datler W, Feldt U (1996) Psychotherapie - eine eigenständige Disziplin? In: Pritz A (Hrsg) Psychotherapie - eine neue Wissenschaft vom Menschen. Springer, Wien, S.45-73
- Davison GC, Lazarus AA (1994) Clinical Innovation and Evaluation: Integrating Practice with Inquiry. Clinical Psychology: Science and Practice 1:157-168
- Dewe B, Ferchhoff W, Radtke FO (1990) Die opake Wissensbasis pädagogischen Handelns - Einsichten aus der Verschränkung von Wissensverwendungsforschung und Professionalisierungstheorie. In: Alich LM, Baumert J, Beck K (1990) (Hrsg) Professionswissen und Professionalisierung. Braunschweiger Studien zur Erziehungs- und Sozialarbeitswissenschaft, Braunschweig, S.291-320
- Dewe B, Ferchhoff W, Radtke (1992a) Auf dem Weg zu einer aufgabenzentrierten Professionstheorie pädagogischen Handelns. In: Dewe B, Ferchhoff W, Radtke FO (Hrsg) Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Leske und Budrich, Opladen, S.7-20
- Dewe B, Ferchhoff W, Radtke FO (1992b) Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Leske und Budrich, Opladen
- Filz A (1996) Psychiatrie und Psychotherapie. In: Pritz A (Hrsg) Psychotherapie - eine neue Wissenschaft vom Menschen. Springer, Wien, S.249-262
- Frank JD (1961) Persuasion and Healing. A Comparative Study of Psychotherapy. John Hopkins Press, Baltimore. Deutsch: Die Heiler. Klett-Cotta, Stuttgart (o.J.)
- Freidson E (1970a) Profession of Medicine. A Study in the Sociology of Applied Knowledge. Harper and Row, New York

- Freidson E (1970b) *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. Atherton Press, New York
Deutsch: *Dominanz der Experten. Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung*. Urban & Schwarzenberg, München, Berlin, Wien (1975)
- Freidson E (1987) *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. University of Chicago Press, Chicago
- Freidson E (1994) *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy*. University of Chicago Press, Chicago
- Fried Y, Agassi J (1983) *Psychiatry as Medicine*. Martinus Nijhoff, The Hague
- Fuchs P (1994) *Der Mensch - das Medium der Gesellschaft?* In: Fuchs P, Göbel A (Hrsg) *Der Mensch - das Medium der Gesellschaft?* Suhrkamp, Frankfurt/Main, S.15-39
- Galtung J (1994) *Menschenrechte - anders gesehen*. Suhrkamp, Frankfurt/Main
- Gäßler B (1994) *Psychotherapeuten als Experten*. Roderer, Regensburg
- Gitzinger-Albrecht I (1995) *Therapeutisches Handeln zwischen Traum und Wirklichkeit*. *Psychotherapeut* 40:381-383
- Grawe K, Braun U (1994) *Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis*. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 23:242-267
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe, Göttingen
- Greenberg L (1994) *The Investigation of Change. Its Measurement and Explanation*. In: Russel RL (Hrsg) *Reassessing Psychotherapy Research*. Guilford, New York, S.114-143
- Hafferty FW, Light DW (1995) *Professional dynamics and the changing nature of medical work*. *Journal of Health and Social Behavior, Extra Issue*:132-153
- Halmos (1972) *Beichtväter des 20. Jahrhunderts*. Theologischer Verlag, Zürich
- Hartmann H, Hartmann M (1982) *Vom Elend der Experten: Zwischen Akademisierung und Deprofessionalisierung*. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 34:193-223
- Hellström O (1993) *The importance of a holistic concept of health for health care. Examples from the clinic*. *Theoretical Medicine* 14:325-342
- Henggeler SW, Schoenwald SK, Pickrel SG (1995) *Multisystemic Therapy: Bridging the Gap Between University- and Community-Based Treatment*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63: 709-717
- Heyse JCA (1910) *Fremdwörterbuch*. 19.Aufl., Hahnsche Buchhandlung, Hannover
- Hill CE (1994) *From an Experimental to an Exploratory Naturalistic Approach to Studying Psychotherapy Process*. In: Russel RL (Hrsg) *Reassessing Psychotherapy Research*. Guilford, New York, S.144-165
- Holloway EL, Neufeldt SA (1995) *Supervision: Ist Contribution to Treatment Efficacy*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63:207-213

