

Ludwig Teusch und Jobst Finke

Gesprächspsychotherapie-Forschung in der Psychiatrie in Deutschland

Zusammenfassung: Der personenzentrierte Ansatz hat sich sowohl als therapeutisches Basiskonzept als auch als spezifisches psychotherapeutisches Verfahren bei der psychiatrischen Behandlung bewährt. Diese Erfahrung war die Basis für eine Reihe wissenschaftlicher Untersuchungen, in denen die gute Wirksamkeit belegt werden konnte, insbesondere bei Angststörungen, depressiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Vorgegangen war die Entwicklung störungsbezogener Konzepte bis hin zu Therapiemanualen. Wenn eine Stagnation in der Forschung vermieden werden soll, müssen junge Gesprächspsychotherapeuten mit wissenschaftlichem Interesse gefördert werden.

Schlüsselwörter: Psychotherapie in der Psychiatrie, Störungsbezogene Gesprächspsychotherapie, Personenzentrierte Therapie, Psychotherapieforschung, Prozess- und Ergebnisforschung

Résumé: La recherche sur la psychothérapie centrée sur la personne dans la psychiatrie en Allemagne. Dans le traitement psychiatrique, l'approche centrée sur la personne a fait ses preuves en tant que conception fondamentale de la psychothérapie. Elle a aussi démontré son impact en tant que processus psychothérapeutique spécifique. Ceci fut la base d'une série de recherches scientifiques qui prouvent son efficacité, en particulier dans le traitement des troubles anxieux, des troubles dépressifs et des troubles de la personnalité. Des conceptions axées sur la résolution des symptômes furent d'abord élaborées, puis celles des manuels de thérapie. Si nous voulons éviter une stagnation dans la recherche, les jeunes psychothérapeutes des méthodes centrés sur la personne ayant un intérêt scientifique doivent être encouragés.

Mots-clés: Psychothérapie dans la psychiatrie, psychothérapie centrée sur la personne axée sur la résolution des symptômes, psychothérapie centrée sur la personne, recherche psychothérapeutique, recherche quant au processus et quant aux effets

Abstract: Research on person-centred therapy within psychiatry in Germany. The person-centred approach has proven to be appropriate as therapeutic basic concept and as a specific psychotherapeutic procedure as well for the treatment of psychiatric disorders. Clinical practice and the development of disorder related concepts and treatment manuals were the basis for several studies, which indicated a high efficacy, especially in the treatment of anxiety disorders, depressive disorders, and personality disorders. In order to avoid a slow down in research, scientific young person-centred therapists must be encouraged and supported.

Key words: Process and disorder related client-centred therapy, person-centred therapy, psychotherapy research, development of disorder related concepts and treatment manuals

Voraussetzungen für Gesprächspsychotherapie-Forschung in der Psychiatrie

Die Integration der Psychotherapie in die Psychiatrie – über Jahrzehnte umstritten und Gegenstand von dogmatischen Auseinandersetzungen zwischen psychotherapeutisch und biologisch ausgerichteten Psychiatern – ist inzwischen gut vorangekommen. Hierzu hat die Novellierung der Weiterbildungsordnung durch den

Deutschen Ärztetag 1992 wesentlich beigetragen: Zur Psychiatrie-Weiterbildung gehört jetzt obligatorisch eine Weiterbildung in Psychotherapie zum „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“. Alle psychiatrischen Einrichtungen müssen seitdem psychotherapeutische Weiterbildungs- und Behandlungsmöglichkeiten vorhalten (Gastpar/Finke/Teusch 1996). Inzwischen integrieren viele Psychiater mit großer Selbstverständlichkeit psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsmethoden.

