

Gesprächspsychotherapie in Deutschland

Vom Höhenflug zum Abstieg?

Erklärungsversuche

Mark Helle

Berlin

In diesem Beitrag wird der Frage nachgegangen, wie es dazu kommen konnte, dass die Gesprächspsychotherapie in Deutschland so sehr an Bedeutung verloren hat. Zunächst wird in groben Zügen die Entwicklung der Gesprächspsychotherapie im Kontext der hochschulpolitischen Veränderungen dargestellt. Anhand von drei Thesen wird dann herausgearbeitet, dass (1) die Gesprächspsychotherapie konträr zu den Professionalisierungsbestrebungen der Psychotherapie im Allgemeinen steht, (2) es ihr nicht gelungen ist, sich konstruktiv mit dem medizinischen Störungsverständnis auseinanderzusetzen und (3) sie sich zu wenig flexibel zeigte, neuere Entwicklungen zu integrieren. Im Ergebnis zeigt sich, dass der aktuelle Status der Gesprächspsychotherapie in Deutschland nicht nur auf fragwürdige Kriterien der wissenschaftlichen Anerkennung und der Beurteilung der Versorgungsrelevanz durch den wissenschaftlichen Beirat bzw. Gemeinsamen Bundesausschuss zurückzuführen ist, sondern auch auf Versäumnisse der Vertreter*innen der Gesprächspsychotherapie.

Schlüsselwörter: Gesprächspsychotherapie, Professionalisierung, Profession

Person-Centered Psychotherapy. From Flying High to Coming Down? Attempts at Explanation. This article examines the question of how it came about that client centered therapy has lost so much of its importance in Germany. First of all, the development of client centered therapy in the context of changes in university policy is presented in broad outline. On the basis of three theses, it is worked out that (1) client centered therapy is contrary to the professionalization efforts of psychotherapy in general, (2) that it has not succeeded in dealing constructively with the medical understanding of illness and (3) that it has shown to be insufficiently flexible in integrating new developments. The results show that the current status of client centered therapy is not only due to questionable criteria for scientific recognition and care relevance of the scientific advisory board and the Federal Joint Committee, but that part can also be seen in the missed opportunities of client centered therapy itself.

Keywords: Person-Centered therapy, professionalization, profession

1. Vorbemerkung

Ziel dieses Beitrags ist es, die Entwicklung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland in groben Zügen darzustellen, und anschließend der Frage nachzugehen, wie es dazukommen konnte, dass dieses Psychotherapieverfahren im Laufe der letzten Jahrzehnte so kontinuierlich an Bedeutung verloren hat. Die Eingrenzung auf Deutschland ergibt sich daraus, dass die seit den 1980er Jahren vergeblichen Bemühungen um Anerkennung als Richtlinienverfahren in der kassenärztlichen Versorgung ein für die Gesprächspsychotherapie folgenschweres deutsches Spezifikum darstellt. Die Tatsache, dass diese

Anerkennung bisher nicht erfolgte, stellt für die Gesprächspsychotherapie in Deutschland eine existentielle Bedrohung dar.

Ferner wird es in diesem Beitrag *nicht* um den Personenzentrierten Ansatz im Allgemeinen gehen, der jenseits der heilkundlichen Tätigkeit, also etwa in der psychologischen Beratung, der Sozialarbeit und anderen Versorgungsbereichen nach wie vor einen bedeutsamen Raum einnimmt. Es wird also lediglich auf die Gesprächspsychotherapie als psychotherapeutisches Verfahren in Deutschland fokussiert werden.

Im Zentrum dieses Beitrags stehen die folgenden drei Thesen:

1. Die Gesprächspsychotherapie erscheint inkompatibel zu den Professionalisierungsbemühungen der Psychotherapie.
2. Der Gesprächspsychotherapie ist es nicht gelungen, sich konstruktiv zum medizinischen Störungsverständnis zu positionieren.
3. Die Gesprächspsychotherapie wird nicht als ein Verfahren wahrgenommen, unter dem sich heterogene Strömungen etablieren können.

Prof. Dr. Mark Helle, geb. 1964, Professor für Klinische Psychologie an der Hochschule Magdeburg-Stendal, Psychologischer Psychotherapeut (Gesprächspsychotherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie), Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der GwG, Sachverständiger am IMPP, Mitglied im Akkreditierungsausschuss des Wissenschaftsrates.
Kontakt: Prof. Dr. Mark Helle, Wilmersdorfer Str. 130, 10627 Berlin
Mark.Helle@h2.de

2. Zum aktuellen Stand der Gesprächspsychotherapie in Deutschland

Im Jahr 1966 veröffentlichte Bergin eine Übersichtsarbeit zur Frage der Implikationen der Psychotherapieforschung für die therapeutische Praxis. Im Abstract dieses Beitrags finden sich u. a. die folgenden beiden bemerkenswerten Punkte:

- Gesprächspsychotherapie ist das einzige Psychotherapieverfahren, das derzeit durch Forschung validiert wurde.
- Der Therapieprozess wird in entscheidendem Maße durch die Wertschätzung, Empathie, Ausgeglichenheit und Erfahrung des Therapeuten/der Therapeutin mitbestimmt (Bergin, 1966).

