

Reinhold Schwab, Jochen Eckert und Diether Höger

Zur Situation der Gesprächspsychotherapie (GPT) in Forschung und Lehre in Deutschland

Zusammenfassung: *Informiert wird über die gegenwärtige Rolle der Klientenzentrierten Psychotherapie in Forschung und Lehre an den deutschen mit Psychologie befassten Universitätsinstituten und -kliniken. Dabei werden neuere Forschungsaktivitäten und -ergebnisse berücksichtigt, ferner wird die Präsenz der GPT in der universitären Lehre und den Lehrbüchern dargestellt. Im Ergebnis zeigt sich: Die derzeitigen Forschungsaktivitäten sind insgesamt als nicht ausreichend zu bezeichnen. Wenn geforscht wird, ist ein Trend zu störungsspezifischer Forschung zu verzeichnen, bei der auch die Wirksamkeit manualgestützter Therapien untersucht wird. In den Lehrinhalten der Universitätsinstitute und den bekannten Lehrbüchern der Klinischen Psychologie ist die GPT vertreten, jedoch im Vergleich zu den beiden anderen großen psychotherapeutischen Paradigmen oft weniger gewichtig. Sorgfältig kontrollierte Forschung zu Prozessen und Effekten der GPT halten wir weiterhin für dringend geboten, zumal anzunehmen ist, dass die vorliegenden älteren Studien nicht mehr vollständig das abbilden, was heutige GPT in der Praxis bedeutet.*

Schlüsselwörter: *Gesprächspsychotherapie in Deutschland, Psychotherapieforschung, Effektivität der Gesprächspsychotherapie, Psychotherapieprozess*

Résumé: *Au sujet de la situation de la psychothérapie centrée sur la personne (PCP) dans le domaine de la recherche et de l'enseignement en Allemagne. Cet article informe sur le rôle actuel de la psychologie centrée sur la personne dans la recherche et l'enseignement dans les instituts et les cliniques universitaires allemands traitant de psychologie. Des activités et des résultats de recherche plus récents y sont pris en compte; la présence de la PCP dans l'enseignement universitaire et dans les manuels d'étude y est en outre décrite. Résultat: les activités de recherche actuelles s'avèrent globalement insuffisantes. Lorsque des recherches sont menées, la tendance est à une recherche spécifique à certains troubles, qui étudie également l'efficacité de thérapies assistées par des manuels. Dans les programmes d'enseignement des instituts universitaires et les manuels connus de la psychologie clinique, la PCP est certes représentée, mais on lui accorde souvent comparativement moins d'importance qu'aux deux autres grands paradigmes psychothérapeutiques. Nous sommes d'avis en outre qu'une recherche soigneusement contrôlée sur les processus et les effets de la PCP s'impose d'urgence, d'autant plus qu'il faut bien admettre que les études plus anciennes existantes ne reflètent plus de manière suffisamment complète ce que la PCP signifie actuellement dans la pratique.*

Mots clés: *Psychothérapie centrée sur la personne en Allemagne, recherche en psychothérapie, efficacité de la psychothérapie centrée sur la personne, processus psychothérapeutique*

Abstract: *About the situation of client-centered therapy in research and teachings in Germany. This article gives an overview of the momentary status of CCT within research and teachings amongst German universitarian psychological departments and hospitals. Considered are latest research projects and findings as well as the status of CCT within students' textbooks. Results: In total the current activities in empirical research are not sufficient, although a tendency towards disorder specified and partly manual based research can be stated. CCT can be found in established textbooks of clinical psychology as well as in the subjects of teachings of universitarian departments, although being less prominent compared to the behavioral and psychodynamic paradigms. Carefully controlled research considering processes and effects of CCT is regarded as furthermore urgently important, since older findings can be considered as non-descriptive of the core of modern CCT.*

Key words: *Client-centered therapy in Germany, psychotherapy research, psychotherapeutic outcomes, psychotherapeutic processes*

1. Einleitung

Gesprächspsychotherapeuten sind zu Recht stolz darauf, eine Psychotherapie zu vertreten, die seit den Zeiten des Gründers dieser Schule, C. R. Rogers, immer großen Wert darauf gelegt hat, die Wirksamkeit und Wirkungsweise des Verfahrens empirisch zu dokumentieren – und der dies auch überzeugend gelungen ist. Bekanntlich hat sich hierzu in Deutschland vor allem Reinhard Tausch mit seiner Hamburger Arbeitsgruppe verdient gemacht. Eine zusammenfassende Darstellung der von ihm angeleiteten Forschung in den Jahren 1969 bis 1974 stammt aus dem Jahre 1976 (Tausch 1976). Über die danach, bis 1992, noch erschienenen wichtigsten empirischen Veröffentlichungen des Teams um Reinhard Tausch kann man sich bei Langer (2001) informieren.

Auch von anderen Forscherinnen und Forschern erschienen seit Anfang der 70er Jahre empirische Arbeiten zur Gesprächspsychotherapie, nicht zuletzt auch in der damaligen DDR (Helm 1978; s. auch den Bericht von Frohburg 1990 über „20 Jahre Gesprächspsychotherapie in der DDR“). So galt ab etwa Mitte bis Ende der 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts in Deutschland die Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie als hinreichend nachgewiesen.

Auch braucht die GPT bekanntlich den Vergleich mit anderen etablierten Psychotherapieverfahren keineswegs zu scheuen, wie die umfangreiche Metastudie von Grawe, Donati und Bernauer (1994) aufzeigt. Sie bescheinigt der Gesprächspsychotherapie: „Die Ergebnisse sind bemerkenswert, wenn man an das Spektrum an Störungen denkt, auf die Gesprächspsychotherapie angewandt wurde, und an die relativ kurze Therapiedauer, in der die Effekte erreicht wurden“ (ebd. 134), auch wenn dabei die GPT im Vergleich zur Verhaltenstherapie partiell etwas weniger gut abschneidet (ebd. 135).

Leider ist inzwischen wohl kaum zu bestreiten, dass nach dem damaligen Forschungsboom die empirische Forschung zur GPT in Deutschland während der vergangenen ein bis zwei Jahrzehnte zumindest quantitativ zurückgegangen ist. Außerdem hat man sich in den ersten Jahrzehnten zu wenig um die (Weiter-)entwicklung theoretischer Konzepte gekümmert. Dazu passt denn auch, dass in einem von der deutschen Regierung in Auftrag gegebenen Forschungsgutachten (Meyer et al. 1991) beklagt wurde, dass in der GPT keine ausreichend differenzierte Störungstheorie vorläge.

Diese Aussage trifft zwar heute nicht mehr zu, da mittlerweile differenzielle Störungskonzepte entwickelt wurden, vor allem von Biermann-Ratjen und Swildens (1993), Finke (1994), Höger (1997; 1998), Sachse (1992; 1998; 2002) und Speierer (1994)¹. Wie weit sich die neuere und neueste empirische Forschung davon leiten lässt, ist freilich eine andere Frage, der wir – unter anderem – im Folgenden nachgehen wollen.

Zu unserer Hauptfrage, der generellen aktuellen Bedeutung der GPT in der Forschung und Lehre in Deutschland, sei hier gleich eine neuere Arbeit angeführt, die sich dazu äußert: Auckenthaler und Helle (2001) nennen als ein Fazit ihrer Studie zur Forschung in der Klientenzentrierten Psychotherapie „die weiterhin große ‚Zurückhaltung‘ von Vertretern des Klientenzentrierten Ansatzes gegenüber Forschung *generell*“ (Ebd. 394). Zwar sei die GPT in der Lehre an den deutschen Hochschulen relativ gut vertreten, doch in der Forschung sehe die Situation „wenig erfreulich, eher sogar düster“ aus (Ebd. 394 f.). Wir werden im Folgenden sehen, ob bzw. wie weit wir uns dieser Einschätzung anschließen müssen.

Vorweg hier aber noch eine Anmerkung zur Angemessenheit der in der bisherigen GPT-Forschung hauptsächlich angewandten „naturwissenschaftlichen“ Methodik im Unterschied zum phänomenologischen Ansatz und der Kontroverse darum (s. hierzu ebenfalls Auckenthaler/Helle 2001)². Eine Reihe von Gesprächspsychotherapeuten, nicht zuletzt wohl gerade viele Praktikerinnen und Praktiker (weniger die akademischen Forscher), neigen zu der Auffassung, die essentiellen Geschehnisse in einer GPT könnten durch die herkömmliche „naturwissenschaftliche“ Methodik nicht angemessen erfasst und dargestellt werden. Wir sind jedoch überzeugt: Auch wenn sich bei einer Gesprächspsychotherapie in der Therapeut-Patient-Beziehung, im Erleben der Patienten etc. Prozesse und Veränderungen vollziehen, die mit den herkömmlichen Verfahren nur unvollständig abzubilden sind, so gilt doch auf alle Fälle: Jede Patientin, jeder Patient möchte durch die Psychotherapie die Beseitigung oder zumindest Linderung ganz bestimmter Probleme erreichen – und wenn ein Psychotherapieverfahren wie die GPT diese Ziele zu erreichen vorgibt, auf welche Weise auch immer, müssen ihre Vertreter bereit sein, ihre Resultate objektiv überprüfen zu lassen. Das Leid, mit dem ein Patient die Psychotherapie aufsucht, ist sehr wohl mit herkömmlichen psychologischen Methoden erfassbar, und die Verringerung bzw. Minderung des Leidens ebenso! Unabhängig vom Forschungsmodell kommen wir um eine „Operationalisierung“ auf keinen Fall herum (auch nicht etwa bei qualitativem Vorgehen), solange wir therapeutische Aktionen, Geschehnisse und Ergebnisse überhaupt allgemein nachvollziehbar abbilden und kommunizieren wollen.³

1 Speierers „Differenzielles Inkongruenzmodell DIM“ ist umstritten (vgl. Keil 2001, 138).

2 Zu den verbreiteten Missverständnissen hinsichtlich der Bedeutung der „naturwissenschaftlichen Methode“ vgl. Jürgen Kriz in diesem Heft.

3 Von den Kritikern der naturwissenschaftlichen Methodologie wurden übrigens bislang kaum konkret begehrt alternative Wege aufgezeigt.

2. Gegenwärtiger Stand und Aktivitäten der Forschung in Gesprächspsychotherapie

2.1 Theoretische Konzepte mit empirischer Fundierung

Obwohl das Augenmerk dieses Beitrags hauptsächlich den Aktivitäten und Ergebnissen der empirischen Forschung gilt, wollen wir an dieser Stelle zunächst auf drei konzeptuelle Weiterentwicklungen zu sprechen kommen, die sich freilich um eine empirische Absicherung bemühen, nämlich Diether Högers bindungstheoretische Interpretation des gesprächspsychotherapeutischen Geschehens, die von Ludwig Teusch und Jobst Finke entwickelten Manuale zur Durchführung von Gesprächspsychotherapie, und Rainer Sachses Zielorientierte Gesprächspsychotherapie.

