



# »Es sind viele Empfindlichkeiten im Spiel«

Foto: Mart Production – pexels.com

*In dieser Ausgabe setzen wir die Reihe von Interviews zum Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung von Prof. Dr. Ingo Jungclaussen, Dipl.-Psych. Lars Hauten und Prof. Dr. Melanie Jonas fort. Zu Wort kommt diesmal Prof. Dr. med. Henning Schauenburg, u. a. Co-Leiter des Heidelberger Instituts für Psychotherapie.*

*Der BDP sieht mit Blick auf das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung und die verabschiedete Approbationsordnung weiterhin Optimierungsbedarf. So birgt u. a. die Ausgestaltung der Studiengänge viel Spielraum. Dies lässt offen, inwieweit künftig ausreichend psychologisches Grundlagenwissen vermittelt wird, um auch für psychologische Tätigkeiten zu qualifizieren, die jenseits der Behandlung von psychischen Erkrankungen angesiedelt sind.*

*Mit der Reihe möchten wir einen Beitrag zur Diskussion über die weitere Entwicklung des Faches »Psychologie« und die Auswirkungen der Reform der Psychotherapieausbildung leisten. So skizzieren verschiedene Personen ihre jeweils ganz persönliche Sicht auf die Reform und die damit verbundenen Chancen und Risiken.*

**Professor Schauenburg, als Nervenarzt und Arzt für psychosomatische Medizin sind Sie seit vielen Jahren mit der Aus- und Weiterbildung von ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten befasst – seit einigen Jahren im Rahmen des an die Universitätsklinik angegliederten Heidelberger Instituts für Psychotherapie. Sie haben also die medizinische und die psychologische Perspektive im Blick. Wie haben Sie dieses Spannungsverhältnis erlebt?**

Da ich mich von Beginn meiner Tätigkeit in der Psychiatrie an als ärztlicher Psychotherapeut verstanden habe und akademisch eine Identität als Psychotherapieforscher habe, konnte ich stets eine natürliche Zusammenarbeit mit Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten pflegen. Ich habe so viel gelernt, z. B. was methodische Grundlagen und psychologische Theorien angeht, und konnte umgekehrt meinen ärztlichen Erfahrungshintergrund einbringen. Die enge Zusammenarbeit mit psychologischen Kolleginnen und Kollegen ist mir bis heute eine Freude. Unterschiedliche Rollendefinitionen und auch Statusunterschiede sind dabei natürlich immer ein Aspekt gewesen, der aber die alltägliche und freundschaftliche Zusammenarbeit selten behindert hat.

**Wie könnte sich die Medizin in das neue Approbationsstudium und die anschließende Weiterbildung einbringen?**

Insbesondere in den psychosozialen Fächern der Medizin gibt es seit Jahrzehnten eine gute und enge Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen. Die Rolle der psycho-

logischen Psychotherapie in der Medizin ist durch die Ausweitung psychosozialer Begleitung bei vielen Krankheitsbildern in den vergangenen Jahren stetig gewachsen. Insofern betrachtet die Medizin die Entwicklungen im Bereich der Psychotherapieausbildung mit Aufmerksamkeit. Hier geht es allerdings meines Erachtens nicht um ein »Einbringen«, sondern um die komplizierte Etablierung einer institutionellen Verschränkung zur Verbesserung der Versorgung. Vordergründig sind die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken ein wesentlicher Ort, in dem praktische Psychotherapie stattfindet. Insofern sind für den stationären praktischen Teil des Master-Studiums Kooperationen mit solchen Kliniken unumgänglich.

**Viele sehen die Psychologie als »Mutterwissenschaft« der Psychotherapie. Das reformierte Gesetz sieht eine »Integration weiterer Bezugswissenschaften in das Studium« vor, um eine »verfahrenbreite und altersspannenübergreifende psychotherapeutische Qualifikation« zu ermöglichen. Wie könnte aus Ihrer Sicht eine Integration der Medizin in Psychotherapiestudium und -weiterbildung aussehen?**