Zu einer ganz anderen Einschätzung kommt der Gemeinsame Bundesausschuss ca. 50 Jahre später, nämlich im Jahr 2008, als er feststellt, dass die Gesprächspsychotherapie die Kriterien für eine Anerkennung als Richtlinienverfahren nicht erfülle, da nach Sichtung aller potentiell verfügbaren Publikationen nur eine der Studien hinsichtlich Design und Forschungsmethodik geeignet sei, Wirksamkeit und Nutzen der Gesprächspsychotherapie zu belegen (G-BA, 2008).

In dem neu aufgelegten Lehrbuchklassiker zur Klinischen Psychologie und Psychotherapie stellen die Autoren wiederum fest, dass Gesprächspsychotherapie bei den untersuchten Störungsbildern im Durchschnitt in ihrer Wirkung mit der Verhaltenstherapie vergleichbar sei (vgl. Gaub, Ziem & Flückiger, 2021). Die Autoren sprechen ferner von einer „breiten Dokumentation der Wirksamkeit“ (S. 456), die im Kontrast zu der Tatsache stehe, dass Gesprächspsychotherapie weder in internationalen noch in nationalen Leitlinien aufgeführt wird.

Es wirkt doch befremdlich, wenn die Einschätzung zur Gesprächspsychotherapie unter jeweils enger Bezugnahme auf den Forschungsstand so widersprüchlich ausfallen kann.

Als u. a. durch Reinhard Tausch die Gesprächspsychotherapie in Deutschland bekannt wurde, was im Jahr 1970 zur Gründung der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) führte, wurde der Grundstein für eine atemberaubende Erfolgsgeschichte gelegt, die sich bis in die 1980er Jahre fortsetzte. Parallel zu dieser Zeit lässt sich eine außerordentliche Expansion der sozialwissenschaftlichen Fakultäten an den Universitäten verzeichnen, was sich auch in einem enormen Anstieg der Studierendenzahlen in Psychologie niederschlug. Mitten in dieser Dynamik wandte sich die Klinische Psychologie sowohl in der Forschung als auch in der Lehre zunehmend der angewandten Psychotherapie zu, welche bis zu diesem Zeitpunkt ausschließlich in den Händen der Medizin lag. Diese Expansionswelle erfasste auch die Gesprächspsychotherapie, was seinen Ausdruck u. a. darin fand, dass sie sowohl in den psychologischen Studiengängen als auch in der psychotherapeutischen Versorgung eine zentrale Stellung innehatte.

Während in den 1970er Jahren die Studien- und Prüfungsordnungen der psychologischen Studiengänge eine anwendungsorientierte Ausbildung mit individueller Schwerpunktsetzung auch im therapeutischen Feld ermöglichte, wurde diese Entwicklung in den 1980er Jahre komplett revidiert, da Vertreter*innen der universitären Psychologie um die vermeintliche Einheit der Psychologie und den Bedeutungsverlust der Grundlagenfächer fürchteten. Zudem bestand die Sorge, dass die Psychologie als akademische Disziplin den engen Bezug zur Forschung verlieren könnte und sich somit zu einer reinen Heilberufausbildung degradieren würde (vgl. Helle 2007). In der Folge wurde Mitte der 1980er Jahre der gesamte Bereich der Klinisch-psychologischen Anwendung mehr oder weniger in die postgraduale Ausbildung verbannt und die Rahmenstudien- und Prüfungsordnung auf ein einheitliches Curriculum mit nur wenig Wahlmöglichkeiten ausgerichtet (vgl. Weinert, 1987). Im Sinne dieser neuen Fokussierung lag es rückblickend auf der Hand, dass sich nun die Verhaltenstherapie, welche sich konsequent aus der akademischen Psychologie entwickelt hatte und seit jeher einen engen Bezug sowohl zur akademisch-psychologischen Forschung als auch zu den psychologischen Grundlagenfächern aufwies, als das zentrale Psychotherapieverfahren an den psychologischen Fakultäten der Universitäten etablieren konnte. Diese auf Forschung und den psychologischen Kerndisziplinen wiederhergestellte akademische Psychologie war, was in diesem Beitrag noch zu zeigen sein wird, nicht kompatibel mit den zentralen Grundannahmen der Gesprächspsychotherapie. In diesem Sinne wurden ab den 1980er Jahren Professuren für das Lehrgebiet Klinische Psychologie und Psychotherapie fast ausnahmslos mit Vertreter*innen der Verhaltenstherapie besetzt. Dies hatte zur Folge, dass sowohl die Forschung als auch die Lehre in der Klinischen Psychologie vorwiegend aus einer verhaltenstherapeutischen Perspektive gestaltet wurde, was wiederum großen Einfluss auf den psychotherapeutischen Nachwuchs hatte. Eine weitere Folge war auch, dass Inhalte des personenzentrierten Ansatzes immer seltener Gegenstand der universitären Lehrveranstaltungen waren. Diese Veränderungen bedeuteten eine systematische Ausdünnung des gesprächspsychotherapeutischen Nachwuchses.