Obwohl nicht wenige psychologische Therapeuten in psychiatrischen Einrichtungen gesprächspsychotherapeutisch arbeiten hat die Gesprächspsychotherapie – folgt man ihrer Repräsentation nach Außen – nur begrenzt Einzug in die Psychiatrie gehalten. Hierzu tragen unterschiedliche Faktoren bei. So sind ausschließlich tiefenpsychologische Verfahren bzw. kognitiv-behaviorale Verfahren als Hauptverfahren in der ärztlichen Weiterbildung zugelassen. Gesprächspsychotherapie kann nur als Zweitverfahren gewählt werden. Die dafür erforderliche Kurzausbildung reicht aber nur selten aus, um eine personenzentrierte Identität zu entwickeln.

Immerhin ist nach der Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als wissenschaftliches Verfahren durch den „Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie“ im Jahre 2002 davon auszugehen, dass die Gesprächspsychotherapie jetzt auch als wissenschaftliches Hauptverfahren in die ärztliche Weiterbildung aufgenommen wird.

Abgesehen von solchen formalen, weiterbildungsrechtlichen Regularien gibt es auch inhaltliche Aspekte, die eine Einbeziehung der Gesprächspsychotherapie in die Psychiatrie und deren Forschungsstrategien nicht unproblematisch erscheinen lassen. Dies betrifft vor allem jene Richtungen innerhalb des Personenzentrierten Ansatzes, die einem Verständnis des therapeutischen Prozesses als einem zielgerichteten, zweckrationalen Vorgehen mit definierten Handlungsregeln skeptisch bis ablehnend gegenüberstehen. Während zielorientiertes Handeln, insbesondere auf Symptomreduktion zielendes Handeln das psychiatrische Vorgehen kennzeichnet, halten prominente Sprecher des gesprächspsychotherapeutischen Ansatzes (Mearns 2003; Schmid 2003) noch heute problemorientierte oder störungsorientierte Ansätze kategorisch für nicht personenzentriert.

Wir möchten hier aber auch nicht einer strikt am Modell naturwissenschaftlicher Forschungslogik ausgerichteten Therapeutik einseitig das Wort reden. Kausal- bzw. bedingungsanalytisches Denken in der Medizin steht einer phänomenologisch-hermeneutisch orientierten Personenzentrierten Psychotherapie gegenüber. Dieses Spannungsfeld birgt eine große Herausforderung und Chance: Auf der einen Seite kann der personenzentrierte Ansatz ein wichtiges Korrektiv zum Zweckrationalismus naturwissenschaftlicher Positionen sein (Weise 1991). Der Personenzentrierte Ansatz kann gerade mit seinem Konzept von Begegnung, die nicht ausschließlich unter dem Diktat eines kurzschlüssigen Zweckdenkens und eines „seelenlosen“ Funktionalismus steht, dazu beitragen, die Grundeinstellung und die Atmosphäre einer psychiatrischen Klinik zu prägen, wie dies beispielsweise in der psychiatrischen Universitätsklinik in Leipzig (Weise 1986) und im Psychotherapiebereich der Psychiatrischen Universitätsklinik Essen entwickelt und über viele Jahre erfolgreich praktiziert wurde (Finke/Teusch 1986; Finke 1992; Teusch 2003). Auf der anderen Seite liegt eine Herausforderung für die Gesprächspsychotherapeuten darin, zielorientierte Überlegungen in die Therapieplanung einzubeziehen und charakteristische Therapieprozesse, Therapiestadien, thematische Foci und

charakteristische Interventionsstrategien aufzuzeigen, wie dies von Swildens (1996) in den Niederlanden und der Essener Arbeitsgruppe (Finke 1994; Teusch/Finke 1995; Finke/Teusch, 1999, 2002) – wohl nicht zufälligerweise Psychiater – vorgestellt wurde. Es geht uns also darum, die beiden hier angedeuteten Grundpositionen nicht undialektisch auseinanderfallen zu lassen in ein entweder nur Beziehung und Begegnung anbietendes oder nur Technik exekutierendes Therapieverständnis.

