

Jochen Eckert

# Welcher Klient mit welcher Störung profitiert von einer Gesprächspsychotherapie? Entwicklung und Stand der Indikationsfrage in der Klientenzentrierten Psychotherapie

## Abstract:

*Einleitend wird herausgestellt, daß die kritische Haltung, die Carl Rogers gegenüber Diagnosen und Diagnostik eingenommen hat, nicht mit einer generellen Ablehnung gleichzusetzen ist.*

*Es wird dann versucht, Antworten auf folgende Fragen zu geben: Welche diagnostischen Kriterien sprechen für eine positive Indikationsstellung, unter welchen Bedingungen ist eine Gesprächspsychotherapie nicht und unter welchen kontraindiziert?*

**Keywords:** *Indikation, Therapieprozeß, Diagnostik, Setting.*

## 1. Einleitung

Der Gesprächspsychotherapie, auch klientenzentrierte oder personzentrierte Psychotherapie genannt, wird nachgesagt, daß sie Diagnosen ablehne. Das lernen so z.B. deutsche Medizinstudenten, wenn sie das sehr verbreitete „Lehrbuch Psychiatrie“ von Tölle benutzen: „Wenn Krankheitssymptomatik und Diagnose außer acht bleiben, folgt hieraus, daß die klientenzentrierte Therapie kaum als Behandlungsverfahren für Patienten gelten kann, die im klinischen Sinne krank sind.“ (Tölle 1991, 327) Die Feststellung, daß Krankheitssymptomatik und Diagnose außer acht bleiben, ist falsch (vgl. Eckert 1994), zumindest dann, wenn man sie auf C. R. Rogers, den Begründer des Verfahrens, zurückführt. Dennoch ist zu klären, wie sie zustande kommt. Rogers hat vor über 30 Jahren gefragt und festgestellt: „Soll die Psychotherapie von einer vollständigen psychologischen Diagnose des Klienten ausgehen und darauf aufbauen? Das ist eine komplexe und komplizierte Frage, eine Frage, die noch von keiner therapeutischen Orientierung vollständig beantwortet worden ist.“ (1951; dtsh. 1973, 205).

In seinen weiteren Ausführungen unterscheidet Rogers offensichtlich zwei Arten von Diagnostik, die sich in ihren jeweiligen Zielsetzungen unterscheiden und die wir heute als Status- bzw. Prozeßdiagnostik (vgl. Pawlik 1976) bezeichnen. Im Hinblick auf den psychotherapeuti-

schen Prozeß und dessen Zielsetzung hält er eine zeit- und situationsinvariante Statusdiagnose für in der Regel überflüssig: „Unsere Erfahrung hat uns zu der vorläufigen Schlußfolgerung geführt, daß eine Diagnose der psychischen Eigentümlichkeiten nicht nur unnötig, sondern in mancher Hinsicht auch nachteilig und unklug sein kann.“ (ebd. 209).

Offenbar ist dieser Satz nicht nur von Tölle und anderen Psychiatern, sondern auch von vielen Psychologen, vor allem von Gesprächspsychotherapeuten, dahingehend ausgelegt worden, daß Rogers Diagnosen ablehne. Übersehen wird bei dieser Auslegung, daß Rogers im Hinblick auf die Durchführung einer Psychotherapie allein die Erstellung einer „vollständigen psychologischen (Status-) Diagnose“ fragwürdig findet, hingegen die Bedeutsamkeit einer zeit- und bedingungsvariablen Prozeßdiagnose würdigt. Mit dieser Auffassung nimmt er die Ergebnisse von 40 Jahren Psychotherapieforschung vorweg, wenn er schreibt: „In einem sehr bedeutungsvollen und genauen Sinn ist die Therapie Diagnose, und diese Diagnose ist ein Prozeß, der eher in der Erfahrung des Klienten abläuft als im Intellekt des Klinikers. So gesehen, hat der klientbezogene Therapeut Vertrauen in die Wirksamkeit der Diagnose. (...) In der klientbezogenen Therapie scheint das Ziel des Therapeuten zu sein, die Bedingungen zu schaffen, unter denen der Klient imstande ist, die Diagnose der psy-

chischen Aspekte seiner Fehlanpassung zu stellen, zu erfahren und zu akzeptieren.“ (ebd. 208 f)

Die vor allem in der Vergangenheit nicht zu übersehende ablehnende Haltung vieler Gesprächspsychotherapeuten in Deutschland gegenüber Diagnostik und Diagnosen hat m. E. andere Gründe als die zitierten Ausführungen von Rogers. Die Ausbreitung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland fiel zusammen mit dem Beginn der anti-psychiatrischen Bewegung und in die Zeit, in der der Etikettierungsansatz („labeling approach“) auf die psychiatrischen Diagnosen übertragen wurde (z.B. Keupp 1972) mit dem Resultat, daß Diagnostizieren als eine unmoralische, weil krankmachende, Handlung angesehen wurde. Diese Einstellung gegenüber psychiatrischen Diagnosen teilten viele Gesprächspsychotherapeuten nicht nur mit vielen anderen Psychologen, sondern auch mit vielen – meist sozialpsychiatrisch orientierten – Psychiatern.