Mit Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes im Jahr 1999 erfuhr der Berufsstand der sogenannten nicht-ärztlichen Psychotherapeut*innen eine enorme Aufwertung, da nun Psychotherapie nicht mehr auf Grundlage der eingeschränkten Heilpraktikerzulassung, sondern eigenverantwortlich auf Basis einer Approbation angeboten werden konnte. Die Gesprächspsychotherapie konnte allerdings von dieser durchaus positiven berufspolitischen Entwicklung nicht profitieren, da sie zunächst nicht unter den zur Ausbildung zugelassenen Verfahren geführt wurde. Erst im Jahr 2008 stellte der Wissenschaftliche

Beirat (PsychThG) die wissenschaftliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie fest, so dass sie von da an neben Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Therapie, als Vertiefungsverfahren zur Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin/zum Psychologischen Psychotherapeuten zugelassen war. Da Gesprächspsychotherapie aber weiterhin keine Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung hatte, konnte sie keinen erkennbaren Vorteil aus dieser berufsrechtlichen Anerkennung schlagen. Ein Verfahren, welches keinen Zugang zur kassenärztlichen Versorgung ermöglicht, bleibt für Ausbildungskandidat*innen unattraktiv.

Mit dieser kurzen Rückschau sollte sich bereits nachvollziehen lassen, wie die Änderungen der Studien- und Prüfungsordnungen sowie die ausbleibende Anerkennung als Richtlinienverfahren entscheidenden Einfluss auf die sukzessive Bedeutungsabnahme der Gesprächspsychotherapie hatten. Gleichzeitig bleibt aber offen, worin genau die Ursache zu sehen ist, dass sich die Universitäten von der Gesprächspsychotherapie abwandten und sich die Entscheidungsträger der gesetzlichen Krankenversorgung nie der Gesprächspsychotherapie zuwandten.

3. Drei Thesen als Erklärungsversuche

3.1 *Die Gesprächspsychotherapie erscheint inkompatibel zu den Professionalisierungsbemühungen der Psychotherapie.*

Der Begriff der Professionalisierung bezeichnet „(...) den Prozess, in dem die Berufsausbildung und die Weiterentwicklung der professionellen Wissensbasis systematisiert und institutionalisiert werden und bestimmte Tätigkeitsfelder für die Angehörigen des Berufs reserviert werden“ (Heidenreich, S. 39, 1999). Mit zunehmendem Grad der Professionalisierung erhalten ihre Vertreter*innen Deutungs- und Interpretationshoheit über zentrale gesellschaftliche Lebenslagen und legitimieren damit auch ihre professionelle Praxis (Flick, 2019). Wesentliche Merkmale sind die Etablierung eines berufsbezogenen Expertenwissens und ein klar umrissenes und idealerweise monopolisiertes Tätigkeits- und Zuständigkeitsfeld, das autonom z. B. über Berufsverbände und Kammern organisiert wird. Je deutlicher die Abgrenzung zu den Nicht-Professionellen, also den Lai*innen, gelingt, umso weiter fortgeschritten ist der Professionalisierungsprozess.

Mit der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes im Jahr 1999 wurden mit dem Psychologischen Psychotherapeuten und dem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zwei neue Heilberufe geschaffen, die als Kammerberufe bereits auf struktureller Ebene mit einem hohen Professionalisierungsgrad

ausgestattet waren. Die Psychotherapeutenkammern sind befugt – zwar unter Aufsicht der Landesbehörden, aber ansonsten weitgehend eigenverantwortlich, u. a. die Erfüllung der Berufspflichten disziplinarrechtlich zu überwachen, die berufliche Weiterbildung zu regeln und die Qualität der Berufsausübung aus fachlicher und ethischer Perspektive zu kontrollieren. Aus berufsrechtliche Perspektive stehen diese beiden Heilberufe in Konkurrenz zu den ärztlichen Psychotherapeuten, was ein weiteres Bemühen um einen vergleichbaren Professionalisierungsgrad zur Folge hat.

Innerhalb der Psychotherapie lassen sich Aspekte der Professionalisierung wiederfinden, wenn z. B. Ätiologiemodelle, Störungsdynamiken und Interventionsstrategien in einer Komplexität und unter Verwendung einer anspruchsvollen Terminologie entwickelt werden, dass diese für Lai*innen nur noch schwer verständlich sind. Diese elaborierten Konstruktionen müssen dann z. B. im Zuge der Patient*innenaufklärung für die Lai*innen wieder heruntertransformiert werden, damit diese, zumindest in Ansätzen, verstanden werden können.