Vorteile einer störungsbezogenen Perspektive unter Einschluss der Entwicklung von Therapiemanualen (Finke/Teusch 2002) sind

- Erleichterung des verstehenden Zugangs
- Planbarkeit des therapeutischen Vorgehens
- Erleichterung der Kombination mit anderen Behandlungsverfahren
- Bessere Lehrbarkeit
- Identifizierbarkeit des therapeutischen Vorgehens
- Ausweis von Wissenschaftlichkeit durch Offenlegen der Handlungsregeln.

Um Forschungsergebnisse in anerkannten wissenschaftlichen Zeitschriften mit hohem „Impact Factor“ publizieren zu können, ist eine Operationalisierung des therapeutischen Vorgehens anhand von Manualen, mindestens aber eine präzise Beschreibung der relevanten Handlungsregeln, unabdingbar. Ein bloßer Verweis auf die Grundhaltungen der Gesprächspsychotherapie wird als zu vage verworfen. Diese Position wird sich auch zunehmend als Kriterien bei der von den Krankenkassen geforderten Qualitätssicherung psychotherapeutischer Arbeit im Sinne einer evidenz-basierten Medizin durchsetzen (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein 2003).

Um den Anforderungen psychiatrisch-psychotherapeutischer Forschung wie Praxis und ebenso der Krankenkassen zu entsprechen, wurden störungsbezogene Konzepte zur Diagnostik (Teusch 1991; Speierer 1994) und Therapie (Teusch/Finke 2002) für praktisch alle psychiatrischen Erkrankungsformen entwickelt und im klinischen Alltag umfassend erprobt. Dies gilt ganz besonders für Substanzabhängigkeit, schizophrene Störungen, depressive Störungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen. Ein solches Vorgehen erwies sich auch als günstig, um die Vergleichbarkeit von Wirkung und Wirkungsweise der Gesprächspsychotherapie mit anderen Verfahren zu verbessern. Eine Reihe von Erfahrungsberichten belegen inzwischen, dass die Gesprächspsychotherapie mit anderen Therapieverfahren kombinierbar ist. Aus der Essener Arbeitsgruppe ist insbesondere die Integration von Gesprächspsychotherapie und verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation bei der Panikstörung mit Agoraphobie (Teusch 1995; Teusch/Böhme/Gastpar 1997) zu nennen und die Kombination von Gesprächspsychotherapie und psychopharmakologischer Therapie bei depressiven Störungen (Teusch/Böhme/Finke/Gastpar/Skerra 2003) und Persönlichkeitsstörungen (Teusch/Böhme/Finke 2001).

Gesprächspsychotherapieforschung in der Psychiatrie

Die Jahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), die größte psychiatrische Fachgesellschaft in Deutschland hatte erstmals 1980 in ihrer Jahrestagung Psychotherapie in der Psychiatrie zum Schwerpunktthema. Seither haben mehrere Fachtagungen stattgefunden, in denen eine stürmische Entwicklung deutlich geworden ist. Die Themenauswahl zeigt, dass Konzeptbildungen, klinische Erfahrungen und Studien zu praktisch allen psychiatrischen Erkrankungsformen zusammengetragen wurden (Teusch/Gastpar 2000). Eine Umfrage bei allen psychiatrischen Krankenhäusern, Fachabteilungen und psychiatrischen Universitätskliniken (Teusch/Gastpar 2000) ergab, dass in $\frac{2}{3}$ aller psychiatrischen Universitätskliniken in Deutschland Psychotherapiestudien durchgeführt wurden. Die Studien umfassten alle diagnostischen Gruppen, insbesondere Substanzmissbrauch, schizophrene-, depressive-, Angst-, Zwangs- und Borderline-Störungen. Die meisten Kliniken führten auch randomisierte Psychotherapiestudien durch. Aufgrund ihrer Nähe zu den Naturwissenschaften haben experimentelle Designs mit randomisierter Zuordnung in der biologisch-psychiatrischen Disziplin immer eine wichtige Rolle gespielt (Gastpar/Teusch 1997), während im Psychotherapiebereich Einzelfallstudien und qualitative Auswertungen retrospektiv oder prospektiv gesammelter Daten traditionell im Mittelpunkt standen.