Höger (1997, 1998, 2000) geht es um eine Theorie der Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie. Als Beitrag dazu stellt er eine Verbindung zwischen dem Klientenzentrierten Ansatz und der Bindungstheorie (Bowlby 1969) her. Er interpretiert Rogers' Bedingungen für konstruktive Persönlichkeitsveränderungen (Rogers 1959) im Sinne der Bindungstheorie und nimmt an, dass der Klient bzw. die Klientin⁴, sofern er bzw. sie das von bedingungsfreier positiver Beachtung begleitete empathische Verstehen des Therapeuten auch so wahrnimmt, sich im Zustand der Sicherheit befindet und frei von Bedrohung fühlt. Ist dies gegeben, werden beim Klienten die Abwehrprozesse minimiert und an ihre Stelle kann nunmehr Explorationsverhalten treten (Bischof 1975; Bowlby 1988). Der Klient kann sich also jetzt solchen Aspekten seiner Person und der Welt zuwenden, die für ihn bedrohlich und ängstigend sind und die er im Zustand der Unsicherheit vermeiden muss, deren Integration in das Selbst jedoch für seine konstruktive Entwicklung bedeutsam ist. In der Diktion des Klientenzentrierten Ansatzes heißt dies: Die entfaltenden Aspekte der Aktualisierungstendenz gewinnen die Oberhand über die erhaltenden (Höger 1993). Die Ergebnisse einer empirischen Studie (Höger/Wissemann 1999) stimmen mit dieser Sichtweise überein: Faktorenanalysen der Skalen des Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogens (Höger/Eckert 1997; s.u.) für die ersten fünf GPT-Sitzungen ergaben den erwarteten engen Zusammenhang zwischen den Skalen 1 Zurechtkommen mit dem Therapeuten/der Therapeutin, 4 Erleben persönlicher Sicherheit und Zuversicht und 3 Veränderungserleben. Das Gleiche wurde für die folgenden Sitzungen 6 bis 15 gefunden. Auch Biermann-Ratjen und Eckert (2002) kommen zu dem Schluss, dass die von Rogers formulierten Bedingungen für den psychotherapeutischen Prozess vergleichbar sind mit den von Bowlby benannten Bedingungen für die Entwicklung einer sicheren Bindung.

Eine auf den ersten Blick für ein eher nichtdirektives Psychotherapieverfahren befremdliche – wie wir meinen: angesichts des allgemeinen Trends in der Psychotherapieforschung (vgl. Bänninger-Huber 2001) aber notwendige – Tendenz innerhalb des Personenzentrierten Ansatzes stellt die Entwicklung von Manualen zur Durchführung von GPT dar. Teusch und Finke (1995) und Finke und Teusch (1999) entwickelten je ein Manual für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung von Panik und Agoraphobie bzw. ein Manual für die Behandlung der Depression⁵. Deren Idee besteht darin, „in Therapiephasen bestimmten störungsspezifischen und persönlichkeitsstypischen Themenbereichen jeweils bestimmte Klassen von Interventionen zuzuordnen“ (Finke/Böhme/Teusch 2000, 103). Im Sinne des klientenzentrierten Ansatzes warnen die Autoren jedoch zurecht davor, dass sich der Therapeut dabei etwa einem bestimmten Plan unterwirft oder durch eine „kurzschlüssige Zielorientierung“ wesentliche Aspekte des Erlebens des Klienten übersieht. Die Aufgabe klientenzentrierter Therapeutinnen und Therapeuten bleibt weiterhin, von Moment zu Moment aufmerksam zu sein für das Erleben und Befinden des Klienten. „Die Gesprächspsychotherapie setzt sich intensiv mit dem Symptomerleben des Klienten auseinander, sie sieht in diesem immer eine Äußerungsform der ganzen Person. Insofern bleibt auch eine ‚störungsspezifische‘ oder gar ‚manualgeleitete‘ Gesprächspsychotherapie ein ganzheitliches Verfahren“ (ebd. 103f.). Die Wirksamkeit dieses Vorgehens im stationären Setting wurde von den Autoren in einer Reihe von Studien (s. unten) dokumentiert.

Eine konzeptionelle Weiterentwicklung der GPT hat Sachse (1992; 1999) vorgelegt. Wie der Autor betont, weicht seine Zielorientierte Gesprächspsychotherapie ab von der Nondirektivität des ursprünglichen Ansatzes der GPT. Auf der Basis eines von ihm entwickelten Motivations-Emotions-Regulationsmodells (mit diversen Anleihen aus der Allgemeinen Psychologie) wird besonderer Wert gelegt auf die Prozessdirektivität. Diese richtet sich auf (1) die Förderung der Annäherungstendenzen der Klienten, (2) die gezielte Reduzierung der Vermeidungstendenzen, (3) sog. Bearbeitungsangebote an den Klienten und (4) auf das Festhalten des Klienten am Konfliktbereich (Sachse 1999). In empirischen Studien, auf die wir unten zu sprechen kommen, konnte Sachse die Effektivität seines Ansatzes aufzeigen.

2.2. Studien zur Effektivität der GPT

Zusammenfassend sei vorweg festgestellt: Es ist ein Trend auszumachen, den wir sehr begrüßen, nämlich ein Anwachsen störungsspezifisch ausgerichteter Wirksamkeitsstudien.

4 Im Folgenden werden wir zur leichteren Lesbarkeit meist nur von „Klient“ und „Therapeut“ sprechen. Gemeint sind selbstverständlich immer beide Geschlechter.

5 Andere Manuale, nämlich solche für die Behandlung von Anpassungsstörungen mit zeitlich limitierter Gesprächspsychotherapie und für die Behandlung von Patientinnen mit Bulimie, befinden sich zurzeit noch – unter Leitung von J. Eckert – in der Erprobung (s. unten).

In mehreren störungsspezifischen, im stationären Rahmen durchgeführten, Studien wurden einerseits die generellen Effekte von GPT bei verschiedenen Krankheitsbildern untersucht (Böhme/Finke/Teusch 1998), andererseits Vergleiche des „Basisprogramms“ (GPT) mit zusätzlicher Reizkonfrontation und/oder Medikation angestellt (Böhme/Teusch/Finke, 2000). Die wichtigsten Ergebnisse aus diesem Forschungsprogramm: Böhme, Finke und Teusch (1998) berichten über die Langzeiteffekte (Einjahreskatamnese) von stationärer GPT bei insgesamt 202 Patienten unterschiedlicher Störungsbilder (ICD-10 F1–F6). Das Behandlungsangebot („Basisprogramm“) besteht aus einem 3-monatigen stationären gesprächspsychotherapeutisch orientierten Programm, wobei jeder Patient pro Woche eine Sitzung Einzeltherapie (60 Minuten) und vier Sitzungen Gruppentherapie (à 90 Minuten) erhält, dazu Bewegungs- und Beschäftigungstherapie (zweimal pro Woche à 90 Minuten). Wie die Autoren betonen, ist auch das Vorgehen der Bewegungs- und der Beschäftigungstherapeuten und des Pflegepersonals vom Personenzentrierten Ansatz geprägt. Als Messinstrumente wurden eingesetzt die Clinical Global Impressions (CGI), die Bech-Raphaelsen Melancholia Scale (BRMES) und als Persönlichkeitstest der Gießen-Test. Zum Zeitpunkt der Entlassung und nach einem Jahr zeigte sich: Es wurden signifikante Verbesserungen – mit guten bis sehr guten Effektstärken – erreicht in den Variablen Schwere der Erkrankung, Depressivität, Selbst- und Fremdakzeptanz. Bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen verbesserte sich besonders die Soziale Kompetenz. Überraschenderweise gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen und dem Therapieerfolg. Wie weit dieses Ergebnis auf eine erfolgreiche Indikationsstellung und/oder andere Selektionsvorgänge zurückzuführen ist, muss zunächst noch offen bleiben. Aus der psychotherapeutischen Praxis ist das Ergebnis bekannt, dass der Therapieumfang, d. h. die aufgewendeten Therapiesitzungen, im Zusammenhang mit der Diagnose des Patienten stehen (Eckert/Wuchner 1994).

Eigentlich gilt seit seiner ersten Feststellung durch Luborsky/Singer/Luborsky (1975) bis heute das sog. Äquivalenzparadox: Die verschiedenen Therapieverfahren unterscheiden sich nicht bzw. nicht wesentlich bezüglich ihrer generellen Wirksamkeit. Es sind zwar immer wieder einmal Metaanalysen von vergleichenden Therapiestudien vorgelegt worden, die die Überlegenheit eines Therapieverfahrens gegenüber anderen offenbar nachweisen konnten. Diese Unterschiede wurden jedoch insignifikant, wenn die Parteilichkeit des Therapieforschers (seine „allegiances“) in Rechnung gestellt, d. h. herauspartialisiert wurde (Luborsky et al. 1999; 2001). Auch für die Klientenzentrierte Psychotherapie scheint das Äquivalenzparadoxon gültig zu sein, wie sich den neueren Meta-Analysen entnehmen lässt (Elliott 2002; Elliott/Greenberg/Lietaer 2004). Seit der vergleichenden Studie von Grawe (1976) und Plog (1976) gilt auch als empirisch belegt, dass Patienten mit Phobien von einer GPT in gleichem Umfang profitieren wie von einer Verhaltenstherapie.

Dennoch wird immer wieder behauptet, dass bei Phobien Verhaltenstherapie die Behandlung der Wahl sei.

Vor diesem Hintergrund gingen Teusch und Böhme (1999) und Teusch, Böhme und Finke (2001) erneut der Frage nach: Lassen sich agoraphobische Symptome auch mit Gesprächspsychotherapie, ohne Exposition in vivo, behandeln? (Teusch/Böhme 1999). In der Arbeit von Teusch und Böhme (1999) erhielten 20 Patienten GPT, weitere 20 Patienten wurden zusätzlich zur GPT mit verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation behandelt. Die Zuteilung zu den beiden Gruppen geschah randomisiert. Die kombinierte Behandlung wurde in einer gesonderten Station des Krankenhauses durchgeführt. Eine weitere Vergleichsgruppe bestand in einer Gruppe von 72 Patienten, die ausschließlich die Reizkonfrontationsbehandlung erhielten. Gemessen wurden per Visueller Analogskala die Bereitschaft, sich phobischen Situationen auszusetzen und die Beeinträchtigung durch phobische Symptome. Ergebnis: Die Reizkonfrontationstherapie – entweder allein oder in Kombination mit GPT – führte zwar schneller zu signifikanten Verbesserungen als die Behandlung nur mit GPT (bis zum Zeitpunkt der Entlassung), aber nach einem Jahr war der Unterschied nicht mehr signifikant. Hinsichtlich der Symptombeeinträchtigung waren die Verläufe bei den drei Vergleichsgruppen nahezu identisch. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Reduktion der Angstsymptome im Verlauf einer Gesprächspsychotherapie über andere Mechanismen verläuft als bei der Behandlung mittels Reizkonfrontation. Eine ähnliche Studie – mit ähnlichem Resultat – haben Teusch, Böhme und Gastpar (1997) vorgelegt. 40 Patienten mit schwerer Panikstörung und Agoraphobie wurden nach Zufall entweder nur gesprächspsychotherapeutisch behandelt („Basisprogramm“, s. o.) oder gesprächspsychotherapeutisch mit zusätzlicher Reizkonfrontation. In beiden Gruppen erfolgte die Behandlung manualgeleitet. Mehrere Messinstrumente zur Fremd- und Selbsteinschätzung wurden eingesetzt. Im Ergebnis zeigte sich: Beide Behandlungsverfahren führten zu signifikanten Reduktionen der Panikattacken, Vermeidung und Depression. Auch hier führte die kombinierte Behandlung zunächst zu etwas deutlicheren Effekten; nach einem Jahr bestand jedoch kein signifikanter Unterschied mehr zwischen den beiden Versuchsgruppen hinsichtlich der Reduktion von Angst und Depression.