Mutterwissenschaft ist historisch ja eher die Medizin mit der Psychiatrie und seit über 100 Jahren der Psychoanalyse. Ungeachtet dessen denke ich natürlich, dass die wichtige medizinische Seite der Psychotherapie – sei es im Rahmen der Bewältigung schwerer körperlicher Erkrankungen, sei es durch die Vielfalt körperlicher Ausdrucksformen seelischen Leidens – im Studium abgebildet sein muss. Wie das – zusammen mit der Frage der Praxisfelder – gestaltet

werden kann, wird man sehen. Es ist ja bekannt, dass die Auseinandersetzungen, die gerade bezüglich dieser Integration bzw. der Zusammenarbeit zwischen psychologischen Instituten und medizinischen Fakultäten stattfinden, nicht einfach sind. Es sind viele Empfindlichkeiten im Spiel, und so können wir uns nur eine Auseinandersetzung mit gut ausbalancierten Interessen wünschen.

### **Wie können Interdisziplinarität und Verfahrenspluralismus aus Ihrer Sicht gelingen?**

Verfahrensbreite ist für mich als ausgebildeten Psychoanalytiker, der im medizinischen Alltag mit Verhaltenstherapeutinnen und -therapeuten kooperiert, selbstverständlich. Bei allem Wissen um die historischen Hintergründe beobachte ich die verhaltenstherapeutische Monokultur an den psychologischen Instituten mit großem Unwohlsein. Mein Eindruck ist allerdings, dass sich dies gerade auf zwei Ebenen ändert: Es gibt kluge, junge psychodynamisch Forschende, die sich auf teils verschlungenen Wegen wissenschaftlich etabliert haben und in der Lage sind, zukünftig Stellen an psychologischen Instituten auszufüllen und so für die Verbreiterung der gelehrten Verfahren zu sorgen. Zudem habe ich den Eindruck, dass neue Lehrstuhlinhabende in der klinischen Psychologie z. T. die alten Territorialkämpfe hinter sich gelassen haben und neugierig auf die Ansätze und Kreativität des psychodynamischen Feldes sind. Hier erwarte ich eine Vermehrung der Vielfalt an zukünftigen Master-Studiengängen. Nicht zuletzt werden dies die Studierenden einfordern. Die Sorge, dass die Monopolisierung der psychologischen Institute Psychoanalyse und psychodynamisches Denken verschwinden lassen könnten, ist in den vergangenen Jahren, seit es auch erste neue Professuren in dieser Richtung gibt, geringer geworden.

### **Unseres Wissens gibt es allerdings an den Universitäten keine neue Stellen bzw. Professuren für analytische Psychotherapie (AP). Ist die AP, die in der Medizin traditionell stärker verankert ist als in der Psychologie, die Verliererin der Reform?**

Ein Verfahren, das in seiner Reinform nur noch im einstelligen Prozentbereich Teil der psychotherapeutischen Versorgung ist, würde es vermutlich überall auf der Welt schwer haben, einen besonderen Status zu bekommen. Dessen ungeachtet ist für mich klar, dass die Tradition der Psychoanalyse jenseits des unmittelbaren Settings der AP untrennbarer Bestandteil des psychodynamischen Denkens und Handelns ist und damit zumindest in Teilen auch durch Tiefenpsychologinnen und -psychologen vertreten werden kann. Dass viele von ihnen oft keine psychoanalytische Ausbildung durchlaufen haben, ist Folge einer unglücklichen, Jahrzehnte zurückliegenden Entscheidung der psychoanalytischen Verbände, akademisch Lehrenden und Forschenden dieselben Voraussetzungen abzufordern, wenn sie in psychoanalytischen Instituten Leitungsfunktion anstreben, wie niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen. Dies hat zu einem starken Rückzug der wissenschaftlich Tätigen aus den analytischen Instituten geführt. Ich selbst bin jemand, der bedauerlicherweise nicht die Kraft für beides hatte. Fairerweise muss ich aber sagen, dass mir auch bestimmte Auseinandersetzungen

innerhalb der psychoanalytischen Szene als Therapieforscher eher fremd waren.