Von Forschern, die psychoanalytischen bzw. personenzentrierten Ansätzen nahe stehen, wurde die Angemessenheit kontrollierter Forschungsbedingungen in Frage gestellt und von einem „abuse of the drug metaphor“ (Stiles/Shapiro 1989) gesprochen, was bis heute kontrovers diskutiert wird. In den letzten Jahren hat sich diese Kontroverse insofern deutlich verändert, als empirische Begründbarkeit und messbare Erfolgskriterien zu Entscheidungsgrundlagen für die Anerkennung als qualifiziertes Weiterbildungsverfahren bedeutsam werden und bei der Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Gesprächspsychotherapie-Forschung an psychiatrischen Kliniken in Deutschland

Psychotherapieforscher, die auch biologisch-naturwissenschaftlich geprägt waren, begannen experimentelle Designs zu entwickeln, um Antworten auf Fragen nach den Wirkmechanismen und der Effektivität der psychotherapeutischen Behandlung zu prüfen (Gastpar/Teusch 1997). In der Folge wurden an einer Reihe von psychiatrischen Universitätskliniken auch Studien zum personenzentrierten Ansatz durchgeführt:

Auf dem Gebiet der Psychoedukation hat Luderer (Luderer/Anders/Böcker 1994) in Erlangen Konzepte entwickelt, person-

zentrierte Grundprinzipien der Empathie, Akzeptanz und Transparenz auch in Psychoedukation bei Schizophrenen zu etablieren und das Vorgehen wissenschaftlich überprüft. Über Untersuchungen zur Gruppenpsychotherapie bei schweren psychiatrischen Erkrankungen an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Halle wurde von Thomas (1994) berichtet. Zum gleichen Thema liegt von Eckert und Biermann-Ratjen (1985) aus der psychiatrischen Uniklinik in Hamburg eine detaillierte Studie vor, in der das therapeutische Vorgehen sowie die erreichten Veränderungen auf der Beziehungs- und Verhaltensebene ausführlich dargestellt werden. Aus der Essener Klinik liegen u. a. umfangreiche naturalistische Therapie- und Verlaufsstudien bei unterschiedlichen psychiatrischen Erkrankungen vor (Teusch/Böhme 1991, Böhme 1994, Böhme/Finke/Teusch 1998).

Die bei weitem umfangreichsten Forschungsaktivitäten erfolgten in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Essen. Prospektive Therapie- und Verlaufsstudien, viele einschließlich Einjahreskatamnese, wurden durchgeführt bei Angststörungen, depressiven Störungen, schizophrenen Störungen, Persönlichkeitsstörungen sowie bei so genannten gemischten Neurosen. Eine prospektiv-randomisierte Studie wurde bei Panikstörung mit Agoraphobie durchgeführt. Alle Studien belegen die hohe Effektivität sowohl hinsichtlich der jeweiligen Leitsymptomatik, z. B. Panik, Agoraphobie, Depressivität, als auch bezüglich konstruktiver Veränderungen auf der Persönlichkeitsebene (Übersicht Teusch/Finke 2002).