- Howard KI, Lueger R, Schank D (1992) The Psychotherapeutic Delivery System. *Psychotherapy Research* 2:164-180
- Hunter KM (1989) A science of individuals: Medicine and casuistry. *The Journal of Medicine and Philosophy* 14:193-212
- Jaeggi E (1994) Die problematische Beziehung zwischen Psychotherapeuten und Psychotherapieforschung. In: Buchholz MB, Streek U (1994) (Hrsg) Heilen, Forschen, Interaktion. Psychotherapie und qualitative Sozialforschung. Westdeutscher Verlag, Opladen, S.107-120
- Jandl-Jager E, Presslich-Titscher E, Springer-Kremser M, Maritsch F (in Vorbereitung) Heilen und Forschen. Zum Stand der wissenschaftlichen Psychotherapie in Österreich.
- Kanfer FH (1990) The scientist-practitioner connection: A bridge in need of constant attention. *Professional Psychology: Research and Practice* 21:264-270
- Karlsson H, Kamppinen M (1995) Biological Psychiatry and Reductionism. *British Journal of Psychiatry* 167:434-438
- Kierein M, Pritz A, Sonneck G (1991) Psychologen-Gesetz, Psychotherapie-Gesetz. Kurzkomentar. Orac, Wien
- Kletter M (1995) Psychotherapie und Verfahren in Leistungssachen. *Soziale Sicherheit* 1995 (1):25-31
- Klüwer J (1988) Die Konstruktion der sozialen Realität Wissenschaft: Alltag und System. Vieweg, Braunschweig
- Knorr-Cetina K (1984) Die Fabrikation von Erkenntnis. Zur Anthropologie der Naturwissenschaft. Suhrkamp, Frankfurt/Main
- Koehn D (1994) The ground of professional ethics. Routledge, London
- Krohn W, Küppers G (1989) Die Selbstorganisation der Wissenschaft. Suhrkamp, Frankfurt/Main
- Lairaiter AR (1994) Dokumentation psychotherapeutischer Fallverläufe. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 23:236-241
- Langthaler W, Schiepek G (1995) (Hrsg) Selbstorganisation und Dynamik in Gruppen. Lit-Verlag, Münster
- Levold T (1997) Problemsystem und Problembesitz: Reflektionen über die Wechselwirkung zwischen dem Diskurs der sexuellen Gewalt und der institutionellen Praxis des Kinderschutzes Teil I u. II. *System Familie* 10: 21-30 u. 64-74
- Loth W (1990) „Therapie“ und „Evaluation“ - nützlich, schön, respektvoll? *Zeitschrift für systemische Therapie* 8:41-48
- Luckmann T, Sprondel WM (1972) Berufssoziologie. Kiepenheuer & Witsch, Köln
- Ludewig K (1988a) Nutzen, Schönheit, Respekt - Drei Grundlagen für die Evaluation von Therapie. *System Familie* 1:103-114
- Ludewig K (1988b) Welches Wissen soll Wissen sein? *Zeitschrift für systemische Therapie* 6:122-127
- Luhmann N (1983) Medizin und Gesellschaftstheorie. *Medizin, Mensch, Gesellschaft* 8:168-175