Zurück zu Ihrer Frage: Es erscheint mir nicht sinnvoll, eine künstliche Trennung vorzunehmen. Ich bin der Meinung, dass das besondere analytische Setting seine Rolle in der klinischen Versorgung behalten wird, dass aber ein Trend zur stärker fokussierten und damit vielleicht verkürzten Behandlung – auch im Sinne sozialer Gerechtigkeit – unausweichlich ist. Andererseits gibt es chronifizierte und persönlichkeitsbeeinträchtigte Patientinnen und Patienten, die anerkannt längere Therapien brauchen, um stabil gesund zu werden. Und wir wissen inzwischen empirisch, dass hier kein Schindluder betrieben wird. Ich mag das deshalb nicht gerne gegeneinanderstellen.

### **Fachhochschulen sichern seit Langem eine praxisnahe Ausbildung durch berufserfahrene Professorinnen und Professoren. Wie beurteilen Sie, dass sie vom Gesetzgeber von der Psychotherapieausbildung ausgeschlossen wurden?**

Ein schwieriges Feld. Ich kenne ausgezeichnete Fachhochschuldozentinnen und -dozenten, die natürlich qualifizierte Lehre im Fach »Psychotherapie« anbieten können. Gleichzeitig habe ich aber auch Einblicke in Fachhochschulen mit psychosozialen Studiengängen und weiß, dass es z. T. Studierende gibt, die sich nicht ohne Weiteres für eine Tätigkeit als selbstverantwortliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten qualifizieren könnten. Die Frage der individuellen Eignung wird uns allerdings auch in den zukünftigen Master-Studiengängen beschäftigen. Ich weiß nicht, wie wir das lösen können.

### **Der Gesetzgeber fordert, dass Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Weiterbildung (PiW) sozialrechtlich versichert und angemessen bezahlt werden müssen. Die Modelle sind noch nicht finanziell geregelt, es erscheint aber denkbar, dass die Kliniken die PiW bezahlen. Wie sehen Sie diese Situation?**

Ehrlich gesagt fühle ich mich kaum qualifiziert, auf diese Frage eine belastbare Antwort zu geben. Wir wissen alle nicht, was auf uns zukommt. Irgendwie müssen die Weiterbildungsstellen im Bereich der Kliniken etabliert werden. Gleichzeitig ist es unabdingbar, dass parallel Institutsstrukturen die Weiterbildung aus einer Hand anbieten. Wie insbesondere kleine Weiterbildungsinstitute die gesetzlich vorgegebenen Strukturen schaffen werden, wird die Zukunft zeigen. Der Zusammenschluss von Instituten und die Einrichtung medizinischer Versorgungszentren sind Dinge, von denen ich höre und die mir praktikabel erscheinen. Elementar wird aber natürlich die Frage sein, wie die Krankenkassen die eingesparten Gelder für die auslaufenden (Richtlinien-)Ausbildungstherapien umschichten, um daraus Stellen für PiW an Kliniken zu schaffen. Denn reine Ermächtigungsambulanzen, also ambulante Weiterbildungstherapien an Kliniken, reichen, wie wir wissen, zur Finanzierung nicht aus. Hier habe ich noch kein vernünftiges Modell gesehen, aber vielleicht bin ich auch nicht auf der Höhe der Zeit.



Foto: privat

**Apl. Prof. Dr. med. Henning Schauenburg**  
ist Professor für Psychosomatik und Psychotherapie an der Universität Heidelberg und Co-Leiter des Heidelberger Instituts für Psychotherapie. Als Arzt für Neurologie und Psychiatrie sowie Psychosomatische Medizin und Psychoanalytiker (DGPT) und analytischer Familientherapeut ist er zudem in privater Praxis tätig.

**Sprechen wir noch einmal über das Verhältnis von Medizin und Psychologie: Die neuen approbierten Psychologinnen und Psychologen weiten ihre Kompetenzen in den medizinischen Bereich aus, z. B. bei Gutachtenerstellung und im Bereich der Arbeitsmedizin. Wie beurteilen Sie die Gefahr möglicher Verteilungskämpfe?**