## 2. Geschichte der Indikationsstellung in der Gesprächspsychotherapie

Rogers hat in einer grundlegenden Veröffentlichung 1942 acht Kriterien genannt, die erfüllt sein sollten, wenn mit einem Klienten eine beratende Behandlung erfolgreich durchgeführt werden soll (Rogers 1972, 76 f./1942):

- (1) Das Individuum steht unter einer gewissen Spannung, die sich aus nicht zu vereinbarenden persönlichen Wünschen oder aus dem Konflikt zwischen sozialen und umgebungsbedingten Forderungen und den individuellen Bedürfnissen ergibt. Der Druck und die Spannung, die auf diese Weise entstanden, sind größer als die Belastung, die es für das Individuum bedeutet, seine Gefühle in bezug auf seine Probleme auszudrücken.
- (2) Das Individuum verfügt über einige Kapazität, sich dem Leben zu stellen. Es besitzt in angemessenem Umfang die Fähigkeit und Stabilität, eine gewisse Kontrolle über die Elemente seiner Situation auszuüben. Die Umstände, denen es sich gegenüber sieht, sind nicht so ungünstig oder so unveränderbar, daß es ihm unmöglich ist, sie zu kontrollieren oder zu verändern.
- (3) Dem Individuum ist Gelegenheit gegeben, seine widerstreitenden Spannungen in geplanten Kontakten mit dem Berater auszudrücken.
- (4) Es ist imstande, diese Spannungen entweder verbal oder mit Hilfe anderer Medien auszudrücken. Ein bewußtes Verlangen nach Hilfe ist von Vorteil, aber nicht unbedingt erforderlich.
- (5) Das Individuum ist entweder emotionell oder räumlich in angemessenem Umfang von familiärer Kontrolle unabhängig.

- (6) Es ist einigermaßen frei von übermäßiger Labilität, besonders von einer solchen organischer Natur.
- (7) Es besitzt eine angemessene Intelligenz, um es mit seiner Lebenssituation aufnehmen zu können.
- (8) Es ist von angemessenem Alter – alt genug, um sich einigermaßen mit dem Leben auseinanderzusetzen, und jung genug, um noch einige Anpassungs-Elastizität zu besitzen. Dieses Alter liegt ungefähr zwischen dem zehnten und dem sechzigsten Lebensjahr.

Diese Kriterien nimmt Rogers (1973, 213/1951) wieder zurück. Er schreibt: „Die Liste von Kriterien erwies sich als in keiner Weise hilfreich; nicht so sehr, weil sie falsch war – obwohl die Punkte 5 und 8 fortgesetzt widerlegt wurden –, sondern weil sie bei dem in der Ausbildung befindlichen Berater eine wertende, diagnostizierende Geisteshaltung hervorrief, die nicht von Vorteil ist.“

Seine Meinung über die Rolle der Indikation in der Gesprächspsychotherapie faßt Rogers (ebd. 214) in den Satz: „Wir sind der Ansicht, daß der Versuch, der Anwendbarkeit einer solchen Therapie dogmatische Grenzen zu setzen, keinen Vorteil bringt. Wenn es gewisse Arten von Individuen gibt, die nicht empfänglich sind oder für welche die klientenbezogene Therapie kontraindiziert ist, dann werden Erfahrung und Forschung uns zeigen, welche Gruppen das sind“.

Was haben nun Erfahrung und Forschung erbracht?

Anfang der 80er Jahre stellten Baumann und Wedel (1981) in einem Überblick über den Stellenwert der Indikationsfrage im Psychotherapiebereich fest, daß es in der Gesprächspsychotherapie bezüglich der Diagnose- und Indikationsfragen zwei Positionen gäbe: die Vertreter der einen Position erwähne Indikationsfragen kaum, während die Vertreter der anderen sich mit ihnen explizit auseinandersetzten.

Heute scheint die Position der Gesprächspsychotherapie vor allem im Hinblick auf die Einbeziehung psychiatrischer Statusdiagnosen einheitlicher zu sein, so daß Teusch (1991, 55) glaubt feststellen zu können: „Das Stellen einer Diagnose – über lange Zeit ein Tabuthema in der Gesprächspsychotherapie – ist in der Gesprächspsychotherapie im europäischen Raum selbstverständlicher Teil der Behandlungsplanung“.

Sicherlich haben zu dieser Entwicklung nicht nur klinische Notwendigkeiten, sondern auch gesellschaftliche Anforderungen beigetragen: Vorgaben der deutschen Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Anerkennung eines psychotherapeutischen Verfahrens als Richtlinienverfahren, der Krankheitsbegriff im Sozialgesetzbuch (SGV) usw. gehen von einem aus der medizinischen Tradition stammenden Auffassung von Krankheit und Diagnose aus. Eine Anerkennung der Gesprächspsychotherapie durch die Gesellschaft, d.h. z.B. durch die Träger der Krankenversicherungen, ist nur denkbar, wenn sie sich diesen Anforderungen stellt.

In diesem Zusammenhang ist die Warnung von Peter F. Schmid (1992, 105) zu erwähnen, der befürchtet, daß sich „unter dem Druck von Legitimationserfordernissen und Anerkennungsbedürfnissen manche Weiterentwicklung als Rückschritt in durch Rogers bereits überwundene Positionen herausstellt“.