Die Arbeitshypothese unserer Studie bei Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie war, dass die kombinierte Behandlung von Gesprächspsychotherapie und Reizkonfrontation der gesprächspsychotherapeutischen Monotherapie überlegen sei. Dies ließ sich jedoch nicht bestätigen. Die alleinige Gesprächspsychotherapie erwies sich gegenüber der Kombination mit Reizkonfrontation als gleichwertig. Die erzielte Besserung blieb stabil und es kam sogar zu einer leichten „Nachbesserung“ im einjährigen Katamnesezeitraum (Teusch/Böhme/Gastpar 1997; Teusch/Finke 1999). Ohne jegliches Training zur Angstbewältigung half das personenzentrierte Vorgehen den zuvor langjährig kranken Patienten ihren Lebensradius wieder zu erweitern und völlig oder zumindest weitgehend frei von Panik zu leben. Entgegen dem verhaltenstherapeutisch orientierten wissenschaftlichen „mainstream“ ließ sich nachweisen, dass ein Expositions-konzept nicht entscheidend für die Abnahme von Panik und Agoraphobie war, wie von Marks (1987) postuliert wurde, sondern dass die Gesprächspsychotherapie über andere Prozesse Panik und Agoraphobie reduziert (Teusch/Böhme, 1999).

Für die Gesprächspsychotherapeuten waren natürlich die Veränderungen auf der Persönlichkeitsebene von besonderem Interesse. Neben vielfältigen Verbesserungen, etwa einer Zunahme der Lebenszufriedenheit und einer Abnahme der sozialen Rückzugstendenz in beiden Behandlungsgruppen, fördert die ausschließliche Gesprächspsychotherapie signifikant stärker, eigene Bedürfnisse zu erkennen und zu schützen. Die überstarke Hilfsbereitschaft der Betroffenen nahm besonders stark ab und damit auch die subjektive

Überbeanspruchung und die körperliche Affektresonanz. Die Monotherapie, in der Betroffene und Therapeuten gewissermaßen alles auf die „Karte Gesprächspsychotherapie“ setzen, zeigt hier ihre Überlegenheit (Teusch/Böhme/Finke 2001).

Eine der interessantesten neueren Studien ist eine kombinierte Prozess- und Ergebnisstudie bei depressiven Störungen, die die zentrale Frage (Stiles/Shapiro/Harper 1994) nach der Verbindung zwischen Therapieprozessen und -ergebnissen zum Gegenstand hat. Die Therapieprozesse wurden anhand des von Stiles (Stiles/Elliott/Liewelyn/Firth-Cozens/Margison/Shapiro/Hardy 1990) vorgestellten Assimilationskonzepts durchgeführt. Eine der Kernfragen war, ob die gesprächspsychotherapeutische Behandlung zu einer verbesserten Assimilation abgespaltener Erfahrungen führt. Als Vergleichsgruppe diente die kombinierte Behandlung von Gesprächspsychotherapie mit antidepressiver Medikation. Von Befürwortern der Integration von Psychotherapie und Pharmakotherapie wird gerade bei der Behandlung depressiver Störungen immer wieder geltend gemacht, dass die psychopharmakologische Behandlung eine Auflockerung der depressiven Stimmung und eine Verbesserung des Antriebs bewirkt und dass die Betroffenen dadurch sich in der Psychotherapie besser und frühzeitiger öffnen können. Unsere Untersuchung (Teusch/Böhme/Finke/Gastpar/Skerra 2003) konnte dies nicht bestätigen. Die Daten sprachen sogar eher dafür – die Unterschiede waren jedoch nicht statistisch signifikant – dass eine zusätzliche Medikation die Assimilation abgespaltener Erfahrungen weniger fördert. Eine mögliche Interpretation wäre, dass die Beschränkung auf ein psychotherapeutisches Verfahren allein die Psychotherapiemotivation bei Betroffenen und Behandlern gleichermaßen fördert, der Therapieprozess intensiver wird und die konstruktiven Verbesserungen der Assimilation deutlicher werden.