Eine weitere ähnlich konzipierte Untersuchung – ebenfalls mit Panik- und Agoraphobiepatienten – haben Teusch, Böhme und Finke (2001) vorgelegt, diesmal mit einer etwas größeren Patientenstichprobe: 28 Patienten erhielten ausschließlich GPT und 48 GPT mit verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation. Auch hier führten beide Verfahren hinsichtlich der Leitsymptome Panik und Agoraphobie und in fast allen erfassten Persönlichkeitsvariablen (FPI-R1 und Gießen-Test) zu signifikanten Verbesserungen. Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ergaben sich im Verlauf bei einigen Persönlichkeitsvariablen: Die mit GPT behandelten Patienten fühlten sich weniger abhängig von den Erwartungen anderer, weniger unter Stress, und gaben weniger psychosomatische Beschwerden

an. Die Patienten mit zusätzlicher Reizkonfrontation fühlten sich von ihrer sozialen Umwelt schneller akzeptiert als die anderen.

Die Studie von Finke, Böhme und Teusch (2000) galt der Bedeutung *zusätzlicher Medikation* (neben GPT) bei Patienten, bei denen entweder eine Depression oder eine Angststörung diagnostiziert wurde. Die Depressivität gemäß der Bech-Raphaelsen-Skala war in jedem Falle nur etwa mittelmäßig ausgeprägt. Von den insgesamt 55 Patienten wurden 17 ausschließlich gesprächspsychotherapeutisch behandelt, die anderen 38 Patienten erhielten zusätzlich auch Medikamente. Überraschenderweise zeigte sich, dass sich bei den zusätzlich medizierten Patienten die Depressivität weniger schnell und weniger deutlich verminderte als bei den Patienten, die nur die Gesprächspsychotherapie erhalten hatten. Die Autoren vermuten, „dass bei den Patienten ohne medikamentöse Therapie gerade durch den Umstand fehlender Medikamentierung stärker die Initiative zur Selbsthilfe und die Motivation zur Selbstexploration und Problemlösung geweckt und eine passive Hilferwartung vermieden wurde“ (S. 17). Sicherlich zurecht weisen die Autoren auch darauf hin, dass die Patienten eben nur in mittlerem Ausmaß depressiv waren. Bei stärker Depressiven spielen (zusätzliche) Psychopharmaka gewiss eine wichtigere Rolle. Kritisch ist unseres Erachtens anzumerken, dass in der Studie keine Zufallszuteilung der Personen auf die beiden Vergleichsgruppen vorgenommen werden konnte, so dass nicht auszuschließen ist, dass es in der „reinen“ Psychotherapiegruppe mehr hoch motivierte Patienten gab als in der Gruppe mit der Kombinationsbehandlung.

Eine zusammenfassende Darstellung über die Erfahrungen der Essener Klinik mit dem „Basisprogramm“ (= GPT) und Kombinationen mit Reizkonfrontation und Psychopharmaka bei insgesamt 354 Patienten (mit Einjahreskatamnese) geben Böhme, Teusch und Finke (2000). Die Autoren gelangen dabei zu dem Schluss, dass sich durch Ergänzung der GPT entweder durch zusätzliche Verhaltenstherapie oder zusätzliche Medikation kaum Vorteile hinsichtlich der Symptomreduktion und Verbesserung in Persönlichkeitsmerkmalen erzielen ließen. Ergänzend sei hier noch auf die jüngst von Teusch (2002) in dieser Zeitschrift gegebene zusammenfassende Darstellung der Essener Studien zur störungsbezogenen Angstbehandlung mittels GPT hingewiesen. Ein Fazit des Autors lautet: „Die Monotherapie, in der Betroffene und Therapeuten gewissermaßen alles auf die ‚Karte Gesprächspsychotherapie‘ setzen, zeigt ungeahnte Power“ (ebd. 58).

Abschließend zu den Arbeiten der Essener Forschungsgruppe zitieren wir noch eine Untersuchung, die die Frage untersuchte, welche Veränderungen durch GPT bewirkt werden: Untersucht wurde, ob sich die Kausalattributionen und der Copingstil bei gesprächspsychotherapeutisch behandelten Patienten verändern, obwohl die GPT Kognitionen nicht direkt zu korrigieren versucht. Böhme, Finke, Gastpar und Staudinger (1994) fanden in ihrer prospektiven Studie, dass sich – bei insgesamt 108 neurotischen Patienten, die das oben beschriebene gesprächspsychotherapeutische Basisprogramm durchlaufen hatten – ein und zwei Jahre nach

Abschluss der Behandlung in der Tat signifikante positive Veränderungen in Kausalattributionen (Reduktion negativ-stabil-globaler Attributionen) und im Copingstil (weniger passiv-vermeidendes Coping) zeigten.

Als weitere Beiträge zu einer störungsspezifischen Forschung und Vorgehensweise im Bereich der Gesprächspsychotherapie sind Untersuchungen von Sachse (1995, 1998) mit Patienten zu nennen, die an psychosomatischen Magen-Darm-Problemen litten. Psychosomatische Patienten galten lange wegen geringerer Introspektionsfähigkeit und Selbstexploration insbesondere für klärungsorientierte Psychotherapieverfahren wie die Gesprächspsychotherapie als „schwierig“. 29 Klienten mit Ulcus Duodeni, Colitis Ulcerosa oder Morbus Crohn wurden mit der bereits vorgestellten Zielorientierten Gesprächspsychotherapie behandelt, wobei versucht wurde, das Vorgehen an die spezielle Personengruppe zu adaptieren: Der „Tendenz zur Reflexionsvermeidung“ der Psychosomatiker wird durch eine „Strategie der adaptiven Indikation“ (Sachse 1995, 31 f.) begegnet, d. h. die Therapie wird so modifiziert, dass sie auf die Eingangsbeifindlichkeit der Klienten „passt“. In Sachses Terminologie bedeutet dies: Der Therapeut setzt einen Schwerpunkt auf die „Bearbeitungsebene“. Dabei richtet er seine Aufmerksamkeit darauf, „ob und in welcher Weise der Klient dysfunktional mit eigenen Problemaspekten umgeht und meldet dem Klienten dies zurück“ (1995, 33). In der Tat konnte Sachse durchaus beeindruckende Veränderungen in einer Reihe erfasster Persönlichkeitsmerkmale berichten, mit relativ hohen Effektstärken (Mittel: 1.3). Das Fazit des Autors ist: 1. GPT ist bei Patienten mit psychosomatischer Magen-Darm-Erkrankung indiziert. 2. GPT „muss allerdings den Eingangsvoraussetzungen und Möglichkeiten der Klienten angepasst werden, um diese Klienten wirklich effektiv fördern zu können“ (S. 43).

Weitere Beispiele störungsbezogener Forschung sind Arbeiten zur gesprächspsychotherapeutischen Behandlung von Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Eckert/Biermann-Ratjen 1998). Eckert, Biermann-Ratjen und Wuchner (2000) untersuchten Langzeitveränderungen der Symptomatik bei Patienten mit Borderline-Störung, die an einer ca. 100 Sitzungen umfassenden störungsorientierten Klientenzentrierten Gruppenpsychotherapie teilgenommen hatten. Vier Jahre nach dem Erstinterview mittels des Diagnostischen Interviews für Borderliner (DIB) erfüllten von 14 untersuchten Patienten nur noch zwei die Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dabei zeigten sich die stärksten Veränderungen im Bereich der „Impulskontrollverluste“.

Am Hamburger Psychologischen Institut III wird in zwei Projekten die Wirksamkeit von GPT bei der Behandlung von Anpassungsstörungen und bei Bulimie untersucht. Die ersten Ergebnisse des Anpassungsprojektes wurden auf der 34. Jahrestagung der Society for Psychotherapy Research (SPR) in Weimar 2003 vorgestellt (Altenhöfer/ Eckert/Schwab 2003). Es zeichnet sich ab, dass eine auf 12 Sitzungen zeitlich limitierte

manualgestützte Gesprächspsychotherapie für Patienten mit einer Anpassungsstörung eine nachhaltige und in vielen Fällen auch ausreichende Hilfe sein kann. Für das Bulimieprojekt, in dem die Behandlungen gerade erst angelaufen sind, wurde ebenfalls ein Manual erstellt (Schützmann et al. 2003), dessen Nützlichkeit im Rahmen des Projektes geprüft wird.⁶

Aus demselben Institut stammt eine Untersuchung von Schwab (1997; vgl. auch Schwab 2001) zur Wirksamkeit gesprächspsychotherapeutischer Gruppentherapie (Kurztherapie) bei Personen mit einer Einsamkeitsproblematik. Das therapeutische Konzept war „klientenzentriert-erweitert“, d. h. bei grundsätzlicher Orientierung am Klientenzentrierten Konzept wurden bestimmte zusätzliche Interventionsangebote (gruppentherapeutische Übungen und Hausaufgaben) gemacht. Das Programm sieht insgesamt 13 Sitzungen vor. Dabei wird das erste Treffen als „Intensivtag“ über sieben bis acht Stunden – mit gemeinsamer Mittagspause – durchgeführt; die zwölf folgenden Sitzungen von jeweils 2½-stündiger Dauer finden abends statt, im wöchentlichen Abstand. Im Vergleich zu einer Wartegruppe (n=29) veränderten sich durch die Gruppentherapie (n=40) Einsamkeit, negatives Selbstbild und soziale Ängste signifikant in positiver Richtung. Die Veränderungen im Einsamkeitserleben blieben bis zur Katamnese vier Monate später stabil.

Ein Beispiel für Feldforschung im Klientenzentrierten Konzept ist die Arbeit von Tscheulin, Walter-Klose und Wellenhöfer (2000). Prozesse und Effekte eines überwiegend personenzentriert-erfahrungsbezogenen Behandlungskonzepts einer Klinik (mit diversen therapeutischen Angeboten, bei denen Selbsthilfegruppen eine besondere Rolle spielen) werden anhand einer Stichprobe von 573 Personen mit unterschiedlichen Störungen untersucht. Innerhalb von ein bis zwei Jahren nach Therapieabschluss konnten umfangreiche Katamnesen durchgeführt werden. Der durchschnittliche therapeutische Gewinn zum Abschluss der stationären Behandlung erzielte eine Effektgröße von $ES = .74$. (bzw. $.82$ zum Zeitpunkt der Katamnese). – Im Rahmen dieses Projekts haben Tscheulin, Trouw und Walter-Klose (2000) auch einen für die diagnostische Praxis interessanten Beitrag geliefert, nämlich eine personenzentrierte Klassifikation von Patienten. Anhand des Freiburger Persönlichkeitsinventars FPI-R und des Gießen-Test ließen sich die Patienten in vier Cluster einteilen: Testnormale, Aktionsbezogene, Selbstbezogene und Testextreme, die sich auch hinsichtlich des subjektiven Veränderungserlebens voneinander unterschieden. Den deutlichsten (subjektiven) Therapieeffekt erlebten die Aktionsbezogenen.