Im medizinischen Feld sehe ich nicht wirklich ein Problem. Es gibt eindeutig psychologische Aufgaben im Rahmen der Medizin – warum soll es hier Konkurrenz geben? Meine Sorge ist eher, dass insgesamt eine zunehmende Aufspaltung in den Bereich Kernmedizin vs. (psychologische) Psychotherapie stattfindet, die die ärztliche Psychotherapie an den Rand drängt. Als ärztlicher Therapeut bin ich davon überzeugt, dass eine langjährige medizinische Erfahrung eine große Bereicherung für die psychotherapeutische Tätigkeit ist. Die Vielzahl ärztlicher Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die – im Übrigen als wichtige berufspolitische Verbündete der Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten – im Versorgungssystem gute Arbeit leisten und für die verbindende Tradition beider Disziplinen stehen, spricht eine eigene Sprache. Es wäre für die Diversität ein großer Verlust, wenn diese Gruppe verschwinden würde und auf der medizinischen Seite nur noch die biologische Psychiatrie zu finden wäre.

**Zumindest die Option, dass Psychologinnen und Psychologen nach dem Approbationsstudium psychopharmakologische Verordnungen vornehmen können, ist vom Tisch ...**

Ich weiß nicht, ob das wirklich ein intensiver Wunsch der Kolleginnen und Kollegen war. Vielleicht hatten Einzelne den etwas naiven Eindruck, dass man die gefühlt relativ einfachen psychopharmakologischen Verordnungen doch durchaus selber leisten könne. Da haben die versicherungsrechtlichen Fragen schnell für eine realistische Sicht gesorgt. Ich habe mich immer gefragt, was so erstrebenswert daran sein soll, selbst rezeptieren zu dürfen. Selbst als ärztlicher Therapeut finde ich eine Arbeitsteilung zwischen medizinischer und psychotherapeutischer Betreuung hilfreich. Eine Doppelrolle nehme ich selbst eher ungern ein.

**Das neue Gesetz sieht für die vorwiegend psychologischen Absolventinnen und -Absolventen die neue Berufsbezeichnung »Psychotherapeut/in« vor, d. h., dieser Oberbegriff wird so eher der Psychologie zugesprochen. Wie beurteilen Sie dies aus Sicht ärztlicher Psychotherapeutinnen und -therapeuten?**

Ich finde diese Entscheidung tatsächlich schwierig. Meine Bedenken hinsichtlich der Zukunft der ärztlichen Psychotherapie werden dadurch nicht geringer. Zum jetzigen Zeitpunkt spielen diese Bezeichnungen in alltäglichem Sprachgebrauch kaum eine Rolle. Wir wissen, dass wir weitgehend ähnliche Tätigkeiten verrichten. Mir wäre mit einer Berufsbezeichnung wie »Klinische/r Psychotherapeut/in« wohlher gewesen. Aber wer weiß, vielleicht kommt es tatsächlich zum paradoxen Effekt, dass diese Entscheidung zu einer stärkeren Identitätsbildung

und -behauptung für ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten führt und die ärztliche Psychotherapie in der Öffentlichkeit stärker betont wird. Ob das dem gesamten Feld guttut, ist wieder eine andere Frage.

**Böse Zungen behaupten, die ärztliche Weiterbildung sei im Vergleich zur psychologischen Therapieausbildung schmalspurig und oberflächlich. Auch der Umfang der heutigen fachgebundenen Psychotherapieausbildung für Fachärzte ist mit dem Umfang der herkömmlichen psychologischen Ausbildung nicht vergleichbar. Was kann uns die Medizin für eine gute Ausbildung mit auf den Weg geben?**

Ich hoffe, Sie erwarten von mir nicht, dass ich zu solchen allfälligen und interessengeleiteten Entwertungen etwas sage. Natürlich kann man feststellen, dass rein zahlenmäßig der Umfang der qualifizierenden Ausbildung für »Zusatztitler« geringer ist. Das kann manchmal ein Problem sein. In der überwiegenden Zahl der Fälle sind aber psychotherapeutisch qualifizierte Fachärztinnen und -ärzte für Patientinnen und Patienten ein Segen.

Die Facharztausbildung »Psychosomatik« mit ihrer ständigen, täglichen Eingebundenheit in die therapeutische Versorgung und viele unterschiedliche Praxisfelder – (Not-) Ambulanz, Station, Konsiliardienst, Psychoonkologie etc. – ist ausgezeichnet geeignet, um gute Psychotherapeutinnen und -therapeuten hervorzubringen. Daran habe ich nach 30 Jahren Weiterbildungstätigkeit nicht den Hauch eines Zweifels, auch wenn wir froh sind, bei uns zusätzlich gute, primär für die psychologischen Auszubildenden geschaffene Seminarstrukturen zu haben, die auch den Assistenzärztinnen und -ärzten zugutekommen.