- Luhmann N (1984) Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Suhrkamp, Frankfurt
- Luhmann N (1988) Frauen, Männer und George Spencer Brown. Kölner Zeitschrift für Soziologie 17:47-71
- Luhmann N, Fuchs P (1989) Reden und Schweigen. Suhrkamp, Frankfurt/Main
- Luhmann N (1990a) Der medizinische Code. In: Luhmann N. Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven. Westdeutscher Verlag, Opladen, S. 183-195
- Luhmann N (1990b) Die Wissenschaft der Gesellschaft. Suhrkamp, Frankfurt/Main
- Luhmann N (1991) Das Kind als Medium der Erziehung. Zeitschrift für Pädagogik 37:19-40
- Luhmann N (1992a) Stellungnahme. In: Krawietz W, Welker M (Hrsg) Kritik der Theorie sozialer Systeme. Auseinandersetzungen mit Luhmanns Hauptwerk. Suhrkamp, Frankfurt/Main, S371-386
- Luhmann N (1992b) System und Absicht der Erziehung. In: Luhmann N, Schorr KE (Hrsg) Zwischen Absicht und Person. Suhrkamp, Frankfurt, S.102-124
- Luhmann N (1995) Die Kunst der Gesellschaft. Suhrkamp, Frankfurt/Main
- Luhmann N, Fuchs P (1989) Reden und Schweigen. Suhrkamp, Frankfurt/Main
- Luhmann N, Schorr KE (1992) (Hrsg) Zwischen Absicht und Person. Fragen an die Pädagogik. Suhrkamp, Frankfurt/Main
- Macdonald KM (1995) The Sociology of the Professions. Sage, Newbury Park
- Mahony PJ (1993) Freud's cases: Are they valuable today? International Journal of Psycho-Analysis 74:1027-1033
- Malterud K (1995) The legitimacy of clinical knowledge: Towards a medical epistemology embracing the art of medicine. Theoretical Medicine 16:183-198
- Mandl H, Gruber H, Denkl A (1993) Kontextualisierung von Expertise. In: Mandl H, Dreher M, Kornadt HJ (Hrsg) Entwicklung und Denken im kulturellen Kontext. Hogrefe, Göttingen, S.203-227
- Manteufel A, Schiepek G (1995) Das Problem der Nutzung moderner Systemtheorien in der klinischen Praxis. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 43:325-347
- Mauil N (1981) The practical science of medicine. The Journal of Medicine and Philosophy 6:165-182
- Mayntz R (1988) Funktionelle Teilsysteme in der Theorie sozialer Differenzierung. In: Mayntz R, Rosewitz B, Schimank U, Stichweh R (1988) Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Campus, Frankfurt/Main, S.11-44
- Mayntz R (1995) Zum Status der Theorie sozialer Differenzierung als Theorie sozialen Wandels. In: Müller HP, Schmid M (Hrsg) Sozialer Wandel, Suhrkamp, Frankfurt/Main, S.139-150
- Mayntz R, Rosewitz B (1988a) Ausdifferenzierung und Strukturwandel des Deutschen Gesundheitssystems. In: Mayntz R, Rosewitz B, Schimank U, Stichweh R (1988) Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Campus, Frankfurt/Main, S.118-179

Mayntz R, Rosewitz B, Schimank U, Stichweh R (1988b) Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Campus, Frankfurt/Main

Mooij A (1995) Towards an anthropological psychiatry. *Theoretical Medicine* 14:295-303

Munson R (1981) Why medicine cannot be a science. *The Journal of Medicine and Philosophy* 6:183-208

Müller KE (1987) Das magische Universum der Identität. Campus, Frankfurt/Main

Münch R (1995) Dynamik der Kommunikationsgesellschaft. Suhrkamp, Frankfurt/Main

Nitzschke B (1994) Die besondere Wissensform der Psychoanalyse: Wissenschaftshistorische Anmerkungen zum Junktim zwischen Heilen und Forschen in der Freudschen Psychoanalyse. In: Buchholz MB, Streek U (1994) (Hrsg) Heilen, Forschen, Interaktion. Psychotherapie und qualitative Sozialforschung. Westdeutscher Verlag, Opladen, S.13-37