Klinische Erfahrungen und auch Forschungsergebnisse haben die GPT als ein Therapieverfahren ausgewiesen, das eine Langzeitwirkung entfaltet, d. h. nach Abschluss der Behandlung kommt es bei einem erheblichen Teil der Patienten zu weiteren Veränderungen

(s. z. B. Biermann-Ratjen et al. 1997, 65). Dieser Frage ist Frohburg (in Druck) in Form einer Überblicksarbeit zu *Katamnesen* in der Gesprächspsychotherapie nachgegangen. Auf der Basis von 41 GPT-Studien, die Angaben zur Katamnese bei insgesamt ca. 2000 Patientinnen und Patienten enthalten, kommt die Autorin zu dem Ergebnis: „Gesprächspsychotherapie ist auch aus katamnestischer Perspektive ein effektives Psychotherapieverfahren mit einer breiten Indikationsbasis“. Außerdem zeigte sich in jeder zweiten Studie, dass die am Therapieende festgestellten positiven Veränderungen im Laufe des Katamnesezeitraums sogar noch zunahmen.

2.3. Prozessforschung

Wir können hier zunächst – zusammenfassend – feststellen: In der Forschung rückt der psychotherapeutische Prozess neuerdings wieder mehr in den Vordergrund, und zwar sowohl theoretisch als auch in empirischen Studien. Es wurden Messinstrumente zur Prozessforschung weiterentwickelt, z. B. der bereits erwähnte Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen BIKEB (Höger/Eckert 1997), oder der Gruppenerfahrungsbogen GEB von Strauß und Eckert (1994). Damit sind Verfahren entwickelt, die der oben erwähnten Forderung nach einer angemesseneren Forschungsmethodik durchaus ein Stück entgegen kommen, indem sie die Perspektive des Patienten (und nicht außenstehender Beobachter) ins Auge fassen. Ferner wurden Therapieverläufe genauer empirisch analysiert (Sachse 1992, 1998; Frohburg/Sachse 1992), s. auch die Beiträge in Eckert (1995). Dazu im Folgenden einige Ausführungen.

2.3.1 Messinstrumente und Messprobleme

Widmen wir uns zunächst dem „Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen BIKEB“ von Höger und Eckert (1997), der zweifellos von großer praktischer Bedeutung ist und noch weiter werden könnte. Er beruht auf dem „Klienten-Erfahrungsbogen KEB“ (Eckert 1974), einem in der Forschung (vgl. Eckert/Bolz/Pfuhlmann 1979; Eckert/Schwartz/Tausch 1977) wie auch der Ausbildung von Klientenzentrierten Psychotherapeuten in Deutschland bewährtes Verfahren zur Erfassung der unmittelbaren Wirkung eines Therapiekontakts. Eine Serie von Faktorenanalysen nach dem Prinzip der P-Analyse (Cattell 1963) ergab für den BIKEB sechs Dimensionen: 1. Zurechtkommen mit dem Therapeuten/der Therapeutin, 2. Zurechtkommen mit sich selbst in der Stunde, 3. Veränderungserleben, 4. Erleben persönlicher Sicherheit und Zuversicht, 5. Erlebte Beruhigung, und 6. Erleben körperlicher Entspannung vs. Erschöpfung. Jede der hinreichend reliablen Skalen wird aus vier Items gebildet.

Eine andere Fragebogenentwicklung geht von dem Anspruch des Klientenzentrierten Ansatzes aus, wonach die Wirkung von Psychotherapie bei Klienten primär in Veränderungen der Persönlichkeit im Sinne einer größeren Reife und einer Abnahme von

6 Die Manuale können bei den Autoren angefordert werden.

Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung besteht, was seinerseits die Heilung oder Besserung von Symptomen nach sich zieht (Rogers 1959). Um empirische Überprüfungen dieser Hypothese zu ermöglichen, adaptierte Höger (1995a) das in den USA konstruierte „Feelings, Reactions and Belief Survey FRBS“ von Desmond S. Cartwright (Cartwright/deBruin/Berg 1991; Cartwright/Mori 1988) für den deutschen Sprachraum. Es besteht aus neun an dem von Rogers beschriebenen Konzept der reifen Persönlichkeit orientierte Skalen: 1. Focusing Conscious Attention (FCA), 2. Openness to Feelings in Relationships (OFR), 3. Trust in Self as an Organism (TSO), 4. Fully Functioning Person (FFP), 5. Feeling Uncomfortable with People (FUP), 6. Struggling with Feelings of Inferiority (SFI), 7. Feeling Ambivalent in Relationships (FAR), 8. Openness to Transcendent Experiences (OTE) und 9. Religious-Spiritual Beliefs (RSB). Die deutsche Version des FRBS wurde an mehreren Stichproben überprüft und ergab reliable Skalen mit internen Konsistenzen von Cronbach's alpha zwischen .62 (FAR) und .87 (FUP). Mit ihm (außer bei OFR, OTE und RSB) ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen einer klinischen und einer nichtklinischen Stichprobe, insbesondere bei den Skalen FFP (mit einer Effektstärke von 1,54), FUP (1,07), SFI (0,98) und FAR (0,93). Eine gemeinsame Faktorenanalyse der Skalen des FRBS mit den drei Skalen einer deutschen Version der „Adult Attachment Scale AAS“ (Collins/Read 1990) – 1. Angst, 2. Abhängigkeit und 3. Nähe – ergab drei sinnvolle Faktoren: 1. Allgemeine Funktionstüchtigkeit und Reife der Person (FFP, FCA) vs. Unsicherheit und Probleme der Selbstakzeptanz (SFI, AAS-Angst), 2. Sicherheit in Beziehungen (OFR, AAS-Nähe, AAS-Abhängigkeit) vs. Probleme in der Beziehungsgestaltung (FUP, FAR) und 3. Religiös-transzendente Basis existenziellen Vertrauens (OTE, RSB, TSO).

Zur Erfassung des Klienten- und Therapeutenverhaltens in mikroanalytischen Studien entwickelte Sachse (1992) je eine spezielle Ratingskala, die wir passenderweise erst im nächsten Absatz darstellen.

Einer wohl recht häufig übersehenen Messproblematik widmeten sich Böhme und Teusch (1997), nämlich der Verfälschungstendenz mancher Patienten bei der Erhebung von Therapieergebnissen. An einer Stichprobe von gut 300 stationär behandelten Patienten ließ sich zeigen, dass Ratings (z. B. gemäß HAMD) etwa durch die „social desirability“ und die Tendenz, normal zu erscheinen, verzerrt werden. Abwehrende Patienten erscheinen aus diesem Grund bei der Aufnahme und zum Abschluss der Psychotherapie weniger gestört. Je mehr ihre Offenheit zunimmt, desto geringer erscheint der Therapieerfolg. Nicht zuletzt in der Praxis sollte man sich dieses Phänomens bewusst sein.

Mit dem Ziel einer Vereinheitlichung der Untersuchungsinstrumente auch im Hinblick auf die Vergleichbarkeit von Untersuchungen hat Tscheulin (2001) den „Würzburger Leitfaden (WLF) zur Verlaufs- und Erfolgskontrolle personenzentrierter Beratung und Psychotherapie“ entwickelt, von dem nun die 3. Version erschienen ist.

Diese Loseblattsammlung von Hinweisen auf bzw. Beschreibungen von Instrumenten zur Eingangsdiagnostik, Prozessdiagnostik, Abschlussdiagnostik und Katamnese soll Klientenzentrierten Psychotherapeuten und Beratern konkrete Empfehlungen zu einer wissenschaftlich begründeten Kontrolle ihrer Praxis vermitteln. Eine Liste von Formular-Vorlagen kann zur Anfertigung von Arbeits-Formularen verwendet werden. Einige der von Tscheulin aufgeführten und dargestellten Instrumente seien hier genannt: ein Anamnese-Bogen, der Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB, s. o.), das Persönliche Eindrucksdifferential (PED) von Plesken (1982), der Klinik-Gemeinschaft-Erfahrungsbogen (KliGEB), der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) von Zielke und Kopf-Mehnert (1978), etc. Zur Erfassung von Persönlichkeitsveränderungen wird die Vorgabe unter anderem des FPI-R, des Gießen-Test und eines Q-Sort (Real-Idealbild Einschätzung) nach Helm (1974) für die Eingangs- und Abschlusstestung empfohlen.

2.3.2 Aspekte des Therapieprozesses

Einen Beitrag zur Methodik klientenzentrierter Prozessforschung leistete Sachse (1992 1998, 2002) durch Untersuchungen mittels mikroanalytischer Methoden. Untersuchungseinheiten solcher Mikroanalysen sind sog. Triples, bestehend aus einer Abfolge einer Klientenäußerung, einer Therapeutenäußerung, und wiederum einer Klientenäußerung. Jede Therapeutenäußerung wird auf einer hierfür entwickelten 8-stufigen Bearbeitungsangebots-Skala geratet, jede Klientenäußerung auf einer ebenfalls 8-stufigen Bearbeitungsweise-Skala. Einige der Resultate, die damit erzielt wurden, hat Sachse (2002, 95ff.) zusammengefasst. Unter anderem hat sich gezeigt: Die Verhaltensweisen des Therapeuten beeinflussen den Prozess auf Seiten des Klienten stark und konsistent. – Die Klienten tragen relativ wenig zur konstruktiven Bearbeitung der Probleme bei. – Verstehen allein ist nicht genug; wenn der Therapeut sein Verständnis in einer verflachenden Weise kommuniziert, verschlechtert sich die Bearbeitungsweise des Klienten mit großer Wahrscheinlichkeit. – Auch formale Qualitäten der Therapeutenäußerungen sind wichtig: Selbst gute Bearbeitungsangebote können ins Leere gehen, wenn sie zu lang, komplex, zweideutig und schwer verständlich sind. – Die Bearbeitungsleistung des Patienten hängt von der Natur der Störung ab. Menschen mit einer psychosomatischen Störung lassen sich durch die Bearbeitungsangebote des Therapeuten weniger leicht beeinflussen.

Frohburg und Sachse (1992) untersuchten in zwei parallelen, unabhängig voneinander durchgeführten mikroanalytische Prozess-Studien mit 18 bzw. 48 Klienten die Steuerungseffekte im Verlauf von Gesprächspsychotherapien. Sie gingen der Hypothese nach, „dass vertiefende, gleichhaltende und verflachende Bearbeitungsangebote in erster Linie entsprechende Veränderungen in der Bearbeitungsweise nach sich ziehen“ (S. 97). Auch hier wurden, wie oben beschrieben, Triples analysiert, mit Einsatz der erwähnten beiden

Ratingskalen. Mit sehr hoher Übereinstimmung zwischen den beiden Studien zeigte sich unter anderem: Im Unterschied zu den Anfangskontakten, wo die Klienten auf vertiefende Bearbeitungsangebote des Therapeuten nur zögerlich reagieren, nehmen Klienten in den mittleren Kontakten die Bearbeitungsangebote in hohem Maße an. Ferner ergab sich, dass von der Mitte bis zum Abschluss der Therapie die Bereitschaft der Klienten zur vertiefenden Arbeit gleich hoch bleibt, obwohl die Therapeuten in der Endphase deutlich weniger vertiefende Angebote machten als in der Mittelphase. Die Autoren schließen daraus, „dass Klienten in der Gesprächspsychotherapie GPT nicht nur ihre Probleme lösen, sondern auch lernen, konstruktiver als zuvor mit sich und ihren Problemen umzugehen“ (S. 108).