Im folgenden soll der heutige Umgang mit Indikationsfrage in der Gesprächspsychotherapie möglichst praxisnah dargestellt werden.

### 3. Diagnose, Diagnostik und Indikationsstellung in der Gesprächspsychotherapie heute

#### 3.1 Wann ist eine Psychotherapie indiziert?

Allgemein gilt: Eine Psychotherapie im engeren Sinne, d.h. als Krankenbehandlung, ist dann angezeigt, wenn die Störung des Patienten (auch) einen psychischen Ursprung hat, und eine psychotherapeutische Behandlung mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit dazu beitragen kann, eine positive Veränderung der Störung selbst oder der damit zusammenhängenden Befindlichkeit (Leiden) zu bewirken. Psychotherapie bzw. psychotherapeutisch orientiertes Handeln ist auch dann angezeigt, wenn die psychischen Beschwerden eine Reaktion auf eine organische Erkrankung oder ein belastendes Ereignis darstellen.

Zu beantworten sind also bei diesem ersten Schritt drei Fragen:

1. Welche Kriterien sprechen für eine positive Indikationsstellung?
2. Welche Bedingungen schränken diese Kriterien ein, d.h. wann ist eine Psychotherapie nicht indiziert?
3. Welche Kriterien lassen eine Psychotherapie kontraindiziert erscheinen, weil eine Verschlechterung zu erwarten ist bzw. der Patient durch die Psychotherapie Schaden nehmen könnte?

Welche diagnostischen Kriterien sprechen für eine positive Indikationsstellung?

Ob eine psychische Störung vorliegt, kann in einem ersten Schritt durch die Erhebung einer formalen Diagnose gemäß ICD-9 bzw. ICD-10 oder DSM-III-R bzw. DSM-IV festgestellt werden. Die Diagnosen bzw. Störungen, die als psychotherapieindikativ angesehen werden, wurden in die sog. Psychotherapie-Richtlinien aufgenommen. Ihre Kennzeichnung ist jedoch noch an ICD-9 bzw. am tiefenpsychologischen Krankheitsmodell orientiert.

Es handelt sich dabei um folgende Störungen:

*Anwendungsbereiche für Psychotherapie in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien in der Neufassung vom 3. Juli 1987, in der geänderten Fassung vom 4. Mai 1990)*

*Auszug aus Abschnitt D:*

1. *Psychoneurotische Störungen (z.B. Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen, Konversionsneurosen)*
2. *Vegetativ-funktionelle Störungen und psychosomatische Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie*
3. *Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation kann Psychotherapie angewendet werden, wenn psychodynamische Faktoren wesentlich Anteil an einer seelischen Behinderung oder an deren Auswirkung haben und mit ihrer Hilfe eine Eingliederung in Arbeit, Beruf und/oder Gesellschaft möglichst auf Dauer erreicht werden kann. Indikationen hierfür können nur sein:*
  - 3.1 *Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung.*
  - 3.2 *Seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen und/oder Mißbildungen stehen.*
  - 3.3 *Seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet.*
  - 3.4 *Seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten.*
  - 3.5 *Seelische Behinderungen als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen lassen.*

Die Diagnose allein sagt nur wenig über den zu erwartenden Behandlungserfolg aus. Patienten mit ein und derselben Diagnose können mit ein und demselben psychotherapeutischen Verfahren sehr wohl sehr erfolgreich als auch erfolglos behandelt werden oder gar Schaden nehmen.

Dennoch zeigen gruppenstatistische Untersuchungen, daß die Erfolgsquote von gesprächspsychotherapeutischen Behandlungen bei unselegierten Patientenstichproben sehr wohl in Abhängigkeit von der Art der Störung variiert. Werden alle um eine Gesprächspsychotherapie nachsuchenden Patienten ohne jede weitere Selektion, jedoch unter Ausschluß der kontraindizierten, behandelt, so profitieren ca. 2/3 von ihnen von der psychotherapeutischen Behandlung. Bei Abhängigkeitserkrankungen, z.B. Alkoholismus, liegt diese Erfolgsquote mit ca. 1/3 deutlich niedriger.

Innerhalb der klassischen Neurosen haben z.B. Patienten mit den Diagnosen depressive Neurose, Phobie und Angstneurose bessere Erfolgschancen als Patienten mit anderen Formen neurotischer Erkrankung, z.B. mit einer Zwangneurose. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen haben im Mittel einen geringeren Behandlungserfolg als Patienten mit psychoneurotischen Störungen. Ein gewis-

ser Ausgleich kann durch die Therapiedauer erreicht werden: Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung brauchen längere Therapiezeiten als die mit einer neurotischen Erkrankung.

Um es zu wiederholen: Diese gruppenstatistischen Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen der Art der Störung und dem Therapieerfolg bzw. dem erforderlichen Therapieumfang geben keine ausreichende Basis für eine Prognose im Individualfall ab.

Wann ist eine Psychotherapie trotz des Vorliegens einer psychotherapie-indikativen Störung nicht indiziert?