North M (1974) Mythos und Wirklichkeit der Psychotherapie. Urban & Schwarzenberg, München, Berlin, Wien

Orlinsky DE, Russel RL (1994) Tradition and change in psychotherapy research. In: Russel RL (Hrsg) Reassessing Psychotherapy Research. Guilford, New York, S.185-214

Ortony A (1979) (ed) Metaphor and Thought.. Cambridge University Press, Cambridge

Parry N, Parry J (1976) The Rise of the Medical Profession. Croom Helm, London

Pelikan J, Demmer H, Hurrelmann K (1993) (Hrsg) Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Juventa, Weinheim

Peterson DR, Peterson RL (1994) Ways of Knowing a Profession: Toward an Epistemology for the Education of Professional Psychologists. Manuskript

Piribauer F (1995) Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten. *Psychotherapie Forum* 3:186-196

Polany M (1985) Implizites Wissen. Suhrkamp, Frankfurt/Main

Pörn I (1993) Health and Adaptedness. *Theoretical Medicine* 14:295-303

Price, Derek J de Solla (1974) Little science, Big science. Suhrkamp, Frankfurt/Main

Pritz A, Petzold H (1992) Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Junfermann, Paderborn

Reines BP (1991) On the locus of medical discovery. *The Journal of Medicine and Philosophy* 16:183-209

Reiter L (1978) Werte, Ziele und Entscheidungen in der Psychotherapie. In: Strotzka H (Hrsg) Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. Urban & Schwarzenberg, München, S.87-112

Reiter L (1991) Wissenschaft als System. Über Reputation in der deutschsprachigen Familientherapie und systemischen Therapie. *Systeme* 5:117-131

Reiter L (1994) Wissenschaft als praxisbezogener Selektionsprozeß. *Zeitschrift für systemische Therapie* 12:13-21

- Reiter L (1995a) Das Konzept der „Klinischen Nützlichkeit“. Theoretische Grundlagen und Praxisbezug. *Zeitschrift für systemische Therapie* 13:193-211
- Reiter L (1995b) Klaus Grawe und/oder Sigmund Freud? *Psychotherapie Forum* 3:215-221
- Reiter L, Steiner E (1976) Allgemeine Wert- und Zielvorstellungen von Psychotherapeuten und Beratern. *Praxis der Psychotherapie* 21:80-91
- Reiter L, Steiner E (1994) Klinische Synergetik und Selbstorganisation: Ein wissenschaftliches Feld fomiert sich. *Systeme* 8 (1):52-66
- Reiter-Theil S (1988) *Autonomie und Gerechtigkeit. Das Beispiel der Familientherapie für eine therapeutische Ethik.* Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Reiter-Theil S (1991) Arbeit am Brückenbau: Die Kluft zwischen Forschung und Praxis in der Familientherapie. *System Familie* 4:62-71
- Reiter-Theil S (1993) Wertefreiheit, Abstinenz und Neutralität? Normative Aspekte der Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. In: Eckensberger LH, Gähde U (Hrsg) *Ethische Norm und empirische Hypothese.* Suhrkamp, Frankfurt/Main, S.302-327
- Richter R (1994) Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 23:233-235
- Ridderikhoff J (1993) Problem-solving in general practice. *Theoretical Medicine* 14:343-363
- Rokeach M (1973) *The Nature of Human Values.* The Free Press, New York
- Rosewitz B, Schimank U (1988) Verselbstständigung und politische Steuerbarkeit gesellschaftlicher Teilsysteme. In: Mayntz R, Rosewitz B, Schimank U, Stichweh R (1988) *Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme.* Campus, Frankfurt/Main, S.295-329
- Rudolf G (1991) Die Beziehung zwischen Psychotherapieforschung und psychotherapeutischer Praxis. In: Buchheim P, Czierpka M, Seifert T (Hrsg) *Psychotherapie im Wandel. Lindauer Texte zur Fort- und Weiterbildung.* Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S.
- Ruesch J (1975) *Knowledge in Action. Communication, Social Operations, and Management.* Jason Aronson, New York
- Schaeffer D (1988) Intimität als Beruf. Biographische Interviews mit Psychotherapeuten. In: Brose HG, Hildenbrand B (Hrsg) *Vom Ende des Individuums zu Individualität ohne Ende.* Leske und Budrich, Opladen, S.161-178
- Schaeffer D (1990) Psychotherapie zwischen Mythologisierung und Entzauberung. *Therapeutisches Handeln im Anfangsstadium der Professionalisierung.* Westdeutscher Verlag, Opladen
- Schaeffer D (1992) Tightrope Walking. Handeln zwischen Pädagogik und Therapie. In: Dewe B, Ferchhoff W, Radtke FO (Hrsg) *Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern.* Leske und Budrich, Opladen, S.200-229
- Schaffner KF (1980) Theory structure in the biomedical sciences. *The Journal of Medicine and Philosophy* 5:57-97
- Schiepek G (1996a) Ausbildungsziel: Systemkompetenz. Klinische Professionalität auf der Grundlage moderner Systemwissenschaft unter Berücksichtigung des Konzeptes der Allgemeinen Psychotherapie. In Rei-