Höger (1995b, 1999) sieht in der Passung der Beziehungsangebote von Klient und Therapeut einen bindungstheoretischen Aspekt. Insbesondere zu Beginn einer Psychotherapie befindet sich ein Klient im Zustand von Kummer und Not. Nach der Bindungstheorie ist sein Bindungssystem aktiviert (Bowlby 1988). Er zeigt daher in dieser Situation dem Therapeuten gegenüber Bindungsverhalten, das seinem Bindungsmuster entspricht. Dieses wiederum ist ein Ergebnis seiner bisherigen Bindungserfahrungen. Mit dem von Höger (1995b, 1999) entwickelten „Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen BFKE“ konnten faktorenanalytisch drei Dimensionen identifiziert und entsprechende Skalen gebildet werden: 1. „Akzeptanzprobleme“, 2. „Öffnungsbereitschaft“ und 3. „Zuwendungsbedürfnis“. Mehrere Clusteranalysen führten zu fünf stabilen Clustern mit spezifischen Konfigurationen der Skalenausprägungen, die auch bei einer auf die Erwartungen an die Partnerschaft bezogenen Parallelform des Fragebogens, dem „Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen BFPE“ (Höger/Buschkämper 2002) repliziert wurden. Sie lassen sich als Bindungsmuster bzw. im Sinne von Main (1990) als Verhaltensstrategien des Bindungssystems interpretieren. Neben dem der primären Strategie entsprechenden und als „sicher“ bezeichneten Cluster sind die beiden sekundären Strategien mit jeweils zwei Untergruppen vertreten: die hyperaktivierende Strategie „ambivalent“ (mit den Varianten „verschlossen“ und „anklammernd“) und die deaktivierende Strategie „vermeidend“ (mit den Varianten „verschlossen“ und „kooperationsbereit“ bzw. „bedingt sicher“). Das Bindungsmuster „bedingt sicher“ wurde bisher noch nicht identifiziert und ist insofern bemerkenswert, als die ihm zugeordneten Personen zwar z. B. mit der Adult Attachment Scale AAS (Collins/Read, 1990) als sicher klassifiziert werden, in ihrer Bindungsstrategie jedoch anders als das Bindungsmuster „sicher“ ihr eigenes Zuwendungsbedürfnis nicht wahrnehmen (Höger/Buschkämper, 2002). Kuppardt (1999) konnte zeigen, dass die „bedingt Sicherer“ im Vergleich mit den „Sicheren“ in ihrem sozialen Netzwerk andere mehr unterstützen, ihrerseits jedoch weniger Personen benennen können, an die sie sich um Unterstützung wenden könnten. Höger (1999) vermutet im Sinne von Rogers (1959), dass bei den Beziehungserfahrungen dieser Individuen mit bedeutsamen anderen Personen insbesondere die Wünsche nach

Zuwendung nicht empathisch verstanden und akzeptiert worden sind und daher im Selbst nicht repräsentiert werden.

Interessanterweise zeigte sich in einer Studie über die Bindungsstile von Psychotherapeuten von Nord, Höger und Eckert (2000), dass von ihnen – klientenzentrierte wie psychodynamisch Orientierte in gleicher Weise – im Vergleich zu einer Normalenstichprobe nur halb so viele Personen als „sicher“, gleich viele als „vermeidend-verschlossen“ und doppelt so viele als „bedingt sicher“ klassifiziert wurden.

Im Zusammenhang mit den Bindungsmustern betont Höger (1995b), dass es sich bei ihnen um lebenswichtige adaptive Strategien handelt. In bindungsrelevanten Situationen (u. a. bei Kummer und Not wie zu Beginn einer Psychotherapie) hält das Individuum zunächst an der ihm eigenen fest, weil sie ihm ein relativ optimales Ausmaß an Sicherheit gewährt. Für die therapeutische Praxis kann dies z. B. bedeuten, dass ein Therapeut auf einen Klienten mit einem vermeidend-verschlossenen Bindungsmuster bedrohlich wirkt und Abwehr auslöst, wenn er allzu sehr darauf besteht, sich mit dessen Emotionen zu beschäftigen. Eine mit konsequent bedingungsfreier Wertschätzung verbundene Empathie des Therapeuten würde sich demgegenüber dann zeigen, wenn er dem Klienten genau den Abstand gewährt, den dieser benötigt.

2.4 Studien im Kontext der GPT

Wir möchten abschließend noch einige Arbeiten darstellen, die sich zwar nicht (direkt) mit Fragen der Wirkungs- und/oder Prozessforschung beschäftigen, aber im Kontext der GPT jeweils eine relevante Fragestellung bearbeiten und damit einige weitere Aktivitäten gesprächspsychotherapeutischer Forschung belegen.

Die folgende Arbeit entstand aus der Erkenntnis heraus, dass in der GPT eine gründlichere Auseinandersetzung mit dem ubiquitären Phänomen der Übertragung und Gegenübertragung fehlt. Schulz und Pelster (2002) haben versucht, mit empirischen Mitteln eine Antwort auf die Frage zu erhalten, welche Bedeutung Übertragungsphänomene (auch) in der Gesprächspsychotherapie haben und wie man ihnen gegenüber eingestellt ist. Insgesamt 190 Gesprächspsychotherapeutinnen und -therapeuten (darunter 74 Ausbilder der GwG) nahmen an der schriftlichen Befragung teil. Dabei stellte sich heraus: 63% der Befragten beobachten das Vorkommen von Übertragungsphänomenen in ihren Therapien zumindest „häufig“ oder gar „fast immer“. 86% halten es für „wichtig, dass das Thema Übertragung/Gegenübertragung auf dem Hintergrund der Klientenzentrierten Psychotherapie intensiver diskutiert wird“ (ebd. 18). Die Autoren der Studie stellen fest, dass hier „die therapeutische Praxis die klientenzentrierte Theorie längst überholt hat“ (Ebd. 13).

Eine Untersuchung von Frohburg (2001) widmete sich der Frage, worüber und auf welche Weise in den Therapien eigentlich

gesprochen wird. Die Autorin analysierte mit Hilfe eines Klassifikationssystems 379 gesprächspsychotherapeutische, tiefenpsychologisch fundierte und verhaltenstherapeutische Falldokumentationen hinsichtlich der Gesprächsthemen (Selbstbild – soziale Beziehungen – lebenspraktische Fragen – Symptome und deren Bewältigung – spezielle Themen), der Gesprächsmodalitäten (eher kognitiv vs. eher emotional vs. eher intentional) und der Zeitperspektive (Vergangenheit vs. Gegenwart vs. Zukunft). Insgesamt zeigten sich im Ergebnis kaum Unterschiede zwischen den drei Richtungen. Bemerkenswert ist dabei gewiss, was auch die Autorin erstaunlich findet: Während der Anteil an kognitiv akzentuierten Gesprächsthemen in allen drei Verfahren mit etwa 69% relativ hoch lag, betrug der Anteil an emotional akzentuierten Themen – ebenfalls bei jedem Verfahren fast gleich – nur etwa 18%. Für die GPT hätte man hier einen deutlich höheren Prozentwert erwarten können. Zu bedenken ist dabei allerdings, dass die untersuchten Protokolle nicht speziell für die Fragestellung dieser Untersuchung erstellt worden waren. Andererseits mag man in dem Ergebnis einen Beleg dafür sehen, dass eben auch in der GPT nicht nur „Gefühle reflektiert“ werden ...

Schwab und Liese (2000) verglichen in einer schriftlichen Umfrage Gesprächspsychotherapeuten und Verhaltenstherapeuten hinsichtlich Burnout. Bei 46 Verhaltenstherapeuten und 43 Gesprächspsychotherapeuten (dabei jeweils 22 Frauen), die anhand von Mitgliederlisten der GwG und der DGVT zufällig ausgewählt wurden, zeigte sich: Abgesehen von einer vergleichsweise höheren emotionalen Erschöpfung waren die Befragten im Durchschnitt eher weniger burnoutbelastet als eine Vergleichsstichprobe von Berufstätigen. Dabei ließen sich einzelne Burnoutaspekte relativ gut aus Persönlichkeitsmerkmalen vorhersagen, vor allem aus den Variablen Neurotizismus, Introvertiertheit, Narzisstische Wut und Gier nach Lob und Bestätigung (jeweils positive Korrelation). Gesprächspsychotherapeuten und Verhaltenstherapeuten unterschieden sich hinsichtlich der erfassten Variablen insgesamt nur wenig voneinander. Die Verhaltenstherapeuten hatten jedoch die signifikant höheren Werte in den Persönlichkeitsmerkmalen Gewissenhaftigkeit und Autarkie-Ideal, ferner im Burnoutmerkmal Distanziertheit. Die Therapeuten mit regelmäßiger Supervision zeigten sich signifikant weniger burnoutbelastet als die Befragten ohne Supervision.

Die Arbeit von Jacobs, Heymann und Kuhn-Sürig (2002) schließlich verweist inhaltlich bereits auf unser nächstes Kapitel. Auf der Basis des gesprächspsychotherapeutischen Ansatzes wurde ein – für Therapeuten aller Richtungen gedachtes – multimediales Trainingsprogramm schwieriger Therapiesituationen konzipiert und bei Studierenden der Psychologie und Teilnehmern eines Weiterbildungsgangs empirisch erprobt. Zwei Versionen wurden eingesetzt, eine VHS-Version (videogestützt) und eine CD-Rom-Version (computergestützt). Das Training führte im Vergleich zu einer Kontrollgruppe – Personen eines Trainings in Verhaltensbeobachtung – zu bedeutsamen Verbesserungen in den Dimensionen

Empathie, Akzeptanz, Kongruenz, Selbsteinbringung des Therapeuten und Ansprechen der therapeutischen Beziehung. Dabei war die CD-Rom-Version der Videoversion tendenziell überlegen. Wegen der zunächst noch relativ kleinen Stichproben dieser Arbeit planen die Autoren eine Multi-Center-Studie an mehreren Universitäten.

Wir haben versucht, eine möglichst vollständige Bestandsaufnahme der gegenwärtigen GPT-Forschung in Deutschland zu machen. Wenn wir recht sehen, ist die Forschung allerdings nur auf relativ wenige Zentren konzentriert, offensichtlich weniger als dies noch Mitte des vorigen Jahrzehnts der Fall war. Dies lässt sich einer Arbeit von Frohburg und Auckenthaler (1996) entnehmen. Eine schriftliche Umfrage bei 37 deutschen Psychologischen Universitätsinstituten ergab vor rund 7 Jahren, dass die GPT-Forschung an 18 Instituten repräsentiert war – wobei die Autorinnen allerdings feststellten, dass die mit der GPT-Forschung befassten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler an den Universitäten „in den letzten Jahren unserer Meinung nach eher im Hintergrund geblieben“ waren (S. 17). – Eine Wiederholung dieser Befragung würde gegenwärtig höchstwahrscheinlich kein wesentlich anderes Bild ergeben.

3. Die Repräsentanz der Gesprächspsychotherapie in der Lehre

Zur Abschätzung der Bedeutung einer Psychotherapierichtung an den deutschen Universitäten wollen wir nicht nur den vorliegenden, oben beschriebenen Forschungoutput heranziehen, sondern uns nun auch die Frage vorlegen, ob und in welchem Umfang die GPT auch in der Lehre, d. h. im Studienangebot der Institute und in den gängigen Lehrbüchern vertreten ist.