In einem zweiten Schritt ist die Frage zu untersuchen, ob eine Psychotherapie auch tatsächlich eine Veränderung verspricht. Das wird z.B. wenig wahrscheinlich sein bei einem Patienten, der wiederholt als neurotisch depressiv diagnostiziert worden ist und bei dem sich im Verlaufe des Erstinterviews herausstellt, daß er bereits vier Therapien ohne Erfolg abgeschlossen bzw. abgebrochen hat, und die Exploration seiner Lebenssituation deutlich macht, daß er alleine lebt und außer den erwähnten Therapiekontakten keine weiteren Sozialkontakte hat, worin er kein Problem sieht.

Allgemeiner formuliert: Eine Psychotherapie ist trotz des Vorliegens einer psychotherapieindikativen Störung in der Regel dann nicht indiziert, wenn die Therapie anderen Zielen dienen soll als der Auseinandersetzung mit der eigenen Person mit dem Ziel, sich selbst zu verändern.

Welche Kriterien lassen eine Psychotherapie als kontraindiziert erscheinen, weil eine Verschlechterung zu erwarten ist bzw. der Patient durch die Psychotherapie Schaden nehmen könnte?

Die letzte Frage, die vor einer positiven Indikationsstellung zu klären ist, ist die nach Hinweisen für eine Kontraindikation. Ein Beispiel dafür ist eine 38jährige, als depressiv diagnostizierte Patientin, die seit ihrem 18. Lebensjahr mit einem querschnittsgelähmten und an den Rollstuhl gefesselten Mann verheiratet ist. Aus der Vorgeschichte der Patientin ist zu erfahren, daß die Mutter der Patientin mit dieser zusammen einen sog. erweiterten Suizidversuch unternommen hat. Die Patientin war 3 Jahre alt, als die Mutter mit ihr zusammen von einer Brücke in die Elbe gesprungen ist. Die Mutter ist dabei ertrunken. Der Patientin, die die Ehe als ihren wesentlichen Lebensinhalt schildert, wird im Erstgespräch im Ansatz bewußt, daß die Wahl des gehunfähigen Partners einen Zusammenhang mit dem Suizid ihrer Mutter haben könnte. Sie verständigt sich mit dem Erstinterviewer darüber, daß eine Psychotherapie, in der solche Zusammenhänge zwangsläufig Thema werden, möglicherweise nicht die richtige Behandlung für sie sei. Sie wolle auf keinen Fall ihre Ehe aufs Spiel setzen. Da die nicht zu übersehende Depression der Patientin von einer Reihe von somatischen Symptomen begleitet war, riet der Erstinterviewer ihr zunächst zu einer herkömmlichen ‚Kur‘, d.h. zur Behand-

lung in einer primär auf die Behandlung von somatischen Beschwerden ausgerichteten Kurklinik. Das Angebot des Erstinterviewers, ihn nach dieser Kur erneut aufzusuchen, um die Frage einer Psychotherapie erneut zu behandeln, wurde von der Patientin nicht wahrgenommen. Eine Kontraindikation wird häufig auch bei sog. frühen Störungen gestellt werden müssen, d.h. bei Patienten, deren Störung sich auf ein instabiles Selbstkonzept zurückführen läßt. Ein Beispiel dafür ist ein 19jähriger junger Mann, der von seinen Eltern aus den „Klauen einer Sekte befreit“ worden ist, und dem nach Meinung der Eltern eine Psychotherapie bei der Aufarbeitung der dort angerichteten Schäden helfen soll. Im Erstinterview wird aber rasch deutlich, daß die vielfältigen psychischen Störungen des jungen Mannes nicht als Reaktion auf die Mitgliedschaft in dieser Sekte zu verstehen sind – während der Mitgliedschaft war er fast symptomfrei gewesen – sondern als Ausdruck eines instabilen Selbst. Der Erstinterviewer empfiehlt statt einer Psychotherapie den Besuch einer sog. Tagesstätte, einer psychosozialen Einrichtung für psychisch Kranke, die eine feste Struktur für die Gestaltung des Tagesablaufs bereitstellt und die Möglichkeit bietet, die Fertigkeiten und Kenntnisse zu erwerben, die man braucht, um ein eigenständiges Leben, unabhängig von der konkreten Versorgung durch die Eltern, zu führen. Generell gilt: Eine Psychotherapie ist dann kontraindiziert, wenn durch die Psychotherapie und die in ihr zu erwartenden Prozesse der Patient letztlich überfordert sein wird und dadurch Schaden nehmen wird.

### 3.2 Wann ist eine Gesprächspsychotherapie indiziert und mit welchen Erfolgsaussichten?

Die Indikation für ein spezifisches psychotherapeutisches Verfahren muß die spezifischen psychischen Prozesse berücksichtigen, die das Verfahren bewirkt bzw. bewirken will, in denen sich seine Wirksamkeit entfaltet.

Als Beispiel dafür sei hier die verhaltenstherapeutische Technik der systematischen Desensibilisierung genannt. Wenn diese Technik der Angstbehandlung eingesetzt werden soll, ist im Rahmen der Indikationsstellung sicherzustellen, daß der Patient auch in der Lage ist, sich die angstausslösenden Situationen vorzustellen.