Über die Frage einer guten Ausbildung könnten wir ein eigenes Interview führen! Generell denke ich, dass alle, die in unserem Feld lehren, sich bewusst sind, dass sie nicht nur Techniken vermitteln, sondern den Kandidatinnen und Kandidaten durch Unterstützung, Vorbildfunktion und Validierung bei der Entwicklung ihrer Persönlichkeit helfen.

**Wie sehen Sie in der medizinischen Weiterbildung den Aspekt der verklammerten Ausbildung, wie sie traditionell für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) und AP vorgesehen wurde?**

Die Verklammerung von TP und AP ist historisch begründet und klinisch naheliegend. Dass sie in Gefahr ist, finde ich bedenklich und bedauerlich, weil dies zu einem weiteren Rückgang an Psychoanalytikerinnen und -analytikern führen könnte. Eine Verklammerung von z. B. TP und Verhaltenstherapie halte ich für die basale qualifizierende Weiterbildung nicht für sinnvoll. Die Verfahren repräsentieren eine unterschiedliche Sicht auf klinische Probleme und ein unterschiedliches Menschenbild – beides von großer Wichtigkeit für unser Feld. Integrieren und auswählen werden die Kolleginnen und Kollegen im Rahmen ihrer klinischen Tätigkeit dann sowieso; eine einheitliche verfahrensbezogene Grundausbildung halte ich aber zur Festigung

der eigenen therapeutischen Identität (einhergehend mit Kompetenz und Sicherheit) für unabdingbar. Als Psychotherapieforscher sehe ich den Wert verschiedener Herangehensweisen und auch, dass in beiden Verfahren jeweils auf spezifische Art und Weise in den Nachbargarten geguckt wird. Übrigens gibt es bis heute keine Evidenz für die Wirksamkeit einer allgemeinen, verfahrensübergreifenden Therapie. Also: Bleiben wir bei klaren Ausbildungsgängen und regen wir dazu an, ggf. im Anschluss zusätzliche Fachkunden zu erwerben!

### **Welche Rolle sollte die Psychosomatik im Rahmen der universitären Aus- und der postgradualen Weiterbildung spielen?**

Die Psychosomatik ist u. a. aus historischen Gründen, die etwas mit der Rolle der Psychiatrie im Faschismus zu tun haben sowie mit der amerikanischen Förderung der Psychosomatik in den 1950er-Jahren, z. B. durch die Rockefeller-Foundation, ein eigenständiges Feld im Versorgungssystem geworden. Darum beneiden uns andere Länder. Wir selbst machen immer wieder die Erfahrung der produktiven Konkurrenz zwischen Psychosomatik und Psychiatrie. Insofern hoffe ich als Psychosomatiker, der auch Nervenarzt ist, natürlich sehr, dass die Stellung der Psychosomatik an den medizinischen Fakultäten erhalten bleibt. Dies kann nur zum Wohl der gesamten Medizin und auch unseres psychosozialen Feldes sein. Natürlich wird es deshalb auch praktische Betätigungsfelder für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten in psychosomatischen Kliniken geben. Zählt man den Rehabilitationsbereich dazu, liegt die Bettenzahl nahe der der Psychiatrie. Und wenn man Letztere auf die expliziten Psychotherapiebetten beschränkt, was sinnvoll für den Bezug zum Master-Studiengang Psychotherapie ist, ist klar, dass die Psychosomatik als Praxisfeld für die zukünftigen Approbationsaspirantinnen und -aspiranten eine große Rolle spielen wird.