Aus diesem Professionalisierungsverständnis heraus werden Psychotherapeut*innen als Expert*innen gesehen, die auf Grund ihres Fachwissens das Vorliegen einer psychischen Störung feststellen, die Art der Störung benennen und auf Grund dieses Wissens einen Behandlungsplan konzipieren können. Dieses Verständnis von Expert*innentum ist vergleichbar mit dem von Kfz-Mechaniker*innen, die ein defektes Auto entgegennehmen, den Fehler feststellen, um es dann wieder fahrtauglich zu machen. Was im Einzelnen mit dem Auto geschieht, erschließt sich den Lai*innen nur ansatzweise.

Bis zu einem gewissen Grad sind sowohl die Verhaltenstherapie als auch die psychodynamische Therapie und die Systemische Therapie in der Lage, diese klassische Vorstellung von Expertise zu bedienen. Deutlich anders verhält es sich dagegen bei der Gesprächspsychotherapie: Die Patient*in wird als die Expert*in ihrer selbst verstanden, und die Aufgabe der Psychotherapeut*in besteht in einem Beziehungsangebot, welches von einer wertschätzenden, kongruenten und empathischen Grundhaltung geprägt ist. Die Therapeut*innen fungieren hier eher als Begleiter*innen denn als kompetente Anführer*innen, wie wir es aus dem klassischen Expert*innenverständnis erwarten würden. Ein zentraler Begriff in der Gesprächspsychotherapie stellt die non-direktive Grundhaltung dar, welche ebenfalls inkompatibel mit der klassischen Haltung der Expert*innen zu sehen ist. Eine weitere Verletzung des klassischen Professionsverständnisses erfolgt, wenn die Gesprächspsychotherapie als sog. „gelehrte Kunst des Nicht-Wissens“ bezeichnet wird (Schmidt, 2008).

Einen ersten zentralen Hinweis auf die Inkompatibilität mit dem traditionellen Professionalisierungsverständnis von Psychotherapie findet sich bereits im Titel des zentralen Buches, in

dem Rogers die Grundzüge der Gesprächspsychotherapie darlegt (Rogers, 1942). Im Original trägt es den Titel „Counseling and Therapy“, mit der Folge, dass Beratung und Psychotherapie nicht klar voneinander abgegrenzt, sondern eher als Synonyme verwendet werden. Vor diesem Hintergrund lässt sich auch die vermutlich arglose und dennoch unglückliche Verkürzung des Titels in der deutschen Übersetzung auf „Die nicht-direktive Beratung“ nachvollziehen. Auch wenn in der Praxis die Übergänge zwischen Beratung und Psychotherapie fließend sind, liegen formalrechtlich Welten zwischen Psychotherapie, einem Heilberuf, für den unter Aufsicht der Gesundheitsbehörden eine gesonderte Zulassung erforderlich ist, und dem Beruf der Berater*innen, der in Deutschland in keinerlei Weise geschützt ist. Psychotherapieverfahren, die sich, wie es bei der Gesprächspsychotherapie zumindest in ihren Anfängen der Fall war, nicht klar und deutlich zur Beratung abgrenzen, werden als deprofessionalisierende Bedrohung wahrgenommen, da so die Exklusivität von Psychotherapie verwässert wird.

Diese Ausführungen sollen deutlich machen, dass sich ein Berufsstand, der um weitere Professionalisierung bemüht ist, mit allen Mitteln gegen eine Gesprächspsychotherapie mit ihrem abweichenden Expert*innenverständnis, der unklaren Abgrenzung gegenüber Beratung und einer non-direktiven Grundhaltung stellen muss. Gleichzeitig muss aber auch konstatiert werden, dass dieses Dilemma und die vermeintliche Inkompatibilität nie durch Vertreter*innen der Gesprächspsychotherapie diskutiert wurde. Interessant in diesem Zusammenhang hätte z. B. die Auseinandersetzung mit den von Dreyfus & Dreyfus entwickelten Kompetenzstufen sein können. (Dreyfus & Dreyfus, 1980). Auf der höchsten Kompetenzstufe stehen die „Expert*innen“, die über ein profundes Verständnis und reichhaltigen Erfahrungsschatz verfügen, sodass sie nicht mehr auf Regeln und Leitlinien angewiesen sind, sondern intuitiv die bestmöglichen Lösungen finden können. Eine solche einzelfallbezogene heuristische Kompetenz steht letztlich diametral zu dem vermeintlichen Nutzen manualisierter oder auch störungsspezifischer therapeutischer Ansätze. Ein solcher Diskurs hätte auch für das Selbstverständnis der Psychotherapeut*innen als Profession eine wertvolle Bereicherung sein können.