Die Indikationsregeln für eine Gesprächspsychotherapie lauten unter Berücksichtigung der spezifisch gesprächspsychotherapeutischen Prozeßfaktoren:

*Indikationskriterien für eine Gesprächspsychotherapie*  
*Eine Gesprächspsychotherapie als Heilbehandlung ist dann indiziert, wenn*

1. die Störung eine psychische ist, und zwar eine Inkongruenz zur Grundlage hat,
2. ein Selbstkonzept und ein gewisses Ausmaß von Beziehungsfähigkeit zu sich selbst beim Klienten gegeben sind,

3. *der Klient seine Inkongruenz zumindest im Ansatz als solche wahrnimmt, und diese Wahrnehmung mit einem Wunsch nach Veränderung verbunden ist,*
4. *der Klient das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot zumindest in Ansätzen wahrnehmen und annehmen kann und*
5. *in der Aufhebung der Inkongruenz im Erleben des Klienten wenigstens ein erster Schritt zur Behebung einer psychischen Störung bzw. zur Lösung seiner Probleme gesehen werden kann, und sei es auch nur die Klärung des Problems.*

Aus: Biermann-Ratjen et al. 1995, 155.

Gegenüber den bisherigen allgemeinen Ausführungen zur Indikationsstellung ergeben sich im Hinblick auf eine Indikation für eine Gesprächspsychotherapie folgende Präzisierungen:

- Bei der psychischen Störung (Kriterium 1) wird es sich in der Regel um eine Psychotherapie-indikative Störung handeln. Sie muß Inkongruenz im Sinne des klientenzentrierten Störungskonzepts zur Grundlage haben.
- Kriterium 2 ist ein Kriterium für eine Kontraindikation aufgrund eines zu instabilen Selbstkonzepts.
- Kriterium 3 drückt im Rahmen des klientenzentrierten Störungskonzepts so etwas wie das Vorhandensein einer Krankheitseinsicht und eine ausreichende Motivation für eine Veränderung (Leidensdruck) aus.
- Kriterium 4 soll sicherstellen, daß der spezifische gesprächspsychotherapeutische Prozeß, ausgehend vom gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebot, vom Patienten nicht nur wahr-, sondern auch angenommen werden kann.
- Kriterium 5 soll sicherstellen, daß die Kriterien für eine Nicht-Indikation nicht erfüllt sind.

Können die Kriterien 1–3 und 5 als erfüllt angesehen werden, ist Kriterium 4 das für eine Indikationsstellung wichtigste. Ob es vorliegt, kann sowohl während eines Erstgesprächs als auch in probatorischen Gesprächen vor der endgültigen Vereinbarung einer Behandlung überprüft werden. Der Erstinterviewer beobachtet dabei, wie der Patient auf das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot reagiert. Fühlt er sich dadurch für den Erstinterviewer sichtbar und spürbar emotional und kognitiv angesprochen, ist das ein starker positiver Indikator, der als „Ansprechbarkeit für das therapeutische Beziehungsangebot“ bezeichnet wird.

Dieses Merkmal des Patienten korreliert auch mit dem späteren Therapieerfolg und ist somit auch ein prognostischer Faktor.

Ein weiteres prognostisches Merkmal des Patienten ist seine „Selbstexploration“. Sowohl die „Ansprechbarkeit“ als auch die Selbstexploration sind operational definiert, d.h. die Definitionen liegen in einer Form vor, die auch die Einschätzung des Ausprägungsgrades des Kriteriums

zulassen. Die Ansprechbarkeit kann im Rahmen von probatorischen Sitzungen mit einem kurzen Klientenfragebogen erfaßt werden (BIKEB, s. Biermann-Ratjen et al. 1995, 203), die Selbstexploration kann vom Therapeuten bzw. Erstinterviewer auf einer Skala eingeschätzt werden.

Die Suche nach weiteren substantiellen Prädiktoren, die auch einer empirischen Überprüfung standgehalten hätten, war bisher weitgehend vergeblich. Dieses Dilemma teilt die Gesprächspsychotherapie mit den anderen Therapieverfahren.

Die sorgfältigen Überblicksarbeiten von Garfield (1994) für die Einzelpsychotherapie und von Piper (1994) für die Gruppenpsychotherapie zeigen, daß es kein einzelnes, vor der Behandlung erhebbares Statusmerkmal des Patienten gibt, das eine substantielle und sichere Prognose des Therapieerfolges zuläßt.

Zur Prognose des Erfolgs gesprächspsychotherapeutischer Behandlungen hat Zielke (1979) eine Skala entwickelt, die „Kieler Änderungssensitive Symptomliste“ (KASSL). Leider sind mir keine weiteren Untersuchungen mit diesem Instrument bekannt, obwohl die Ergebnisse des Autors vielversprechend waren.

Als ebenfalls prognostisch relevant, aber zugleich für die Praxis meist zu unökonomisch, da zu zeitaufwendig, haben sich Prädiktionsmaße erwiesen, die aus der direkten bzw. indirekten, z.B. vom Video, Beobachtung des Interaktionsverhaltens des Patienten gewonnen werden. Im Bereich der Gesprächspsychotherapie gehören außer der „Selbstexploration des Patienten“ auch Maße wie die „Intensität der Auseinandersetzung mit sich selbst“ (s. Biermann-Ratjen et al. 1995, 75) dazu.