### **Wie beurteilen Sie, dass durch das neue Gesetz ggf. mehr Psychologinnen und Psychologen in leitenden Positionen oder als Weiterbildungsberechtigte tätig sein könnten?**

Die Übernahme von Leitungsfunktionen in Kliniken durch Psychologinnen und Psychologen ist in der Vergangenheit vor allem wegen der ärztlichen Weiterbildungsordnung schwierig gewesen. Anleitende Funktion dürften für weiterzubildende Ärztinnen und Ärzte nur Fachärztinnen und -ärzte haben. Wenn wir bald aber Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten der Psychologie haben, dürfte es wesentlich leichter werden, auch weiterbildungsbefugte Stellen für leitende Psychologinnen und Psychologen zu etablieren. Es wird aber so bleiben, dass – ungeachtet ihrer Erfahrung – Psychologinnen und Psychologen keine juristisch relevante Weisungsbefugnis über Assistenzärztinnen und -ärzte haben dürfen. Ich glaube kaum, dass sich die ärztliche Weiterbildungsordnung an dieser Stelle ändern lässt.

### **Kommen wir auf die Kinder – und Jugendlichen-Psychotherapie (KJP) zu sprechen: Die einen sehen es kritisch, dass pädagogische bzw. soziale**

### **(Fach-)Hochschulabschlüsse künftig von der KJP-Ausbildung ausgeschlossen werden. Andere sehen den Umstand, dass nach neuem Gesetz auch Ärztinnen und Ärzte die Ausbildung absolvieren dürfen, als Aufwertung der KJP. Denken Sie, dass sich künftig mehr Ärztinnen und Ärzte für die KJP-Ausbildung interessieren werden?**

Die KJP ist nicht mein Feld, insofern kann ich kaum Qualifiziertes sagen. Meine Vermutung ist, dass die von manchen naheliegend als Rückschritt interpretierte Entwicklung etwas mit dem Europarecht zu tun hat. Hier braucht es einfach die klare Zuordnung zu Berufsgruppen, und die ganze mit der Pädagogik zusammenhängende wertvolle Tradition in Deutschland hat es schwer. Ich habe die Befürchtung, dass es nicht zu einer vermehrten Befassung mit der KJP in der Ärzteschaft kommt. Auch die Kinderpsychiatrie hat Probleme, Nachwuchs zu finden.

### **Wie beurteilen Sie als Mediziner die Vor- und Nachteile der Reform zusammenfassend?**

Ich möchte diese grundlegende Änderung nicht unbedingt als Mediziner beurteilen, sondern vor allem als langjähriger ärztlicher Psychotherapeut und Lehrer. Es gibt einerseits bei mir Verständnis, für den Wunsch innerhalb der Psychologie, angesichts einer weitgehend identischen Tätigkeit von Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten auch innerhalb der Aus- und Weiterbildung eine Gleichbehandlung zu erreichen. Dabei steht allerdings einem zweijährigen Master-Studiengang eine doppelt so lange klinische Zeit (sechs klinische Semester; ein Praktisches Jahr) im Bereich der medizinischen Qualifikation zur Approbation entgegen. Und ich empfinde es tatsächlich als große Herausforderung, einen umfassenden Prozess – nicht zuletzt der Persönlichkeitsentwicklung – mit Anfang 20 innerhalb von zwei Jahren zu absolvieren. Immerhin ist Selbsterfahrung (anders als im staatlichen Medizinstudium) ein kleiner Bestandteil des Master-Studienganges. Man wird sehen, wie dies sich entwickeln wird.

In der Medizin schließt sich der Approbation praktisch immer eine Facharztausbildung an. Ich kann nur hoffen, dass das in der psychologischen Psychotherapie auch so sein wird. Die etablierte Richtlinienpsychotherapie wird in ausgedehnten Weiterbildungsgängen gelehrt und sichert eine hohe Versorgungsqualität. Meine Befürchtung ist, dass angesichts der immer noch bestehenden therapeutischen Unterversorgung viele die Mühen der Weiterbildung nicht auf sich nehmen werden und als eigenständige freie Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Approbation, aber ohne gesicherte Weiterqualifikation ihr Glück versuchen werden.

Insgesamt finde ich es aber einen großen Gewinn, dass unser Fach jetzt in der Psychologie zusätzliche akademische Weihen bekommt. Es besteht die Möglichkeit, dass dies zu einem Aufschwung nicht nur in der Forschung zur Psychotherapie führt, sondern auch zu einer Veränderung der verhaltenstherapeutischen Monokultur beitragen kann.

*Die Fragen stellte Prof. Dr. Ingo Jungclaussen.*