3.2 Der Gesprächspsychotherapie ist es nicht gelungen, sich konstruktiv zum medizinischen Störungsverständnis zu positionieren.

Neben der Etablierung des Diplomstudiums im Jahre 1941 und der erstmaligen Aufnahme des Kapitels „geistige und psychoneurotische Störungen sowie Persönlichkeitsanomalien“ in der ICD 6 im Jahr 1948, stellt die Aufnahme von Psychotherapie in

den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1967 einen zentralen Meilenstein der Professionalisierungsgeschichte der Psychotherapie dar.

Der Preis für diesen Professionalisierungsschub war allerdings hoch, denn Psychotherapie im Sinne der kassenärztlichen Psychotherapierichtlinien dient, so auch heute, ausschließlich der Krankenbehandlung und setzt voraus, dass kausale Zusammenhänge in der Genese von psychischen Störungen aus der Perspektive des jeweiligen Verfahrens erkennbar werden.

Es wird hier also eine eindeutig feststellbare Dichotomie zwischen seelischer Gesundheit und seelischer Krankheit angenommen, wobei letztere, sofern eine hinreichend gute Prognose auf Heilung besteht, zur Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung führt.

Da sich die Verhaltenstherapie in ihrer Anfangsphase an der Modifikation des beobachtbaren dysfunktionalen Verhaltens orientierte, stand sie zunächst dem traditionellen Krankheitsbegriff sowie der ätiologischen Orientierung der Richtlinien-therapie kritisch gegenüber und strebte sogar eine Innovation heilkundlicher Vorstellungen an (Faber, 1991). Mit der Aufnahme als Richtlinien-therapie im Jahr 1980 kam es dann aber auch in der Verhaltenstherapie zur Übernahme des traditionellen medizinischen Krankheitsverständnisses, so dass sie sich weg von der reinen Problemorientierung hin zum medizinischen Krankheitsverständnis entwickelte. In der Psychoanalyse, die von Beginn an stark von einem medizinischen Denken geprägt war, stellte die Orientierung an einem medizinischen Störungsverständnis kein Novum und somit auch keine neue Herausforderung dar.

Völlig anders verhielt es sich hier bei der Gesprächspsychotherapie, die, wie auch die gesamte Humanistische Psychologie, den gesunden Menschen mit seinen Ressourcen und Potentialen in den Mittelpunkt stellte und grundsätzlich auch skeptisch dem medizinischen Modell gegenüberstand. Anstatt sich nun aber entsprechend der eigenen Tradition kritisch zu dieser medizinisch geprägten Perspektive zu positionieren, muss man im Nachhinein feststellen, dass sie sich der Forderung nach Theoriebildung im Sinne des medizinischen Verständnisses mehr oder weniger unterwarf, was in ein eher fruchtloses und letztlich gegenstandsunangemessenes Bemühen um theoretische Nacharbeit mündete. In den 1990er Jahren wurde ein zweibändiges Buch „Die Entwicklung der Person und ihre Störung“ herausgegeben, das sich der Aufgabe stellte, differentialätiologische Störungskonzepte für die Gesprächspsychotherapie zu entwickeln (Eckert, Höger & Linster, 1993). Im Vorwort wird deutlich, dass es sich nicht um eine von innen aus der Gesprächspsychotherapie heraus angestoßene Auseinandersetzung handelt, sondern diese klar aus der Not geboren war, um doch noch den Zugang zur kassenärztlichen Versorgung zu erhalten. (Linster, 1993).

„Wenn die Gesprächspsychotherapie (und auch die Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen) als gleichberechtigtes Verfahren und gleichwertiges Mitglied in den Kreis der anerkannten Verfahren – und dazu werden in erster Linie die sog. Richtlinienverfahren gezählt – aufgenommen werden will, muss sie ihr Störungs- und Krankheitskonzept auch entsprechend dem vorherrschenden ätiologischen Krankheits- und Psychotherapiemodell ausformulieren. Dann kann auf dieser Grundlage eine ätiologisch fundierte differenzielle Diagnostik und psychotherapeutische Behandlung praktiziert werden.“ (Linster, 1993, S. 8)

Das Bemühen um das Einlösen dieser geforderten differentialätiologischen Störungslehre zog eine intensive Publikationstätigkeit nach sich, welche allerdings wenig Einfluss auf die praktizierenden Gesprächspsychotherapeut*innen hatte. Mit dem sogenannten differentiellen Inkongruenzmodell mutierte die Gesprächspsychotherapie zur Inkongruenzbehandlung (Speierer, 1994), es wurden störungsspezifische Inkongruenzkonstellationen mit Behandlungsempfehlungen herausgearbeitet (Finke, 1994) und die Gesprächspsychotherapie wurde zu einem Basisverhalten, welches im Fall der Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen um die Differentielle Therapie zu erweitern ist (Tscheulin, 1992). Auf der einen Seite war aus diesen Diskursen herauszulesen, dass auch innerhalb der Gesprächspsychotherapie die Idee eines störungsorientierten Verständnisses und Vorgehens immer wieder mit der Frage verbunden wurde, ob ein solches Ansinnen mit einer gesprächspsychotherapeutischen Grundhaltung überhaupt vereinbar sei. Gleichzeitig waren diese Diskurse aber auch von der von außen herangetragenen Forderung geprägt, sich störungsspezifisch weiterzuentwickeln.