Zusammenfassend läßt sich festhalten: Eine Gesprächspsychotherapie ist dann indiziert, wenn die fünf o. g. Kriterien als erfüllt angesehen werden können, und die Prognose bezüglich des Therapieerfolges ist um so günstiger, je ansprechbarer der Patient für das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot ist, d.h. wenn er darauf mit erhöhter Selbstexploration bzw. verstärkter Selbstauseinandersetzung reagiert.

### 3.3 Welches ist das angemessene therapeutische Setting?

Das Prinzip der Ansprechbarkeit für das jeweilige therapeutische Angebot sollte auch auf die Wahl des Settings angewendet werden. Einem Patienten sollte das Setting empfohlen werden, in dem seine Symptome und inadäquaten Verhaltensweisen, bzw. die dahinterliegenden Probleme und Konflikte am ehesten einer therapeutischen Bearbeitung zugänglich werden.

So ist z.B. ein Patient mit Konkurrenzproblemen, z.B. in der Form von Angst vor offener Auseinandersetzung im beruflichen und privaten Bereich, aber auch in der Form von chronischer unterschwelliger Aggression, sicherlich

in einer Gruppentherapie besser aufgehoben als in einer Einzeltherapie. Eine Paartherapie wäre unter diesem Gesichtspunkt dann indiziert, wenn sich die Störung des Patienten vor allem in der konkreten Partnerschaft manifestiert bzw. durch diese ausgelöst wird. Aber auch für dieses Indikationsprinzip gilt, daß der Patient – und im Falle der Paartherapie auch ihr Partner/seine Partnerin – dieser Settingempfehlung zustimmen kann, mit einer Hoffnung auf Hilfe verbindet.

### 3.4 Welcher ist der angemessene zeitliche Rahmen für eine Gesprächspsychotherapie?

In der Regel wird kein Stundenkontingent für eine Gesprächspsychotherapie vereinbart. Die übliche Behandlungsfrequenz beträgt eine Sitzung von 50 Min. Dauer pro Woche. Im Idealfall stimmen Patient und Therapeut darin überein, wann die Behandlung mit einem guten bzw. ausreichenden Ergebnis beendet werden kann. Gesprächspsychotherapie umfaßt unter diesen Bedingungen im Mittel knapp 70 Sitzungen, verteilt auf einen Zeitraum von etwa zwei Jahren.

Die Behandlungsfrequenz wird von vielen Gesprächspsychotherapeuten und ihren Patienten variabel gehandhabt. Häufig kommt es gegen Ende der Behandlung zu einer „Streckung“ der Frequenz, z.B. sehen sich Patient und Therapeut nur noch bei „Bedarf“ oder in größeren zeitlichen Abständen. Mit der Streckung „probt“ der Patient die Zeit nach der Trennung vom Therapeuten.

Der für eine Behandlung erforderliche zeitliche Rahmen ist offenbar auch von der Art der Störung abhängig. Borderline-Patienten z.B. brauchen deutlich mehr therapeutische Sitzungen als z.B. Patienten mit einer sog. posttraumatischen Belastungsreaktion (vgl. Biermann-Ratjen et al. 1995, 166).

Unter bestimmten Bedingungen haben sich für bestimmte Patienten auch zeitlich limitierte Behandlungen bewährt. So hat der Autor dieses Beitrags gute Erfahrungen mit der Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in sogenannten geschlossenen Therapiegruppen gemacht, die bei einer Frequenz von zwei Sitzungen pro Woche nach einem Jahr abgeschlossen wurden. Die bekannten massiven Trennungsprobleme dieser Patienten waren in diesem Setting, das vorher vereinbart worden war, deutlich geringer als sonst oft zu beobachten ist.

### 3.5 Überlegungen zur differentiellen Indikation

In den Fällen, bei denen zwar eine Psychotherapie, nicht jedoch eine Gesprächspsychotherapie indiziert ist, stellt sich die Frage, welches andere psychotherapeutische Verfahren in Frage käme.

Das Wissen über empirisch gesicherte Kriterien, die eine differentielle Indikationsstellung zulassen, ist noch immer als eher dürftig zu bezeichnen.

Grawe et al. (1994, 695) können aus ihrer umfangreichen Metaanalyse keine durch mehrere Studien gesicherten Indikatoren für eine differentielle Therapieindikation entnehmen. Sie weisen jedoch darauf hin, daß die verschiedenen Therapieverfahren und Therapiesettings nachweislich unterschiedliche „Wirkprofile“ haben. Diese können eine Orientierungshilfe bei der differentiellen Therapieindikation darstellen. So hat man durch Vergleichsuntersuchungen herausgefunden, was ein Therapieverfahren bzw. -setting im Vergleich zu anderen im Mittel „besser“ oder gezielter leistet. Beispielsweise bewirken Gruppen- und Paartherapien mehr Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich als Einzeltherapie, und eine kognitiv-behaviorale Verhaltenstherapie (nach Beck) bewirkt im Vergleich zu einer interpersonellen Therapie (nach Klerman et al. 1984) bei Depressionen stärkere Veränderungen „dysfunktionaler Gedanken“. Gesprächspsychotherapie scheint mehr als andere Therapieverfahren geeignet zu sein, die sogenannten internalen Kontrollüberzeugungen von Patienten anzuheben, d.h. gesprächspsychotherapeutisch behandelte Patienten gewinnen zunehmend die Überzeugung, daß ihre Probleme nicht vorwiegend eine Reaktion auf äußere Schwierigkeiten sind, sondern daß auch sie selbst dazu beitragen und damit auch die Möglichkeit, daran etwas zu verändern, wächst.