Eine weitere neuere Studie bei Persönlichkeitsstörungen ergab, dass die Depressivität unter alleiniger Gesprächspsychotherapie ebenso stark und anhaltend abnahm, wie unter zusätzlicher antidepressiver Medikation. Interessanterweise zeigt eine differenzierte Betrachtung, dass ängstlich-abhängige Persönlichkeitsgestörte (Cluster C des DSM-IV) von einer zusätzlichen psychopharmakologischen Behandlung stärker profitieren als von reiner Gesprächspsychotherapie, während dies bei den Patienten der Cluster A und B umgekehrt war. Wir wissen zwar nicht die genauen Ursachen, nähern uns aber bereits einem besseren Verständnis, unter welchen Voraussetzungen kombinierte Behandlungen die Behandlungsergebnisse verbessern können, einer Fragestellung von hoher Aktualität und Praxisrelevanz (Teusch/Gastpar 2000).

Besondere Bedeutung hat die Vermittlung und Diskussion von Forschungsansätzen und Ergebnissen. Hierzu hat die Ärztliche

Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG) in ihren jährlichen wissenschaftlichen Fachtagungen Fragen der allgemeinen und speziellen Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie zum Thema gemacht und war und ist damit eine wichtige Plattform im deutschsprachigen Raum für ihre Weiterentwicklung in der Medizin. Die Tagungsergebnisse bildeten die Grundlage für Bücher zur Krankheitslehre (Teusch/Finke 1993), ihrer speziellen Anwendung bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen (Finke/Teusch 1991) und bei schweren psychiatrischen Störungen (Teusch/Finke/Gastpar 1994).

Probleme für die Forschung liegen nicht ausschließlich in methodischen Gründen, Finanzierungsfragen oder Mängeln hinsichtlich der wissenschaftlichen Infrastruktur psychiatrischer Einrichtungen, sondern auch in einem mangelnden Interesse an Forschung unter Gesprächspsychotherapeuten. Viele von ihnen scheinen zu glauben, dass eigentlich nichts neues zu erwarten ist, dass mit den Rogers'schen Grundprinzipien (Rogers 1957) eigentlich die Antwort auf alle wichtigen Fragen gefunden ist. Insofern ist es wichtig, dogmatische Einengungen kritisch zu hinterfragen und nicht zuletzt auch die vielversprechende störungs- und prozessbezogene Forschung (Eckert/Höger/Schwab 2003) zu unterstützen.

Schlussfolgerung und Ausblick

Die Gesprächspsychotherapie ist in der Psychiatrie als Basiskonzept und als spezifisches Therapieverfahren anwendbar. Dies haben langjährige Erfahrungen und therapiebegleitende Studien gezeigt. Ein störungsbezogenes Vorgehen erleichtert die Kombination der Gesprächspsychotherapie mit anderen Verfahren und den fachlichen Austausch der Therapeuten unterschiedlicher Ausrichtung. Prospektive Studien belegen die gute Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie auch bei schweren psychiatrischen Störungen. Weitere Forschung ist notwendig, vor allem auch in der ambulanten Versorgung. Zwar hat Carl Rogers mit der Formel der „necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change“ (1957) einen Meilenstein gesetzt, aber nicht für alle Zeiten den Stein der Weisen gefunden! Das Postulat der von Rogers formulierten hinreichenden therapeutischen Bedingungen darf nicht zu der Annahme verleiten, alle wichtigen Fragen seien bereits gelöst und lediglich aus Gründen der Legitimation gegenüber Kostenträgern seien affirmative Studien gerechtfertigt. Junge Forscher müssen spüren, dass die Gesprächspsychotherapie lebendig ist und sich – unter wissenschaftlicher Begleitung – in einem ständigen Prozess weiterentwickelt.