Die große Energie, welche in die eben nicht-systemimmanente Thematik investiert wurde, trug weder zu einer substantiellen Weiterentwicklung der Gesprächspsychotherapie bei, noch brachte sie die ersehnte Anerkennung.

Einen völlig anderen Umgang mit der vermeintlichen Inkompatibilität des medizinischen Störungsverständnisses und den eigenen theoretischen Grundannahmen zeigen die Vertreter*innen der Systemischen Therapie.

Die Systemische Therapie soll im Sinne ihres eigenen Verständnisses Veränderungsprozesse von Systemzuständen ermöglichen, die als defizitär oder dysfunktional beurteilt werden. Solange man sich der Konventions- und Wertungsabhängigkeit bewusst bleibt, sind damit auch Systemzustände gemeint, die andere mit Begriffen wie Pathologie oder Krankheit umschreiben (Schiepek, G., 2012). Eine eindeutig nicht systemische Betrachtungsweise sei es jedoch, psychische Störungen oder auch psychotherapeutische Behandlungsphänomene als in einem Systemmitglied lokalisierbare Phänomene zu betrachten (Schweitzer & Weber, 1997). Zwar trage die Zuschreibung einer Diagnose zur Entspannung der Lage bei, da man nun die Auffälligkeiten als nicht ohne weiteres beeinflussbare

Krankheit bei den Problemträger*innen lokalisieren kann, gleichzeitig führe dieser Vorgang zu einer Dekontextualisierung des Phänomens mit der Folge, dass die Möglichkeiten eines sozialen Verstehens und Beeinflussens dieses Phänomens verringert werden.

Aus erkenntnistheoretischer Perspektive streitet die Systemische Therapie demnach die Existenz von Krankheit klar ab, sieht in diesem Konstrukt aber einen zivilisatorischen Fortschritt, da nun Betroffene über dieses Konstrukt Anspruch auf Unterstützung erhalten.

Mit dieser Haltung schaffte die Systemische Therapie einerseits einen Raum für die Integration des medizinischen Krankheitsverständnisses, konnte sich aber andererseits in ihren theoretischen Grundannahmen treu bleiben. Eine vergleichbare, theoretisch konsequente Integrationsleistung ist der Gesprächspsychotherapie bis heute nicht gelungen.

3.3 Die Gesprächspsychotherapie wird nicht als ein Verfahren wahrgenommen, unter dem sich heterogene Strömungen etablieren können.

Um sich dieser These zu nähern, soll zunächst beispielhaft ein Blick auf die Heterogenität, die sich sowohl in der Verhaltenstherapie als auch der Psychoanalyse wiederfinden lässt, geworfen werden. Mittlerweile wird die Verhaltenstherapie in drei Wellen unterteilt, welche in ihrer Gesamtheit das Profil dieses Verfahrens kennzeichnen. In der sogenannten ersten Welle fanden vor allem Erkenntnisse des operanten und klassischen Konditionierens systematisch Eingang in die therapeutische Arbeit. Die 2. Welle geht mit der sog. „Kognitiven Wende“ in den 1960er-/70er-Jahre einher und hatte zur Folge, dass kognitive Phänomene Gegenstand der Diagnostik und Intervention wurden. Anfang der 1990er-Jahre setzte die sog. 3. Welle ein: Die Verhaltenstherapie fokussierte sich nun zunehmend auf das gesamte innere Erleben der Patient*innen. Auf therapeutischer Ebene fanden nun achtsamkeits- und akzeptanzbasierte Strategien Eingang in den psychotherapeutischen Prozess. Heute kann man sagen, dass alle drei Phasen in ihrer Summe die Säulen der Verhaltenstherapie darstellen und in jeweils unterschiedlichen Ausprägungen die Interventionen bestimmen. Ein zentrales Kriterium der Verhaltenstherapie heute ist weniger eine vorab ausgerichtete theoretische Orientierung, sondern vor allem die Evidenzbasierung. Von daher kann grundsätzlich jede Intervention, deren Wirksamkeit theoretisch begründet und empirisch nachgewiesen ist, Eingang in den Kanon verhaltenstherapeutischer Interventionen finden. Auf der einen Seite suggeriert der Begriff „Verhaltenstherapie“, dass es sich um ein spezifisches therapeutisches Verfahren handelt, gleichzeitig zeigen die Praxis und die theoretischen Weiterentwicklungen, wie heterogen die

Verhaltenstherapie in sich ist, so dass die gemeinsame Klammer hier sehr weit gedacht werden muss.