Hier können wir anknüpfen an die eben bereits zitierte Umfrage von Frohburg und Auckenthaler (1996) über die Situation der Gesprächspsychotherapie an den deutschen Psychologischen Universitätsinstituten. Damals ergab sich ein relativ positives Bild, beruhend auf 37 von 43 angeschriebenen Instituten. Es zeigte sich, dass „die Gesprächspsychotherapie an den Psychologischen Instituten der deutschen Universitäten sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern präsent ist“ (S. 17). An 76 % der Institute war die GPT „in Lehre und/oder Forschung“ vertreten (die Verhaltenstherapie zu 84 %, die tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie dagegen nur zu 32 %). Ein Lehrangebot in GPT wurde dabei für gut 50 % (22) aller angeschriebenen Institute dokumentiert, wobei die GPT in den Veranstaltungstiteln explizit (als „Gesprächspsychotherapie“ oder „Klientenzentrierte Psychotherapie“) allerdings nur bei 12 Instituten erschien.

Eine weitere, neuere Umfrage können wir hierzu anführen, die allerdings das eben gezeichnete Bild etwas trübt. Im Herbst 1999 unternahm die Deutsche Gesellschaft für Psychologie an allen deutschen universitären Abteilungen/Arbeitseinheiten für Klinische

Psychologie eine Umfrage zu Ausbildungsinhalten zum Psychologischen Psychotherapeuten im Diplomstudiengang (Kröner-Herwig/Fydrich/Tuschen-Caffier 2000). Siebenundachtzig Prozent der Institutionen beteiligten sich daran. Das für unsere Fragestellung relevante Ergebnis ist: Während dem Bereich Verhaltenstherapie 66 % der Lehre zugeordnet wurde, galt dies für die Gesprächspsychotherapie nur zu 18 %. Die GPT lag damit zwar an zweiter Stelle, aber doch mit beträchtlichem Abstand hinter der Verhaltenstherapie⁷.

Wieweit ist die GPT aktuell in der Lehre vertreten? Eine den beiden eben zitierten Studien vergleichbare Wiederholungsbefragung aus jüngster Zeit ist uns nicht bekannt. Wir selbst haben aber speziell für diesen Beitrag eine relativ aktuelle (Sommersemester 2003) Erhebung quasi der etwas anderen Art unternommen: eine Sichtung der Internet-Präsentationen sämtlicher im Psychologie-Kalender 2003 (Hogrefe 2003) aufgeführter deutscher Psychologischer Institute an den Universitäten, speziell im Hinblick darauf, ob die Gesprächspsychotherapie in den dort beschriebenen Lehrangeboten vertreten ist.⁸ Wir fanden: Von insgesamt 87 Hauptwebseiten (Portale) Psychologischer Institute an deutschen Universitäten haben 13 die Klientenzentrierte Psychotherapie im Lehrangebot. Dies reicht von einem Minimalangebot mit GPT als Teil einer einzigen Veranstaltung bis zu mehreren Seminaren/Kursen in GPT mit Vergabe von Credits.

Die 13 Institute mit GPT im Lehrangebot gehören zu folgenden Universitäten: Aachen (TU), Berlin (FU), Berlin (Humboldt-Universität), Bielefeld, Bonn, Braunschweig (TU), Freiburg, Göttingen, Hamburg, Heidelberg, Köln, München, Osnabrück.

Damit ist die Gesprächspsychotherapie in den Lehrangeboten eines guten Teils der deutschen Psychologischen Institute enthalten. Differenziertere Aussagen dazu wollen wir wegen der doch etwas unsystematischen Datengrundlage nicht machen.

Was die Behandlung der GPT in den gängigen Lehrbüchern zur Klinischen Psychologie und Psychotherapie betrifft, so beklagt Auckenthaler (2001) das „Zurückdrängen der Gesprächspsychotherapie“ in den Lehrbüchern. Die Autorin registriert, dass die GPT zwar in fast allen Lehrbüchern vorkommt, aber gegenüber früheren Jahren weniger positiv dargestellt wird. Immerhin, so können wir nun feststellen, wurde in der neuesten deutschen Ausgabe des amerikanischen Lehrbuchs „Klinische Psychologie“ von Davison und Neale (2002, 6. Aufl.)⁹ die von Auckenthaler bedauerte Streichung des Humanistischen Paradigmas in den beiden vorherigen Auflagen des Buches nun vom Herausgeber Hautzinger wieder rückgängig

gemacht. Selbst wenn die GPT in einem Lehrbuch behandelt wird, bleibt natürlich immer noch die wichtige Frage, ob dies dem Verfahren Gesprächspsychotherapie angemessen geschieht. Für das ebenfalls aus dem Amerikanischen stammende Lehrbuch von Comer (2001) zum Beispiel kann man dies leider nicht bestätigen.

In deutschen Lehrbüchern ist die Situation uneinheitlich. Es gibt Lehrbücher, wie das von Reimer et al. (2000) oder von Kriz (2001), in denen die GPT gleichgewichtig zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und zur Verhaltenstherapie abgehandelt wird. Dagegen sind Lehrbücher, die als primäre Zielgruppe Fachärzte haben, vor allem den Facharzt für psychotherapeutische Medizin, traditionellerweise dem psychoanalytischen Paradigma verpflichtet und räumen der Darstellung der GPT wenig Raum ein. So sind z. B. in dem 690 Seiten umfassenden Lehrbuch von Ahrens u. Schneider (2002) der GPT nur knapp fünf Seiten vorbehalten. Bei den Lehrbüchern, die die Psychologischen Psychotherapeuten als Zielgruppe haben, wird der Gesprächspsychotherapie „per Gesetz“ derzeit mehr Raum zur Verfügung gestellt: Die Gesprächspsychotherapie muss als wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren in jeder Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten in seinen Grundlagen gelehrt und geprüft werden. Das hat zur Folge, dass bereits etablierte Lehrbücher, wie das von Senf & Broda (2000), dem Verfahren Gesprächspsychotherapie mehr Beachtung schenken als bisher, und neue Lehrbücher, wie das von Strauß et al. (2003, im Druck) der Darstellung der GPT von vornherein mehr Gewicht beimessen.

4. Schlussfolgerungen

Unser Überblick über die neuere empirische Forschung zur GPT an den deutschen Hochschulen und über die Repräsentanz des Verfahrens in der Lehre und in den Lehrbüchern ist keine beruhigende Bilanz. Die Verbreitung des Verfahrens und seine Rezeption an den Universitäten ist verglichen mit den 70er Jahren deutlich zurückgegangen.

Zwar sind in den letzten Jahren wieder eine ganze Reihe von Veröffentlichungen deutschsprachiger Autorinnen und Autoren zur Gesprächspsychotherapie erschienen. Die allermeisten Beiträge sind jedoch theoretischer Natur oder Erfahrungsberichte aus der Praxis (die wir hier ausgeklammert haben). Dabei fällt übrigens auf, dass die großen Sammelwerke zur Klientenzentrierten bzw. Personenzentrierten Psychotherapie bzw. einzelne Beiträge in ihnen in den vergangenen Jahren vor allem von österreichischen Autorinnen und Autoren stammen (s. z. B. Stumm/Wiltschko/Keil 2003; Iseli et al. 2002; Keil/Stumm 2002).

Sorgfältig konzipierte und störungsspezifisch durchgeführte empirische Untersuchungen zur GPT sind in den renommierten Fachzeitschriften unterrepräsentiert. Immerhin ist ein Trend dazu festzustellen, sogar zu manualgeleiteter Forschung. Hier sind

7 Etwa je 7 % der Lehre waren der Tiefenpsychologie bzw. Psychoanalyse zuzuordnen.

8 Für die Inspektion aller in Frage kommenden Webseiten sei Frau cand. psych. Yvonne-Olivia Stocker gedankt.

9 Das Lehrbuch wird gemäß der Umfrage von Kröner-Herwig et al. (2000) an 93.8 % der befragten Institutionen verwendet!

inzwischen zweifellos Fortschritte erzielt worden. Doch das Erreichte ist nur ein respektable Anfang.

Man muss auch sehen, dass die meisten der oben zitierten Studien nur von einigen wenigen Forschungsgruppen stammen. Insgesamt lässt sich somit in Anlehnung an das eingangs zitierte Urteil von Auckenthaler und Helle (2001) über die aktuelle Bedeutung der GPT in der Forschung an den deutschen Hochschulen feststellen: Die Situation ist immer noch „wenig erfreulich“, wenn auch nicht gerade „düster“.

Die Notwendigkeit zu weiterer sorgfältiger Forschung ergibt sich unter anderem auch aus folgender Tatsache: Die GPT gilt zwar hinsichtlich ihrer Wirksamkeit als hinreichend bestätigt, doch viele der hierzu herangezogenen Forschungsergebnisse sind quasi veraltet, beruhen auf einer Art von Gesprächspsychotherapie, die heutzutage vermutlich so kaum mehr praktiziert wird. Das von Schulz und Pelster (2002) mit Blick auf die eigene Fragestellung (Übertragung in der GPT) konstatierte Phänomen, hier habe die Praxis die Theorie überholt, ist vermutlich ein Ausdruck dieser Weiterentwicklung.

Nach der wissenschaftlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland und der für die Ausbildungscurricula festgeschriebenen Bedeutung der GPT wäre zu erwarten, dass dieses Verfahren an den Hochschulen sowohl in der Lehre als auch in der Forschung nun wieder (noch) mehr an Attraktivität und Bedeutung gewinnt.

International lässt sich ein Wiederaufleben des Personzentrierten Ansatzes beobachten, wie es etwa durch die Gründungen der internationalen Zeitschrift *Person-centered and Experiential Psychotherapies* und der – vorliegenden – deutschsprachig-internationalen Zeitschrift *PERSON* zum Ausdruck kommt.

Der quasi innerparteiliche, eingangs angesprochene Streit über den der Klientenzentrierten Psychotherapie angemessenen Forschungsansatz sollte hierbei nicht länger erschwerend sein, abgesehen davon, dass die Auseinandersetzung ja wissenschaftlich fruchtbar sein kann. Zugegebenermaßen entspricht unser hier propagierter Ansatz eher dem medizinisch-naturwissenschaftlichen Vorgehen. Eine anders konzipierte Forschung hätte allerdings auch kaum eine Chance, internationalen Standards zu genügen (vgl. Eckert/Höger/Schwab 2003). Wir müssen uns, weil wir die vorgegebenen Kriterien nicht ändern können, nach ihnen richten. Und wir stehen dabei in Konkurrenz zu anderen Verfahren, der wir uns stellen müssen, ob wir wollen oder nicht.

Unabhängig davon können und sollen Gesprächspsychotherapeuten in der Praxis selbstverständlich weiterhin die Inkongruenz eines Menschen und nicht seine Symptome behandeln (vgl. Heinerths Artikel zur „Symptomspezifität und Interventionshomogenität“ 2002). Nur: Gleichzeitig müssen sie sich zur überzeugenden Dokumentation dessen, was sie tun, den wissenschaftlich generell üblichen Methoden unterziehen.

