

Peter Schneider – Ist der Therapieplatz noch frei?

Peter Schneider betreibt eine Praxis als Psychoanalytiker in Zürich. Er studierte Philosophie und Germanistik in Bochum und promovierte in Psychologie an der Uni Bremen. Dort war er lange Zeit PD für Psychoanalyse und für kurze Zeit Professor für Entwicklungspsychologie, anschließend *Lecturer for History and Epistemology of Psychoanalysis* an der IPU in Berlin. Seit seiner Umhabilitierung ist er nun PD für Klinische Psychologie an der Uni Zürich. Während 30 bzw. 20 Jahren war er Kolumnist beim Schweizer Radio, des Zürcher *Tages-Anzeigers* und der *SonntagsZeitung*. Zusammen mit Alexandra Papadopoulos gibt er die Reihe EPF-Essays heraus. Letzte Buchpublikationen: »Normal, gestört, verrückt. Über die Besonderheiten psychiatrischer Diagnosen«, Schattauer bei Klett-Cotta, Stuttgart 2020, und »Follow the science? Plädoyer gegen wissenschaftsphilosophische Verdummung und für wissenschaftliche Artenvielfalt«, Edition Tiamat, Berlin 2020.
Website: www.peterschneider.info

Edition
TIAMAT

Deutsche Erstveröffentlichung
Herausgeber der Reihe Critica Diabolis:

Klaus Bittermann

1. Auflage: Berlin 2026

© Verlag Klaus Bittermann

Grimmstr. 26 – 10967 Berlin

Alle Rechte vorbehalten

www.edition-tiamat.de

mail@edition-tiamat.de

Buchcovergestaltung: Felder Kölnberlin Grafikdesign

Druck & Bindung: cpi books GmbH Leck

ISBN: 978-3-89320-347-5

Peter Schneider

Ist der Therapieplatz noch frei?

Psychotherapie als Medizin-
Simulation



Critica
Diabolis
357

Edition
TIAMAT

»Und ich frage mein'n Doktor wieder
›Wie sieht's aus mit 'nem Therapieplatz?‹
Er sagt, das Leben sei ein Riesenspielplatz
Und wann ich auf die Schaukel darf, das weiß niemand
La-da-da, la-da-da, das weiß niemand
La-da-da, la-da-da, das weiß niemand.«
(Yu: Therapieplatz, 2025)

»Es ist zulässig, sich auf die Zeiten zu freuen,
wo die verhaltenswissenschaftlichen Daten
endlich exakt und quantifizierbar sein werden.
Es ist aber nicht möglich, den Beginn dieses
ersehten Zeitalters zu forcieren, indem man
die Konstruktion eines geeigneten Begriffs-
schemas, die ihm als Grundlage dienen
könnte, übergeht und stattdessen einfach an-
fängt, von einem unangemessenen, schlecht
sitzenden und nur geborgten Dach herab nach
unten zu bauen.« George Devereux

Der Therapieplatz, genauer: die Rede von fehlenden Therapieplätzen, davon, wie man am besten einen Therapieplatz findet und was man tut, wenn man endlich einen hat, aber einem die Therapeutin nicht gefällt, ist das Symptom einer Verschiebung des Verständnisses und Selbstverständnisses von Psychotherapie. Ich nenne diese Verschiebung eine Medizinalisierung. Der Therapieplatz ist (wie das Bett im Spital oder der Platz im Pflegeheim) eine Einheit der Gesundheitsversorgung, die von den Personen, die in einer Psychotherapie zusammenkommen, möglichst unabhängig sein soll. Diese Veränderung ist nicht ab einem bestimmten Zeitpunkt aufgetreten; und es gibt auch keine guten alten Zeiten, zu denen man zurückkehren könnte oder müsste. Dieser Essay ist somit keine kulturpessimistische Jeremiade über den Niedergang der »echten« Psychotherapie. Er zeigt aber, welche Faktoren diese Verschiebung vorangetrieben und attraktiv gemacht haben, welche Probleme und Widersprüche dadurch entstehen und welchen Einfluss das alles auf das Bild von uns selbst hat.

Tell me Why

Was, hat mich eine Freundin gefragt, was nervt dich eigentlich so an dieser Medizinalisierung? Es sind sicherlich: die unkritische Verwendung einer aus der Psychiatrie übernommenen Diagnostik; die im Gleichschritt mit der echten Medizin einhergehende Bürokratisierung der Psychotherapie; die Übertragung von medizinischen Standards und Konzepten auf Bereiche, in die sie nicht passen. Nicht zuletzt aber, habe ich ihr geantwortet, gehe mir die mit all dem einhergehende Wichtigtuerei gehörig auf den Senkel, diese triste Kombination aus Überschätzung und Minderwertigkeitsgefühl, die den medizinalisierten Psycho-Diskurs durchtränkt.