Seit den Anfängen der Psychoanalyse existiert eine Vielzahl von Weiterentwicklungen sowohl in der Theoriebildung als auch im grundlegenden Therapieverständnis. Heute lässt sich die Psychoanalyse als ein lockerer Verbund von unterschiedlichen Theoriefragmenten beschreiben, deren letzte Gemeinsamkeit die Bezugnahme auf S. Freud ist (vgl. Mertens, 2010). Während die eine Gruppe auf die Kraft der konfrontativen Deutung setzt (z. B. Otto Kernberg), betonen andere die korrigierende Beziehungserfahrung (Michael Balint, Donald Winnicott) und wiederum andere die unbedingte Empathie (Heinz Kohut, Robert Stolorow). So kann heute von einem breiten Spektrum verschiedener psychodynamisch begründeter Ansätze gesprochen werden, die weit über das hinausgehen, was von ihrem Begründer, Sigmund Freud, angestoßen wurde.

Ganz anders verhält es sich dagegen mit der Gesprächspsychotherapie, die nach wie vor sehr eng auf die Arbeiten von Rogers ausgerichtet ist, so dass Weiterentwicklungen mit strengem Blick hinsichtlich ihrer Konformität überprüft werden. Eine zu weite Entfernung von diesen Grundprinzipien wird beinahe als Häresie wahrgenommen und als Variante bzw. Weiterentwicklung der Gesprächspsychotherapie abgelehnt, da sie nicht der „reinen“ Lehre entspricht.

Die Konsequenz einer solchen Haltung spiegelt sich u. a. darin wider, wenn in dem zum Standard gewordenen Lehrbuch zur Gesprächspsychotherapie, der Abschnitt „Konzeptuelle Weiterentwicklungen“ auf lediglich zwei Seiten abgehandelt werden kann (Eckert, Biermann-Ratjen, Höger, 2012).

Erwähnt werden hier:

- Focusing
- Emotionsfokussierte Therapie (Prozess-erlebnisorientierte Therapie)
- Störungsbezogene Gesprächspsychotherapie
- Das differentielle Inkongruenzmodell
- Klärungsorientierte Psychotherapie – Zielorientierte Gesprächspsychotherapie

Oft wird die sogenannten „Klassische Gesprächspsychotherapie“ nach Rogers den Weiterentwicklungen gegenübergestellt, was letztlich verhindert, dass heterogene Weiterentwicklungen unter dem Dach der Gesprächspsychotherapie verortet werden können. Die vermeintlichen Abweichungen der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie gegenüber der Klassischen Gesprächspsychotherapie wurden als so gravierend wahrgenommen, dass diese nicht als gesprächspsychotherapeutische Variante akzeptiert wurde (Sachse, 2002). In der Zwischenzeit wurde dieser Ansatz in Klärungsorientierte Psychotherapie weiterentwickelt und versteht sich nun als ein eigenständiges Verfahren, dessen Wurzeln in der Kognitiven Psychotherapie

und der Gesprächspsychotherapie liegen (Sachse, 2003). Ganz ähnlich verhält es sich mit der Emotionsfokussierten Therapie, die sich ebenfalls als eigenständiges Verfahren sieht und sich aus Elementen der Gestalttherapie, der Gesprächspsychotherapie, der Systemischen Therapie sowie der Bindungstheorie zusammensetzt (Greenberg, 2006).

So stehen die Vertreter*innen der Klassischen Gesprächspsychotherapie, die sich in ihrer therapeutischen Arbeit eng an die Konzeption von Rogers halten, den sogenannten neohumanistischen Weiterentwicklungen gegenüber, die zwar gewisse Überschneidungen mit der Gesprächspsychotherapie aufweisen, zusätzlich aber von anderen Psychotherapieformen und entwicklungspsychologischen oder auch neuropsychologischen Erkenntnissen geprägt sind. Zwar gilt Rogers als Begründer der Gesprächspsychotherapie; gleichzeitig hatte Jahrzehnte vor Rogers Otto Rank mit der von ihm entwickelten Beziehungstherapie, später Willenstherapie, im Grunde wesentliche Merkmale dieses therapeutischen Ansatzes vorweggenommen (Rank, 1929, 1931). Ganz ähnlich verhält es sich mit der Mentalisierungsbasierten Therapie, deren Fokus in gesprächspsychotherapeutischer Terminologie vor allem auf die Förderung der Symbolisierungsfähigkeit inneren Erlebens gerichtet ist (Bateman & Fonagy, 2012). Hier könnten viele Anregungen für die Gesprächspsychotherapie beinhaltet sein, wenn man nicht so ängstlich an der reinen Lehre festhalten müsste.