ter L, Brunner EJ, Reiter-Theil S (Hrsg) Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive. 2.überarb.Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg, New York

Schiepek G (1996b) Psychotherapie als Wissenschaft? In: Pritz A (Hrsg) Psychotherapie - eine neue Wissenschaft vom Menschen. Springer, Wien, S.205-218

Schleiffer R (1994a) Zur Unterscheidung von Erziehung und (Psycho)Therapie. Manuskript

Schleiffer R (1994b) Zur Unterscheidung von Erziehung und Therapie bei dissozialen Kindern und Jugendlichen. Heilpädagogische Forschung 20:2-8

Schleiffer R (1995) Zur Unterscheidung von (Sonder)erziehung und (Psycho)therapie. Antrittsvorlesung an der Universität Köln, Manuskript

Schön DA (1983) The Reflecting Practitioner. How Professionals Think in Action. Basic Books, New York

Schüleln JA (1995) Psychoanalyse als Institution. Vortrag im Rahmen des Symposions „Psychoanalyse im Kontext - soziologische Erkundungen“, 4.3.1995, Bremen

Schütze F (1992) Sozialarbeit als „bescheidene“ Profession. In: Dewe B, Ferchhoff W, Radtke FO (Hrsg) Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Leske und Budrich, Opladen, S.133-170

Schwendenwein W (1990) Profession, Professionalisierung, professionelles Handeln. In: Alisch LM, Baumert J, Beck K (1990) (Hrsg) Professionswissen und Professionalisierung. Braunschweiger Studien zur Erziehungs- und Sozialarbeitswissenschaft, Braunschweig, S.359-381

Shapiro F (1995) Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Principles, Protocols, and Procedures. The Guilford Press, New York

Simon FB (1995) Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapie-theorie. Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg

Sluneko T (1996) Psychotherapie als Wissenschaft in Abgrenzung von der Psychologie. In: Pritz A (Hrsg) Psychotherapie - eine neue Wissenschaft vom Menschen. Springer, Wien, S.293-321

Smith PM (1984) An Exploration of Shared Knowledge about Procedures Used in Fault Diagnosis Tasks. In: Trappl R (ed) Cybernetics and Systems Research 2, Elsevier North Holland: New York, S.697-702

Sonneck G (1990) (Hrsg) Das Berufsbild des Psychotherapeuten. Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Facultas, Wien

Spiro RJ, Vispoel WL, Schmitz JG, Samarapungavan A, Boerger AE (1987) Knowledge acquisition for application: Cognitive flexibility and transfer in complex context domains. In: Britton BK, Glynn SM (eds) Executive control processes in reading. Lawrence Erlbaum, Hillside NJ, S.177-199