Meine Genervtheit hat eine lange persönliche Geschichte; und sie hat in der Zwischenzeit nicht abgenommen. In einem 30 Jahre alten Büchlein hatte ich bereits über die therapeutische Großmannssucht gespottet: über den Hang von Psychoanalytikern, ihre Deutungen als genauso einschneidend darzustellen wie ein Skalpell.

Denn die Entwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen in den letzten dreißig Jahren hat die Situation nicht besser gemacht. Man täuscht sich aber, wenn man meint, die von mir beklagte Entwicklung der Psychotherapie zur Medizin-Simulation sei allein durch äußere Kräfte hervorgebracht und beeinflusst worden, sie sei also lediglich staatlichen Regulierungen und den Anforderungen der Krankenkassen geschuldet. Bereits in den 1980er Jahren gab es eine Tendenz unter den Psychotherapeut*innen, sich mehr Anerkennung und Prestige zu verschaffen. Da-

mals ging es immer wieder (wenn auch längst nicht so penetrant wie heute) um das Thema der »Qualitätssicherung«, um etwas, das nun mit der derzeit in Deutschland durchgeführten Qualitätssicherungsstudie einen absurden Höhepunkt erreicht hat. 2025 wurde im deutschen Bundesland Nordrhein-Westfalen ein Versuch gestartet, während fünf Jahren die Qualität ambulanter Psychotherapien mit Hilfe von Patient*innen-Befragungen nach Abschluss einer Therapie und einer Auswertung der Behandlungsdokumentation seitens der Psychotherapeut*innen zu bewerten und zu messen.

Auch hier kann man natürlich einwenden: Was findest Du an Qualitätssicherung eigentlich schlecht? Haben die Patient*innen denn nicht ein Anrecht auf bestmögliche Qualität? Allein – diese Frage impliziert Annahmen, die ihrerseits dubios sind. So wenig Psychotherapien *ein* in sich homogener Gegenstand sind, so wenig kann man über alle Therapieformen und über alle Patient*innen hinweg definieren, was gute oder schlechte Qualität ist. Nehmen wir als Beispiel den »Validierten Fragebogen für Patientinnen und Patienten zu ihrer abgeschlossenen Psychotherapie«, der vom »Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen« entworfen wurde. Darin lautet die Frage 5:

»Hat Ihre Psychotherapeutin / Ihr Psychotherapeut mit Ihnen zu Beginn besprochen, dass die Psychotherapie bei jedem Menschen unterschiedlich wirken kann?

Ja ☐

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ☐

Nein, ich wollte/brauchte das nicht ☐

Weiß nicht mehr.« ☐

Übrigens: »Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.« – Das Selbstverständliche – das Individuelle in individuellen Beziehungen ist bei jedem anders – ausgerechnet hier wird's Ereignis, wo doch gerade sonst vom Individuellen tunlichst abgesehen wird. *Sapienti sat.* Zu Deutsch: Wer einigermaßen bei Sinnen ist, dem reicht es.

Die Geschichte der Qualitätssicherung ist die Geschichte einer Ausweitung des Begriffs, die sich von einer klaren Aufgabe – wie etwa die auf Stichproben beruhende Kontrolle der Einhaltung von Toleranzen bei der Fertigung von industriellen Bauteilen – in Gefilde ausdehnt, wo Qualitätssicherung vor allem zur Aufrechterhaltung eines Standardisierungs-*Phantasmas* dient. Letztlich leistet die psychotherapeutische Qualitätssicherung nichts anderes, als – wie auch nicht anders zu erwarten – noch mehr Bürokratie zu produzieren.

An dieser Stelle möchte ich als Intermezzo einen kleinen Einblick in das Nähkästchen meiner (psychoanalytischen) Praxis geben. Doch – hier stock' ich schon: Was könnte meine Leser*innen überhaupt interessieren? Vielleicht dasselbe, was auch meine Patient*innen zu Beginn ihrer Therapie interessiert hat? Eine 50-Minuten-Sitzung (bzw. Liegung auf der Couch) kostet zwischen 100 und 200 Franken, je nach finanziellen Möglichkeiten. Ich schätze, mein Durchschnittshonorar liegt bei 130 Franken. Wenn wir keine Sitzungen haben, weil entweder Sie oder ich in den Ferien sind, kostet es natürlich nichts. Wenn Sie eine Stunde vergessen oder sehr kurzfristig absagen, wird Ihnen das verrechnet. Wobei es gute Gründe geben kann, auch kurzfristig abgesagte Stunden nicht zu berechnen. Ja,