Literatur

- Böhme, H./Finke, J./Gastpar, M./Staudinger, T. (1994), 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: Ein-Jahres-Katamnese, in: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 48, 20–29
- Eckert, J./Biermann-Ratjen, E. M. (1985), *Stationäre Gruppenpsychotherapie. Prozesse-Effekte-Vergleiche*, Berlin (Springer)
- Eckert, J./Höger, D./Schwab, R. (2003), Development and current state of the research on client-centered therapy in the German Language Region, in: *Person-centered and Experiential Psychotherapies* 2,1 3–18
- Finke, J. (1992), Gesprächspsychotherapie in der Psychiatrie, in: *Psycho* 18, 848–855
- Finke, J. (1994), Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie, Stuttgart (Thieme)
- Finke, J./Teusch, L. (1986), Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie in der Psychiatrie, in: *ZPP* 5, 361–366
- Finke, J./Teusch, L. (1991), Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen. Neue Entwicklungen in Theorie und Praxis, Heidelberg (Asanger)
- Finke, J./Teusch, L. (1999), Psychotherapiemanual – Entwurf zu einer manualgeleiteten Gesprächspsychotherapie der Depression, in: *Psychotherapeut* 44, 101–107
- Finke, J./Teusch, L. (2002), Die störungsspezifische Perspektive in der Personenzentrierten Psychotherapie, in: Keil, W./Stumm, G. (Hrsg.) *Die vielen Gesichter der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie*, Wien-New York (Springer) 147–162
- Gastpar, M./Finke, J./Teusch, L. (1996), *Psychotherapie in der Psychiatrie*, Köln (Deutscher Ärzteverlag)
- Gastpar, M./Teusch, L. (1997), Das biomedizinische Krankheitsmodell und seine Folgen für die Psychotherapie in der Psychiatrie, in: Hildemann, K. D./Potthoff, P. (Hrsg.) *Psychotherapie – Quo vadis?* Göttingen (Hogrefe) 36–47
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (2003), *KVNO Aktuell* 7+8, 8–9
- Luderer, H.-J./Anders, M./Böcker, F. M. (1994), Empathie, Akzeptanz und Transparenz in Informationsgruppen für Patienten mit Schizophrenien und deren Angehörige, in: Teusch, L./Finke, J./Gastpar, M. (Hrsg.): *Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen Störungen. Neue Konzepte und Anwendungsfelder*, Heidelberg (Asanger) 66–70
- Marks, I. M. (1987), *Fears, phobias and rituals. Panic, anxiety, and their disorders*, Oxford–New York (Oxford University Press)
- Mearns, D. (2003), Problem-centred is not person-centred. 6th World Conference on Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling (PCE). Egmond aan Zee, 6.–11. 7. 2003, Netherlands. Abstracts 3–01
- Rogers, C. R. (1957a), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, in: *Journal of Consulting Psychology* 21, 95–103
- Rogers, C. R./Gendlin, E./Kiesler, D./Truax, C. B. (1967), *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*, Madison (University of Wisconsin Press)
- Schmid, P. (2003) The characteristics of a person-centered approach to therapy and counselling: criteria for identity and coherence. 6th World Conference on Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling (PCE). Egmond aan Zee, 6.–11. 7. 2003, Netherlands. Abstracts 4–06
- Speierer, G.-W. (1994), *Das Differentielle Inkongruenzmodell (DIM)*. Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung, Heidelberg (Asanger)
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A. (1989), Abuse of the drug metaphor in psychotherapy outcome research, in: *Clinical Psychology Review* 9, 521–543
- Stiles, W. B./Elliot, R./Liewelyn, S. P./Firth-Cozens, J. A./Margison, F. A./Shapiro, D. A./Hardy, G. (1990), Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy, in: *Psychotherapy* 27, 411–420
- Stiles, W. B./Shapiro, D. A./Harper, H. (1994), Finding the way from process to outcome: Blind alleys and unmarked trails, in: Russell, R. L. (Hg.), *Reassessing psychotherapy research*, New York (Guilford Press) 36–64
- Swidens, H. (1991), *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*, Köln (GwG-Verlag)
- Teusch, L. (1991), Diagnostik in der Gesprächspsychotherapie am Beispiel der Angsterkrankungen, in: Finke, J./Teusch, L. (Hg.), *Gesprächspsychotherapie bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen*, Asanger (Heidelberg) 45–57
- Teusch, L./Böhme, H. (1991), Was bewirkt ein stationäres Behandlungsprogramm mit gesprächspsychotherapeutischem Schwerpunkt bei Patienten mit Agoraphobie und/oder Panik? Ergebnis einer Ein-Jahres-Katamnese, in: *Psychotherapie Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 41, 68–76
- Teusch, L./Böhme, H./Finke, J. (2001), Konfliktzentrierte Monotherapie oder Methodenintegration? Veränderungsprozesse von Gesprächspsychotherapie mit und ohne verhaltenstherapeutischer 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./Böhme, H. (1999), Is the exposure principle really crucial in agoraphobia? The influence of client-centered „nonprescriptive“ treatment on exposure. in: *Psychotherapy Research* 9,1 115–123
- Teusch, L./Böhme H./Finke J./Gastpar M. (2001), Effects of client-centered psychotherapy for personality disorders alone and in combination with psychopharmacological treatment: an empirical follow-up study, in: *Psychotherapy and Psychosomatics* 70, 328–336
- Teusch, L./Böhme, H./Finke, J./Gastpar, M./Skerra, B. (2003), Antidepressant medication and the assimilation of problematic experiences in psychotherapy, in: *Psychotherapy Research*, im Druck
- Teusch, L./Finke, J. (1993), *Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung*, Asanger (Heidelberg)
- Teusch, L./Finke, J. (1995), Die Grundlagen eines Manuals für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung bei Panik und Agoraphobie, in: *Psychotherapeut* 40, 88–95.
- Teusch, L./Finke, J. (1999), *Gesprächspsychotherapie bei Angststörungen: Grundlagen, Therapie, Ergebnisse*, in: *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 30,4, 241–254
- Teusch, L./Finke, J. (2002), Personenzentrierte Psychotherapie in der Psychiatrie, in: Keil, W./Stumm, G. (Hg.), *Die vielen Gesichter der Klienten-/Personenzentrierten Psychotherapie*, Wien – New York (Springer) 477–497
- Teusch L./Finke J./Gastpar M (1994), *Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen Störungen. Neue Konzepte und Anwendungsfelder*, Heidelberg (Asanger)