Es gibt bisher aber keine gesicherten Erkenntnisse über Patientenmerkmale, die eine prognostisch günstige und eindeutige Zuweisung zu einem bestimmten Therapieverfahren ermöglichen würden.

Ein guter Therapieverlauf setzt eine gute „Passung“ zwischen dem Therapeuten, seiner Persönlichkeit und dem von ihm praktizierten Therapieverfahren auf der einen und dem Patienten, seiner Persönlichkeit und seiner Störung auf der anderen Seite voraus.

Wie bereits erwähnt, besteht ein Teil dieser Passung darin, daß der Patient auf die spezifischen Therapieprozeßfaktoren bzw. Wirkfaktoren eines Verfahrens und des gewählten Settings so anspricht, daß diese zum Tragen kommen und ihre Wirksamkeit entfalten können. Diese Wirkfaktoren stellen eine grobe Orientierung für eine differentielle Indikationsstellung dar:

- Wenn zu erwarten ist, daß sich die Störung des Patienten vor allem in der Übertragung manifestiert, dann sollte die Möglichkeit einer tiefenpsychologischen Psychotherapie geprüft werden.
- Wenn zu erwarten ist, daß eine gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot beim Patienten eine Prozeß der Selbstreflexion und Selbstexploration anstößt, dann sollte an eine gesprächspsychotherapeutische Behandlung gedacht werden.

- Ist abzusehen, daß der Patient seine Störung symptomzentriert und kompetent angeleitet durch einen Therapeuten behandelt wissen möchte, dann wird eine Verhaltenstherapie zu empfehlen sein.

Der zweite wichtige Aspekt der therapeutisch notwendigen Passung ist die „therapeutische Beziehung“ zwischen Patient und Therapeut. Diese Beziehung wird unterschiedlich bezeichnet, z.B. als „therapeutische Allianz“, „tragfähiges Arbeitsbündnis“ oder „therapeutisches Bündnis“. Sie kann nicht verfahrens-, sondern nur personenspezifisch sein. Das rechtfertigt eine gängige Praxis bei der Indikationsstellung: Häufig wird einem Patienten nicht ein spezifisches Therapieverfahren empfohlen, sondern ein bestimmter Psychotherapeut, von dem man zu wissen glaubt, daß er mit diesem Patienten die therapeutische Beziehung wird haben können.

### 3.6 Wann ist eine Gesprächspsychotherapie nicht indiziert bzw. kontraindiziert?

Psychische Hilfe kann nicht nur durch systematische Psychotherapie geleistet werden, und manchmal kann Psychotherapie auch eher schaden als nützen.

Alle erfahrenen Indikationssteller kennen die Erfahrung, daß bereits ein oder zwei Erstinterviews, die ja immer auch den Charakter eines psychotherapeutischen Gesprächs haben, bei einem Patienten so umfangreiche Veränderungen auslösen, daß sich eine weitere Psychotherapie erübrigt.

Die Gründe für eine Nicht- bzw. Kontraindikation wurden bereits aufgeführt.

Gesprächspsychotherapeuten tun sich z.B. im Vergleich zu Psychoanalytikern eher schwer, zu befinden, daß eine Gesprächspsychotherapie nicht indiziert ist. Das hat sowohl rationale als auch irrationale Gründe. Einer der irrationalen Gründe ist der, daß manche Gesprächstherapeuten Skrupel entwickeln, einen Patienten mit einem dezierten Therapiebegehren abzuweisen, obwohl absehbar ist, daß eine Gesprächspsychotherapie mit großer Sicherheit nicht helfen wird. Sie rationalisieren ihre Entscheidung damit, daß sie ihr Verhalten als „klientenzentriert“ bezeichnen, obwohl sie sich nur dem drängenden Wunsch eines Patienten gefügt haben.

Die mehr rationalen Gründe dafür, die Schwelle für eine Kontraindikation sehr hoch zu legen, liegen im Verfahren selbst. Die im Vergleich zu anderen Verfahren eher geringen „Anforderungen“ an die Voraussetzungen, die ein Patient für eine Gesprächspsychotherapie mitzubringen hat, eröffnen nachweislich ein, bezogen auf die Art und Schwere der Störung, sehr breites Indikationsspektrum.

Im Falle einer Nicht- bzw. Kontraindikation sollte der Erstinterviewer eine Antwort auf die Frage finden: Welche andere Form von Hilfe wird dem Patienten gerecht?

Dazu wird er mit dem Patienten zu klären haben, welche Veränderungen mit welchen Zielen er sich wünscht. Häufig wird sich dabei herausstellen, daß es um die Überwindung von Verhaltensdefiziten geht.