Sie dürfen sich gerne auf die Couch legen. Ja, wir können auch per Zoom Sitzungen abhalten. Wie das Ganze läuft? Ganz einfach: Sie erzählen, was Ihnen gerade so einfällt; ich höre entspannt zu und sage dann manchmal, was mir zu dem einfällt, was Ihnen eingefallen ist. Natürlich können Sie auch drei- oder viermal in der Woche kommen (ja das gibt es tatsächlich); aber auch, wenn Sie sich nur zweimal oder einmal pro Woche zeitlich und/oder finanziell leisten können, werden wir unsere kostbare Zeit nicht mit Problemen füllen wie, warum eine richtige Psychoanalyse erst mit drei Wochenstunden beginnt. Ja, Sie dürfen die Schuhe auf der Couch anlassen. Wenn mir eine gute Deutung einfällt, freue ich mich darüber genauso wie Sie. Aber selbst die schönste Deutung verblasst mit der Zeit. Auch, wenn man in einer Therapie nicht weint, ist es okay. Meine Kleenex-Box neben meinem Stuhl habe ich mir einmal wegen einer Erkältung mit permanent laufender Nase angeschafft. Sie dürfen mit dem Papiertuch aber natürlich auch etwaige Tränen trocknen. Dinge zu entdecken, die man lange nicht sieht, obwohl sie manchmal auf der Hand liegen, macht Spaß. Nein, nicht alles in einer Analyse macht Spaß und ist lustig. Aber es ist auch nicht alles furchtbar ernst – außer Dinge, die furchtbar sind und ernst. Nein, ich mache mir keine Notizen. Was sollte ich denn auch aufschreiben. Wenn ich den Namen eines Bruders, den Sie bis jetzt kaum erwähnt haben, vergessen sollte, kann ich ja schnell nachfragen. Diagnosen vergebe ich nicht. Wozu sollte ich? Ich finde es schön, wenn es Ihnen gut geht, bin aber auch für Sie da, wenn es Ihnen schlecht geht, und ja, Sie können mich in solchen Fällen auch in den Ferien anrufen. Ich finde meinen Beruf (ca. 35–40 Stunden in der Woche im Sessel sitzen und Zuhören und Reden) nicht übermäßig anstrengend; aber, weil ich auch

nicht mehr der Jüngste bin, mache ich ca. 14 Wochen im Jahr Ferien. Ich bin Freudianer so, wie ich auch ein Freund der *ordinary language philosophy*, Ludwik Flecks und der Richard Rortys bin. Ich glaube nicht, dass in einer Psychoanalyse gewonnene Einsichten so etwas wie Puzzlesteine sind. Denn es gibt kein großes Gesamtbild, zu dem sich die einzelnen Elemente fügen. Daher gibt es auch keine verborgene universelle Stanz-Matrix, mit Hilfe derer die Einzelteile eines Puzzles produziert werden und die man mit den jeweiligen zugrundeliegenden Theoremen der Psychoanalyse vergleichen könnte. Nein, Sie müssen nichts Bestimmtes lernen und auch keine Übungen machen. Eins noch: Warum ich Psychoanalytiker werden wollte? Weil ich schon früh ziemlich (zwangs)neurotisch war, weil ich Freuds Abhandlungen zur Sexualität gelesen hatte. Weil meine Mutter depressiv war. Weil ich mir deshalb einiges von der Psychoanalyse versprach. Wenn Sie im Moment keine weiteren Fragen haben, mache ich hiermit das Nähkästchen wieder zu.

Holy Moly

Kratze am Heiligenbildchen und Du findest den Stimmzettel, spottete Tucholsky 1930 in seinem Artikel »Braut- und Sport-Unterricht«. Darin mokiert er sich nicht nur über die Scheinheiligkeit, mit der die katholische Kirche ihre reaktionäre Politik durch frommes Salbadern zu kaschieren versucht. Er macht sich auch über den Furor lustig, mit dem die andere Glaubensfraktion, die protestantische Kirche, sich verzweifelt an den Zeitgeist anzupassen versucht: »Nur nicht zurückbleiben! nur mit der Zeit gehen! wir auch! wir auch! Und so tritt sie denn zur Predigt an.«