Stehr N (1994) Arbeit, Eigentum und Wissen. Zur Theorie von Wissensgesellschaften. Suhrkamp, Frankfurt/Main

Steiner E (1986) Problemorientierte Forschung am Institut für Ehe- und Familientherapie. In: Reiter L (Hrsg) Theorie und Praxis der systemischen Familientherapie. Facultas, Wien, S.147-153

Steiner E (1991) Zur praktischen Evaluation systemischer Therapie. In: Reiter L, Ahlers C (Hrsg) Systemisches Denken und therapeutischer Prozeß. Springer, Berlin Heidelberg New York, S.243-262

Steiner E, Reiter L (1988) Der Beitrag der Theorie selbstreferentieller Systeme zur Präzisierung von Forschungsfragen in der systemischen Therapie. *System Familie* 1:115-123

Stichweh R (1987) Die Autopoiesis der Wissenschaft. In: Baecker D, Markowitz J, Tyrell H, Willke H (Hrsg) *Theorie als Passion*. Suhrkamp, Frankfurt/Main, S.447-481

Stichweh R (1988) Differenzierung des Wissenschaftssystems. In: Mayntz R, Rosewitz B, Schimank U, Stichweh R (1988) *Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme*. Campus, Frankfurt/Main, S.45-115

Stichweh R (1992) Professionalisierung, Ausdifferenzierung von Funktionswissen, Inklusion. In: Dewe B, Ferchhoff W, Radtke FO (1992) *Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern*. Leske und Budrich, Opladen, S.36-48

Stichweh R (1994) *Wissenschaft, Universität, Profession*. Suhrkamp, Frankfurt/Main

Stuhr U, Deneke FW (1993) (Hrsg) *Die Fallgeschichte. Beiträge zu ihrer Bedeutung als Forschungsinstrument*. Asanger, Heidelberg

Sulmasy DP (1993) What's so special about medicine? *Theoretical Medicine* 14:27-42

Toellner R (1993) zitiert nach Wiesing U (1994) S.282

Tyrell H (1978) Anfragen an die Theorie der gesellschaftlichen Differenzierung. *Zeitschrift für Soziologie* 7:175-193

Wagner E (1996) Psychotherapie als Wissenschaft in Abgrenzung von der Medizin. In: Pritz A (Hrsg) *Psychotherapie - eine neue Wissenschaft vom Menschen*. Springer, Wien, S.219-247

Weizenbaum J (1978) *Die Macht der Computer und die Ohnmacht der Vernunft*. Suhrkamp, Frankfurt

Weisz JR, Donenberg GR, Han SS, Weiss B (1995) Bridging the Gap Between Laboratory and Clinic in Child and Adolescent Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63: 688-701

Willke H (1989) *Systemtheorie entwickelter Gesellschaften*. Juventa, Weinheim

Welter-Enderlin R (1992) Die Kluft von Forschung und Praxis in der Familientherapie. Ergebnisse einer Befragung von Praktikerinnen und Praktikern. *Kontext* 21/22: 37-52

Wiesing U (1994) Style and responsibility: Medicine in postmodernity. *Theoretical Medicine* 15: 277-290

Winograd T, Flores F (1986) *Understanding Computers and Cognition*. Ablex Publishing: Norwood, N.J.

Wolf M (1995) Psychoanalytische Organisationsentwicklung und klinische Soziologie. Vortrag im Rahmen des Symposiums „Psychoanalyse im Kontext - soziologische Erkundungen“, 4.3.1995, Bremen

Wirsching M (1991) Ergebnisprotokoll des zweiten Entwicklungskolloquiums „Weiterbildung als Brücke zwischen Forschung und Praxis“ (Freiburg, 21.-23.6.1991). *System Familie* 4:245-248