- Teusch, L./Gastpar, M. (2000), Zum Verhältnis von Psychotherapie und Pharmakotherapie: Störungspotentiale und positive Interaktionsmöglichkeiten, in: Möller, H.J. (Hg.), Therapie psychiatrischer Erkrankungen, Stuttgart (Enke) 62–71
- Thomas, B. A. (1994), Gruppen-Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen Erkrankungen, in: Teusch, L./Finke, J./Gastpar, M. (Hg.): Gesprächspsychotherapie bei schweren psychiatrischen Störungen. Neue Konzepte und Anwendungsfelder, Heidelberg (Asanger) 100–103
- Weise K (1991), Psychotherapie in der Psychiatrie, in: GwG-Zeitschrift 82, 41–50

Autoren

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Ludwig Teusch; Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Neurologie; Gesprächspsychotherapeut in der GwG; 1. Vorsitzender und Lehrtherapeut der ÄGG; Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel, Professur am Universitätsklinikum Essen.

Forschungsschwerpunkt: Entwicklung und Evaluierung störungsbezogener personenzentrierter Behandlungskonzepte für psychiatrische Erkrankungen.

Dr. med. Jobst Finke, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Ausbilder in der GwG, 2. Vors. der ÄGG. Arbeitsschwerpunkte: Störungs- und Therapietheorie der GPT, störungsbezogene GPT.

Korrespondenzadressen

*Prof. Dr. Ludwig Teusch
Ev. Krankenhaus
Grutholzallee 21
D–44577 Castrop-Rauxel
E-Mail: l.teusch@evk-castrop-rauxel.de*

*Dr. Jobst Finke
Hagelkreuz 16
D–45134 Essen
E-Mail: jobst.finke@uni-essen.de*