Fazit

Ziel dieses Beitrags war es, anhand von drei Thesen aufzuzeigen, dass die fehlende Anerkennung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland nicht nur als Folge einer schicksalhaften Entwertungsstrategie durch Andere zu verstehen ist, die sich monopolartig abschnitten, um so den psychotherapeutischen Versorgungskuchen unter sich aufteilen zu können, sondern dass die Gesprächspsychotherapie mit vielen verpassten Chancen einen wesentlichen Anteil an dieser Entwicklung mitträgt. In dieser Dynamik ist es der Gesprächspsychotherapie nicht gelungen, sich kritisch und konstruktiv mit dem Verständnis von Profession, dem medizinischen Störungsverständnis aber auch der Offenheit gegenüber innovativen Weiterentwicklungen zu positionieren und gleichzeitig die Grundlagen des eigenen Ansatzes zu wahren. Die Folgen sind dramatisch, und es ist nicht erkennbar, wie und ob diese verpassten Chancen für die Gesprächspsychotherapie in Deutschland wieder gut zu machen sind.

Literatur

- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (Hrsg.). (2021). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Publishing, Arlington Press.
- Bergin, A. E. (1966). Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology*, 71(4), 235–246.
- Dreyfus, S. A. & Dreyfus, H. L. (1980). *A five-stage model of mental activities involved in directed skill acquisition*. Operations Research Center University of California. <https://apps.dtic.mil/sti/pdfs/ADA084551.pdf>
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. & Höger, D. (Hrsg.). (2012). *Gesprächspsychotherapie*. (2. überarb. Auflage). Springer.
- Faber, F. R. (1991). Verhaltenstherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung der BRD. Eine kritische Bilanz der ersten 10 Jahre. *Verhaltenstherapie* 1, 15–25.
- Finke, J. (1994). *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Thieme.
- Flick, S. (2019). Psychotherapie als Profession? Psychotherapeut*innen zwischen Professionalisierung und Deprofessionalisierung. In C. Schnell & M. Pfadenhauer (Hrsg.), *Handbuch Professionssoziologie* (S.1–20). Springer.
- Gaub, J., Ziem, M. & Flückiger, Ch. (2021). Humanistische und experientielle Psychotherapieverfahren. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S.443–457). Springer.
- Gemeinsamer Bundesausschuss, (2008). Tragende Gründe des Gemeinsamen Bundesausschuss zum Beschluss über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien: Ergebnis des Bewertungsverfahrens über die Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen. *G-BA*. https://www.g-ba.de/downloads/40-268-595/2008-04-24-Psycho-GT_TrG.pdf
- Greenberg, L. (2006). *Emotionsfokussierte Therapie. Lernen mit den eigenen Gefühlen umzugehen*. DGVT.
- Heidenreich, M. (1999). Berufskonstruktion und Professionalisierung. Erträge der soziologischen Forschung. In H. Apel, K.-P. Horn, P. Lundgreen & U. Sandfuchs (Hrsg.), *Professionalisierung pädagogischer Berufe im historischen Prozeß* (S.35–58). Klinkhardt.
- Helle, M. (2007). Die Bologna-Reform: Chancen und Risiken für die Psychologie und Psychotherapie. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 3, 160–166.
- Linster, H. (1993). Vorwort. In J. Eckert, D. Höger & H. Linster (Hrsg.). *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*. Bd 1. S.7–10. GwG-Verlag.
- Mertens, W. (2010). *Psychoanalytische Schulen im Gespräch* (Bd.1). Hogrefe.
- Rank, O. (1929/2005). Die analytische Reaktion. In *Technik der Psychoanalyse Bd. 2*. Psychosozial Verlag.
- Rank, O. (1931/2005). Die Analyse des Analytikers und seine Rolle in der Gesamtsituation. In *Technik der Psychoanalyse Bd. 3*. Psychosozial Verlag.
- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and Psychotherapy*. Houghton Mifflin Co.
- Sachse, R. (2002). Zielorientierte Gesprächspsychotherapie. In W. Keil & G. Stumm (Hrsg.) *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie*. (265–284). Springer.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Hogrefe.
- Schiepek, G. (2012) Systemische Therapie – Eine Annäherung. *Kontext*, 43(4), S. 338–362.
- Schmid, P. (2008). Ein zu stille Revolution. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 3, 124–130.
- Schweitzer, J & Weber, G. (1997). Störe meine Kreise. Zur Theorie, Praxis und kritischen Einschätzung der Systemischen Therapie. *Psychotherapeut*, 42, 197–210.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Asanger.
- Tscheulin, D. (1992). *Wirkfaktoren psychotherapeutischer Interventionen*. Hogrefe.
- Weinert, F.E. (1987). Zur Lage der Psychologie. *Psychologische Rundschau*, 38, 1–13.