Ein Beispiel: Der 35jährige, wiederholt stationär psychiatrisch behandelte Patient fühlt sich von der Mutter abhängig. Er möchte zwar von seiner Mutter weg in eine eigene Wohnung ziehen, sieht sich aber dazu nicht im Stande, weil er glaubt, den Aufgaben einer eigenen Haushaltsführung nicht gewachsen zu sein. Diesem Patienten werden sicherlich sozialtherapeutische Maßnahmen mehr helfen als eine ausschließlich psychotherapeutische Bearbeitung seiner Abhängigkeitsproblematik. Eine solche Behandlungsempfehlung schließt natürlich nicht aus, daß der Patient dann, wenn er den ersten Schritt getan hat, von zu Hause ausgezogen ist und erlebt, daß er sich doch selbst versorgen kann, auch eine Psychotherapie macht. Auch die Behandlung, die anstelle einer Psychotherapie empfohlen wird, muß in Abstimmung sowohl mit den Zielen als auch mit den Möglichkeiten des Patienten erfolgen. Auch wenn das Ziel, wie im genannten Beispiel, eine von der Mutter unabhängige Lebensführung ist, kann der Vorschlag, in eine betreute Einrichtung, z.B. in ein sozialpsychiatrisches Übergangwohnheim, zu ziehen, den Patienten überfordern, wenn ihn tatsächlich die konkrete Trennung von der Mutter überfordert. Möglicherweise wäre in diesem Fall ein Tagesstättenbesuch als erster Schritt die angemessenere Behandlungsempfehlung.

#### Literatur:

- Baumann, U./von Wedel, B. (1981), Stellenwert der Indikationsfrage im Psychotherapiebereich, in: Baumann, U. (Hg.), Indikation zur Psychotherapie. Perspektiven für Praxis und Forschung, München (Urban & Schwarzenberg) 1981, 1-36
- Biermann-Ratjen, E.-M./Eckert, J./Schwartz, H.-J. (1995), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen (7., überarb. u. erweit. Aufl.), Stuttgart (Kohlhammer) 1995
- Eckert, J. (1994), Diagnostik und Indikation in der Gesprächspsychotherapie, in: Janssen, P./Schneider, W. (Hg.), Diagnostik in Psychotherapie und Psychosomatik, Stuttgart (Gustav Fischer) 1994, 147-167
- Faber, F. R./Haarstrick, R. (1991), Kommentar Psychotherapie-Richtlinien, Neckarsulm (Jungjohann) 2 1991
- Garfield, S. L. (1994), Research on client variables, in: Bergin, A. E./Garfield, S. L. (Hg.), Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 190-228, New York Chichester Brisbane Toronto Singapore (Wiley) 1994
- Grawe, K./Donati, R./Bernauer, F. (1994), Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession, Göttingen (Hogrefe) 1994.
- Keupp, H. (1972), Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie, München (Urban & Schwarzenberg) 1972.
- Klerman, G. L./Weissman, M. M./Rounsaville, B. J./Chevron, E. S. (1984), Interpersonal psychotherapy of depression, New York (Basic Books) 1984

- Pawlik, K. (1976) (Hg.), *Diagnose der Diagnostik*. Stuttgart (Klett) 1976
- Piper, W. E. (1994), Client Variables, in: Fuhriman, A./Burlingame, G. M. (Hg.), *Handbook of Group Psychotherapy. An Empirical and Clinical Synthesis*, New York Chichester Brisbane Toronto Singapore (Wiley) 1994, 83-113
- Reimer, Chr./Eckert, J./Hautzinger, M./Wilke, E. (1996), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*, Berlin Heidelberg New York (Springer) 1996
- Rogers, C. R. (1972), *Die nicht-direktive Beratung*. München (Kindler) 1972, Original erschienen 1942: *Counselling and psychotherapy*, Boston (Houghton Mifflin).
- Rogers, Chr. (1973), *Die klient-bezogene Gesprächstherapie*, München (Kindler) 1973, Original erschienen 1951: *Client-centered therapy*, Boston (Houghton Mifflin)
- Schmid, P. F. (1992), *Das Leiden. Herr Doktor, bin ich verrückt? Eine Theorie der leidenden Person statt einer „Krankheitslehre“*, in: Frenzel, P./Schmid, P. F./Winkler, M. (Hg.), *Handbuch der Personzentrierten Psychotherapie*, Köln (Edition Humanistische Psychologie) 1992, 83-126
- Teusch, L. (1991), *Diagnostik in der Gesprächspsychotherapie am Beispiel der Angsterkrankungen*, in: Finke, J./Teusch, L. (Hg.), *Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen*, Heidelberg (Asanger) 1991, 45-58
- Tölle, R. (1991), *Psychiatrie*, Berlin (Springer)<sup>9</sup>
- Zielke, M. (1979), *Indikation zur Gesprächspsychotherapie*, Stuttgart (Kohlhammer) 1979

### Biographie

*Dr. Jochen Eckert, Professor für klinische Psychologie/Psychotherapie an der Universität Hamburg. Zahlreiche Veröffentlichungen in den Bereichen Psychotherapie und Psychotherapieforschung. Mitverfasser des Standardwerks „Gesprächspsychotherapie“, Verändern und Verstehen“, das 1995 in der 7. Auflage erschienen ist, und des 1996 bei Springer erschienenen Buches „Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen“. Forschungsschwerpunkte sind Gruppenpsychotherapie und Borderline-Persönlichkeitsstörungen.*