Und dabei brauchen wir uns um die Zukunft der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie keine Sorgen zu machen.

Literatur

- Ahrens, S./Schneider, W. (2002), Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin, Stuttgart (Schattauer) ²2002
- Altenhöfer, A./Eckert, J./Schwab, R. (2003), Efficacy of Client-Centred Psychotherapy in the Treatment of Patients with Adjustment Disorders. Poster auf dem 34th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research in Weimar, 25. – 29.6. 2003.
- Auckenthaler, A. (2001). Die Gesprächspsychotherapie vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen in Klinischer Psychologie und Psychotherapie, in: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V. (Hrsg.), Visionen für ein gesellschaftliches Miteinander: Der Personzentrierte Ansatz im Zeitalter von Digitalisierung und globalem Wertewandel, Köln (GwG-Verlag), 132–139
- Auckenthaler, A./Helle, M. (2001), Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie: Entwicklungslinien, Schwerpunkte, Ergebnisse, in: Frenzel, P./ Keil, W.W./ Schmid, P.F./ Stölzl, N. (Hg.), Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie: Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen, Wien (Facultas Universitätsverlag), 393–411
- Bänninger-Huber, E. (2001), Von der Erfolgsforschung zur Prozessforschung – und wieder zurück? Zum aktuellen Stand der Psychotherapieforschung im deutschsprachigen Raum, in: Psychotherapeut 46, 348–352
- Biermann-Ratjen, E.-M./Swildens, H. (1993), Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts, in: Eckert, J./ Höger, D./ Linster, H. (Hg.), Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Band 1: Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts, Köln (GwG-Verlag), 57–76
- Biermann-Ratjen E.-M./Eckert, J./Schwartz (1997), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, (Kohlhammer) ⁸1997
- Biermann-Ratjen, E.-M./Eckert, J. (2002), Erwartungen an eine klinische Bindungsforschung aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie, in: Strauß, B./Buchheim, A./Kächele, H. (Hg.), Klinische Bindungsforschung. Theorien-Methoden-Ergebnisse, Stuttgart (Schattauer), 9–16
- Bischof, N. (1975), A systems approach toward the functional connections of attachment and fear, in: Child Development, 46, 801–817
- Böhme, H./Finke, J./Gastpar, M./Staudinger, T. (1994), Die Veränderung von Kausalattributionen und Coping durch stationäre Gesprächspsychotherapie, in: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 44, 432–439
- Böhme, H./Finke, J./Teusch, L. (1998), Effekte stationärer Gesprächspsychotherapie bei verschiedenen Krankheitsbildern: 1-Jahres-Katamnese, in: Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 48, 20–29
- Böhme, H./Teusch, L. (1997), Abwehr in Rating-Skalen und Therapieerfolg, in: Nervenarzt, 68, 896–902
- Böhme, H., Teusch, L. & Finke, J. (2000). Stationäre störungsspezifische Gesprächspsychotherapie: Bisherige Erfahrungen mit dem Basisprogramm und Kombinationen mit VT-Reizkonfrontation oder Psychopharmaka, in M. Bassler (Hg.), Leitlinien zur stationären Psychotherapie – Pro und Contra. Mainzer Werkstatt über empirische Forschung von stationärer Psychotherapie 1999, Gießen (Psychosozial-Verlag), 73–87
- Bowlby, J. (1969), Attachment and loss, Vol. 1: Attachment, New York (Basic Books)
- Bowlby, J. (1988), A secure Base. Clinical applications of attachment theory, London (Routledge)

- Cartwright, D./deBruin, J./Berg, S. (1991), Some scales for assessing personality based on Carl Rogers' theory: further evidence of validity, in: *Personality and Individual Differences*, 12, 151–156
- Cartwright, D./Mori, C. (1988), Scales for assessing aspects of the person, in: *Person-Centered Review*, 3, 176–194
- Cattell, R. B. (1963), The structuring of change by P-technique and incremental R-technique, in: Harris, C. W. (Hg.), *Problems in measuring change*, Madison (University of Wisconsin Press), 167–198
- Collins, N. L./Read, S. J. (1990), Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples, in: *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644–663
- Comer, R. J. (2001), *Klinische Psychologie*, Heidelberg (Spektrum) ²2001
- Davison, G. C./Neale, J. M./Hautzinger, M. (2002)(Hg.), *Klinische Psychologie*, Weinheim (Psychologie Verlags Union) ⁶2002
- Eckert, J. (1974), Prozesse in der Gesprächspsychotherapie: Die Bedeutung subjektiver Erfahrungen von Klient und Psychotherapeut im Hinblick auf den Therapieverlauf und Therapieerfolg, Unveröff. Diss., Universität Hamburg
- Eckert, J. (1995) (Hg.), *Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie: Aktuelle Ansätze und Ergebnisse*, Köln (GwG-Verlag)
- Eckert, J./Biermann-Ratjen, E.-M. (1998), The treatment of Borderline personality disorder, in: Greenberg, L. S./Watson, J. C./Lietaer G. (Hg.), *Handbook of experiential psychotherapy*, New York (Guilford), 349–367
- Eckert, J./Biermann-Ratjen, E.-M./Wuchner, M. (2000), Die langfristigen Veränderungen der Borderline-Symptomatik bei Patienten nach klientenzentrierter Gruppenpsychotherapie, in: *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 50, 140–160
- Eckert, J./Bolz, W./Pfuhlmann, K. (1979), Überprüfung der Vorhersagbarkeit von psychotherapeutischen Effekten aufgrund der „Ansprechbarkeit“ des Klienten bei Gesprächspsychotherapie und dynamischer Kurztherapie, in: *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 8, 169–180
- Eckert, J./Höger, D./Schwab, R. (2003), Development and current state of the research on client-centered psychotherapy (CCT) in the German language region, in: *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 2, 3–18
- Eckert, J./Schwartz, H. J./Tausch, R. (1977), Klienten-Erfahrung und Zusammenhang mit psychischen Änderungen in der personenzentrierten Gesprächspsychotherapie, in: *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 6, 177–184
- Eckert, J./Wuchner, M. (1994), Frequenz – Dauer – Setting in der Gesprächspsychotherapie heute. Teil I: Einzeltherapie bei Erwachsenen, in: *GwG-Zeitschrift*, 95, 17–20
- Elliott, R. (2002), The effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis, in: Cain, D. J./Seeman, J. (Hg.), *Humanistic Psychotherapies. Handbook of Research and Practice*, Washington, DC (American Psychological Association), 57–81
- Elliott, R./Greenberg L. S./Lietaer, G. (2004), Research on experiential psychotherapies, in: Lambert, M. J. (Hg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. Fifth Edition*, New York (John Wiley & Sons), 493–539
- Finke, J. (1994), Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie, Stuttgart (Thieme)
- Finke, J./Böhme, H./Teusch, L. (2000), Differentielle Effekte stationärer Gesprächspsychotherapie bei Angst und Depression, in: Bassler, M. (Hg.), *Leitlinien zur stationären Psychotherapie – Pro und Contra. Mainzer Werkstatt über empirische Forschung von stationärer Psychotherapie 1999*. Gießen (Psychosozial-Verlag), 102–114
- Finke, J. & Teusch, L. (1999), Psychotherapiemanual: Entwurf zu einer manualgeleiteten Gesprächspsychotherapie der Depression, in: *Psychotherapeut*, 44, 101–107
- Frohburg, I. (1990), 20 Jahre Gesprächspsychotherapie in der DDR, in: *GwG Zeitschrift*, 21 (80), 215–222
- Frohburg, I. (2001), „Worüber wird denn eigentlich in Psychotherapien gesprochen?“ Eine Analyse von Falldokumentationen, in: Langer, I. (Hg.), *Menschlichkeit und Wissenschaft: Festschrift zum 80. Geburtstag von Reinhard Tausch*, Köln (GwG-Verlag), 257–271
- Frohburg, I. (in Druck), Katamnesen zur Gesprächspsychotherapie: Überblicksarbeit, in: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*
- Frohburg, I./Auckenthaler, A. (1996), Die Gesprächspsychotherapie in der universitären Ausbildung und Forschung in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Bestandsaufnahme, in: *GwG Zeitschrift* 103, 14–18
- Frohburg, I./Sachse, R. (1992), Steuerungseffekte im Verlauf der Psychotherapie oder: Wann arbeiten Klienten am effektivsten an der Klärung eigener Motive? In: Sachse, R. (Hg.), *Neue Handlungskonzepte in der Klientenzentrierten Psychotherapie. Eine grundlegende Neuorientierung*, Heidelberg (Asanger), 95–108
- Grawe, K. (1976), *Differentielle Psychotherapie 1: Indikation und spezifische Wirkung von Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie*, Bern (Huber)
- Grawe, K./Donati, R./Bernauer, F. (1994), *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*, Göttingen (Hogrefe)
- Heinerth, K. (2002), Symptomspezifität und Interventionshomogenität, in: *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 33, 23–26
- Helm, J. (1974), Eine vorläufige Kurzform des Persönlichkeits-Q-Sorts (Butler und Haigh), in: Helm, J./Kasielke, E./Mehl, J. (Hg.), *Neurosendiagnostik*, Berlin (Deutscher Verlag der Wissenschaften), 39–56
- Helm, J. (1978), *Gesprächspsychotherapie. Forschung – Praxis – Ausbildung*, Berlin (VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften)
- Höger, D. (1993), Organismus, Aktualisierungstendenz, Beziehung – die zentralen Grundbegriffe der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, in: Eckert, J./Höger, D./Linster, H. (Hg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*, Band 1. Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts, Köln (GwG-Verlag), 17–41
- Höger, D. (1995a), Deutsche Adaptation und erste Validierung des „Feelings, Reactions and Belief Survey“ (FRBS) von Desmond S. Cartwright. Ein Beitrag zur konzeptorientierten Erfassung von Effekten der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, in: Eckert, J. (Hg.), *Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie. Aktuelle Ansätze und Ergebnisse*, Köln (GwG-Verlag), 167–183
- Höger, D. (1995b), Unterschiede in den Beziehungserwartungen von Klienten. Überlegungen und Ergebnisse zu einem bindungstheoretisch begründeten und empathiebestimmten differentiellen Vorgehen in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *GwG-Zeitschrift*, 100, 47–54
- Höger, D. (1997), Der Beitrag der Gesprächspsychotherapie zu einer allgemeinen Psychotherapientheorie, in: Mandl, H. (Hg.), *Bericht über den 40. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in München 1996*, Göttingen (Hogrefe), 667–673
- Höger, D. (1998), Bindungstheoretische Aspekte der psychotherapeutischen Beziehung. Posterpräsentation auf dem 41. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Dresden 1998.
- Höger, D. (1999), Der Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen (BFKE). Ein Verfahren zur Erfassung von Bindungsstilen bei Psychotherapie-Patienten, in: *Psychotherapeut*, 44, 159–166