Auch die Predigten der psychotherapeutischen Fachverbände atmen diesen Geist. Nicht nur, was die Versicherung betrifft, dass die Behandlung psychischer Störungen durch die diesen Verbänden angehörenden Fachpersonen natürlich stets auf dem Stand der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse und Techniken erfolgt, welche sich die Psychotherapeut*innen in regelmäßigen Weiterbildungen aneignen. Wer die offiziellen (und auch weniger offiziellen) Verlautbarungen von Psychotherapeut*innen-Verbänden und ihren Mitgliedern liest, kann sich zudem häufig des Eindrucks nicht erwehren, dass (die ja durchaus berechtigten) Eigeninteressen in die Aufopferungsrhetorik eines Dienstes an der Volksgesundheit gegossen werden.

Seit einiger Zeit rangiert die Behandlung von Traumata hoch auf der Liste dessen, was Psychotherapeut*innen anbieten. Ich, getreu meiner »Hermeneutik des Verdachts« (so nannte Paul Ricœur die Psychoanalyse), sehe darin aber nicht unbedingt eine gesteigerte Aufmerksamkeit für

all die traumatisierten Flüchtlinge, die meistens unter unmenschlichen Bedingungen in die westlichen Industrieländer kommen und dort vor allem schikaniert und nicht therapiert werden. Ich glaube, Traumata und die Behandlung der dadurch verursachten Trauma-Folgestörungen (wobei die Vorstellungen, was traumatisch ist, oft recht weit gefasst sein können) sind deshalb bei den Therapeut*innen so beliebte Gegenstände geworden, weil sie erstens so gut in das medizinische Modell von Kausalität passen: Psycho-Traumata sind einem Hirn-Schädel-Trauma analoge Verletzungen der Seele. Zweitens, weil sie so gut dem gewohnten Ursache-Wirkung-Kausalitäts-Schema entsprechen. (Spoiler: Nein, tun sie nicht. Dazu später mehr.) Und drittens: Weil Trauma so unbestreitbar *hardcore* ist.

Gesundheit!

Wer heute händeringend einen Therapieplatz sucht, bewegt sich dabei nicht vor allem in einem (an konkrete Personen gebundenen) Feld von Gespräch, Beziehung, Einsicht und Hilfe, sondern in einem institutionell geordneten System aus Diagnosen, Anordnungen, Abrechnungen, Wartezeiten, Richtlinien und wissenschaftlichen Rechtfertigungen. Außerdem situiert sich der Therapieplatzsucher innerhalb der Dichotomie gesund vs. krank. Er muss sich gegenüber der Kritik rechtfertigen, er sei möglicherweise gar nicht wirklich krank, sondern leide an Lifestyle-Problemen, mit denen niemand die Leistungen der Krankenkassen belasten soll. Ein Vorwurf, dem die Psychotherapeutenorganisationen dadurch begegnen, dass sie auf die *tatsächliche* Zu-

nahme *echter* psychischer Krankheiten verweisen (anstatt den polemisch verwendeten Begriff der Lifestyle-Therapie in Frage zu stellen). Der Preis, der für den demokratisierten Zugang zur Psychotherapie bezahlt wird, ist ihre Eingliederung in das System der Gesundheitsversorgung und die Übernahme des entsprechenden Krankheitskonzepts.

Die Frage, ob psychische Krankheiten tatsächlich so einfach zu Krankheiten ›wie alle anderen auch‹ erklärt werden können, wird gar nicht erst gestellt, weil sie die Integration der Psychotherapie in das *Gesundheitssystem* problematisieren müsste. Dass die selbstverständliche Analogisierung oder gar Identifizierung von somatischen und psychischen Krankheiten ein Artefakt dessen sein könnte, dass Psychotherapien sich – durchaus auf je verschiedene Weise und in unterschiedlichem Maß – nach dem Modell der Medizin begreifen und entsprechend agieren, muss ausgeblendet bleiben. Und damit auch der Gedanke, dass Psychotherapie aus inneren Gründen diesem Modell nicht gerecht werden können; weil nämlich ihre epistemische Logik eine ganz andere ist als die der Medizin.

Medizinalisierung der Psychotherapie läuft notgedrungen auf die *Simulation* von Medizin hinaus. Wenn Psychotherapie der Sammelbegriff für heterogene Praktiken mit unterschiedlichen theoretischen Traditionen und Stilen ist, so muss unter der Perspektive des medizinischen Modells diese Heterogenität zu einem Fundus verschiedener Techniken umgedeutet werden, der der Vielfalt medizinischer Techniken – von der Tablette bis zum chirurgischen Eingriff – entspricht.