- Höger, D. (2000), „Ist das noch GT, wenn ich ...?“ – Was ist eigentlich Gesprächspsychotherapie? in: *Psychotherapeuten Forum. Praxis und Wissenschaft*, 7 (5), 5–17
- Höger D./Buschkämper, S. (2002), Der Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFPE). Ein alternativer Vorschlag zur Operationalisierung von Bindungsmustern mittels Fragebögen, in: *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 23, 83–98
- Höger, D./Eckert, J. (1997), Der Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB). Ein Verfahren zur Erfassung von Aspekten des „Post-Session Outcome“ bei Psychotherapien, in: *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26, 129–137
- Höger, D./Wissemann, N. (1999), Zur Wirkungsweise des Faktors „Beziehung“ in der Gesprächspsychotherapie. Eine empirische Studie, in: *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 47, 374–385
- Hogrefe – Verlag für Psychologie (2003)(Hg.), *Psychologie Kalender 2003*, Göttingen (Hogrefe)
- Iseli, C./Keil, W. W./Korbei, L./Nemeskeri, N./Rasch-Owald, S./Schmid, P. F./Wacker, P. G. (2002) (Hg.), *Identität – Begegnung – Kooperation: Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende*, Köln (GwG-Verlag)
- Jacobs, S./Heymann, A./Kuhn-Sürig, T. (2002), Effekte eines Multimedia-Trainingsprogramms schwieriger Therapiesituationen, in: *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung* 33, 301–306
- Keil, W. W. (2001), Klientenzentrierte Therapietheorie, in: Frenzel, P./Keil, W. W./Schmid, P. F./Stölzl, N. (Hg.), *Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen*. Wien (Fakultas), 119–146
- Keil, W. W./Stumm, G. (2002)(Hg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie*, Berlin (Springer)
- Kriz, J. (2001), *Grundkonzepte der Psychotherapie*, Weinheim (Psychologie Verlags Union) 2001
- Kröner-Herwig, B./Fydrich, T./Tuschen-Caffier, B. (2000), Ausbildung für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Ergebnisse einer Umfrage. <http://www.klinische-psychologie-psychotherapie.de/Ausb-Umfrage.pdf>
- Kuppardt, A. (1999). Bindungsmuster und soziale Unterstützung. Unveröffentlichte Diplom-Arbeit, Universität Bielefeld.
- Langer, I. (2001), Die Untersuchungen des Hamburger Teams um Reinhard Tausch zur Gesprächspsychotherapie und zur Klinischen Psychologie in Kurzzusammenfassungen, in: Langer, I. (Hg.), *Menschlichkeit und Wissenschaft: Festschrift zum 80. Geburtstag von Reinhard Tausch*, Köln (GwG-Verlag), 209–231
- Luborsky, L./Singer, B./Luborsky, L. (1975), Comparative studies of psychotherapies: Is it true that „Everybody has won and all must have prizes“? in: *Archive of General Psychiatry*, 32, 995–1008
- Luborsky, L./Diguier, L./Seligman, D. A./Rosenthal, R./Krause, E. D./Johnson, S./Halperin, G./Bishop, M./Berman, J. S./Schweizer, E. (1999), The researcher’s own therapy allegiances: A „wild card“ in comparisons of treatment efficacy, in: *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95–106
- Luborsky, L./Rosenthal, R./Diguier, L./Andrusyna, T. P./Berman, J. S./Levitt, J. T./David, A./Seligman, D. A./Krause, E. D. (2001), The Dodo bird verdict is alive and well – mostly, in: *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 2–12
- Main, M. (1990), Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies, in: *Human Development*, 33, 48–61
- Meyer, A. E./Richter, R./Grawe, K./Schulenburg, J.-M. von der/Schulte, D. (1991), Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Hamburg: Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf.
- Nord, C./Höger, D./Eckert, J. (2000), Bindungsmuster von Psychotherapeuten, in: *Persönlichkeitsstörungen*, 4, 76–86
- Plessen, U. (1982), *Verlaufs- und Erfolgskontrolle im psychotherapeutischen Prozeß*, Göttingen (Hogrefe)
- Plog, U. (1976), *Differentielle Psychotherapie II: Der Zusammenhang zwischen Lebensbedingungen und spezifischen Therapieeffekten im Vergleich von Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie*. Bern (Huber)
- Reimer, C./Eckert, J./Hautzinger, M./Wilke, E (2000), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. 2. Aufl., Berlin Heidelberg (Springer)
- Rogers, C. R. (1959), A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, S. (Hg.), *Psychology: a study of a science*, Vol. 3, New York (McGraw Hill), 184–256
- Sachse, R. (1992), *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie: Eine grundlegende Neukonzeption*, Göttingen (Hogrefe)
- Sachse, R. (1995), *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie: Effektive psychotherapeutische Strategien bei Klienten und Klientinnen mit psychosomatischen Magen-Darm-Erkrankungen*, in: Eckert, J. (Hg.), *Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie: Aktuelle Ansätze und Ergebnisse*, Köln (GwG-Verlag), 27–49
- Sachse, R. (1998), Treatment of psychosomatic problems, in Greenberg, L. S./Watson, J. C./Lietaer, G. (Hg), *Handbook of experiential psychotherapy*, New York/London (Guilford), 295–327
- Sachse, R. (1999), *Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie*, Göttingen (Hogrefe)
- Sachse, R. (2002), Process-outcome research on humanistic therapy variables, in: Cain/D. J./Seeman, J. (Hg.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*, Washington, DC (American Psychological Association), 83–115
- Schulz, W./Pelster, C. (2002), Das Übertragungsphänomen in der Praxis der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, in: *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 33, 12–22
- Schützmann, K./Laleik, S./Eckert, J./Biermann-Ratjen, E.-M. (2003), *Gesprächspsychotherapie der Bulimia nervosa. Ein Leitfaden zur ambulanten klientenzentrierten Psychotherapie bei Bulimia nervosa*. Unveröff. Manuskript, Universität Hamburg, Psychologisches Institut III
- Schwab, R. (1997), *Einsamkeit: Grundlagen für die klinisch-psychologische Diagnostik und Intervention*, Bern (Huber)
- Schwab, R. (2001), *Gruppenpsychotherapie gegen Einsamkeit. Vorliegende Ansätze und Erfahrungen mit einem personzentriert-erweiterten Konzept*, in: Langer, I. (Hg.), *Menschlichkeit und Wissenschaft: Festschrift zum 80. Geburtstag von Reinhard Tausch*, Köln (GwG-Verlag), 325–338
- Schwab, R./Liese, G. (2000), Burnout und Persönlichkeit bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: Ein Vergleich zwischen Gesprächspsychotherapeuten und Verhaltenstherapeuten, in: *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 31, 45–51
- Senf, W./Broda, M. (Hg.) (2000), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie*. 2. Aufl., Stuttgart (Thieme)

- Speierer, G.-W. (1994), Das Differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung, Heidelberg (Asanger)
- Strauß, B./Eckert, J. (1994), Dimensionen des Gruppenerlebens. Zur Skalenbildung im Gruppenerfahrungsbogen, in: Zeitschrift für Klinische Psychologie, 23, 188–201
- Strauß, B./Hohagen, F./Caspar, F. (im Druck). Lehrbuch Psychotherapie, Göttingen (Hogrefe)
- Stumm, G./Wiltschko, J./Keil, W.W. (2003), Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung, Stuttgart (Pfeiffer bei Klett-Cotta)
- Tausch, R. (1976), Ergebnisse und Prozesse der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie bei 550 Klienten und 115 Psychotherapeuten, in: Jankowsky, P./Tscheulin, D./Fietkau, H.-J./Mann, F. (Hg.), Klientenzentrierte Psychotherapie heute, Göttingen (Hogrefe), 60–73
- Teusch, L. (2002), Personzentrierte Angstforschung: Störungsbezogenes Vorgehen und Ergebnisse, in: Person, 2, 55–59
- Teusch, L./Böhme, H. (1999), Is the exposure principle really crucial in agoraphobia? In: Psychotherapy Research, 9, 115–123
- Teusch, L./Böhme, H./Finke, J. (2001), Konfliktzentrierte Monotherapie oder Methodenintegration? Veränderungsprozesse von Gesprächspsychotherapie mit und ohne verhaltenstherapeutische Reizkonfrontation bei Agoraphobie mit Panikstörung, in: Nervenarzt, 72, 31–39
- Teusch, L./Böhme, H./Gastpar, M. (1997), The benefit of an insight oriented and experiential approach on panic and agoraphobia symptoms: Results of a controlled comparison of client-centered therapy and a combination with behavioral exposure, in: Psychotherapy and Psychosomatics, 66, 293–301
- Teusch, L./Finke, J. (1995), Die Grundlagen eines Manuals für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung bei Panik und Agoraphobie, in: Psychotherapeut, 40, 88–95
- Tscheulin, D. (2001), Würzburger Leitfaden (WLF) zur Verlaufs- und Erfolgskontrolle Personzentrierter Beratung und Psychotherapie. Version 3: neu überarbeitet und ergänzt, Köln (GwG-Verlag)
- Tscheulin, D./Trouw, C./Walter-Klose, C. (2000), Personzentrierte Klassifikation von Patienten: Eine Vierergruppierung und ihre Zusammenhänge mit ICD-10-Kategorien und Effektivitätsmaßen bei stationärer Psychotherapie, in: Speierer, G.-W. (Hg.), Neue Ergebnisse der ambulanten und stationären Gesprächspsychotherapie, Bonn (GwG-Verlag), 49–74
- Tscheulin, D./Walter-Klose, Ch./Wellenhöfer, G. (2000), Effektivität personzentrierter stationärer Psychotherapie an der Hochgrat-Klinik: Ein Überblick zur Qualitätssicherung bei 1550 Patienten, in: Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung, 1, 35–44
- Zielke, M./Kopf-Mehnert, Chr. (1978), Der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV), Weinheim (Beltz)

Autoren:

Reinhold Schwab, 1942, Priv.-Doz. Dr. phil. habil., Dozent am Psychologischen Institut III der Universität Hamburg, Arbeitsbereich Gesprächspsychotherapie. Psychologischer Psychotherapeut, Ausbilder in der GwG.

Forschungsschwerpunkte: Spezielle Aspekte der Klientenzentrierten Psychotherapie; Klinische Psychologie der Einsamkeit; störungsrelevante Einstellungen.

Jochen Eckert, 1940, Dr. phil. habil., Ord. Univ.-Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie. Leiter des Arbeitsbereiches Gesprächspsychotherapie des Psychologischen Instituts III der Universität Hamburg. Präsident der Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG). Mitherausgeber der Fachzeitschriften PSYCHOTHERAPEUT, Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie (PTT), Zeitschrift für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik.

Forschungsschwerpunkte: Psychotherapieforschung, Diagnostik und Therapie von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Diether Höger, 1936, Dr., Univ.-Prof. (emer.) für Psychologie an der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft der Universität Bielefeld, Klinischer Psychologe, Psychotherapie, Ausbildung und Qualifikation als Ausbilder in Gesprächspsychotherapie.

Forschungsschwerpunkte: Psychotherapieforschung (insbesondere therapeutische Beziehung) und Bindungstheorie.

Korrespondenzadressen:

Priv.-Doz. Dr. Reinhold Schwab
Psychologisches Institut III der Universität Hamburg
Von-Melle-Park 5
D-20146 Hamburg
E-Mail: rschwab@uni-hamburg.de

Prof. Dr. Jochen Eckert
Psychologisches Institut III der Universität Hamburg
Von-Melle-Park 5
D-20146 Hamburg
E-Mail: jeckert@uni-hamburg.de

Prof. em. Dr. Diether Höger
Barlachstraße 36
D-33613 Bielefeld
E-Mail: diether.hoeger@uni-bielefeld.de