

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

2 | 2003

7. Jahrgang

ÄGG
APG-Forum
DPGG
IPS der APG
ÖGwG
SGGT

Schwerpunkt: Zur Situation der Personzentrierten Psychotherapie in Deutschland

Herausgegeben von Diether Höger, Jobst Finke und Ludwig Teusch

FACHBEITRÄGE

- Reinhold Schwab, Jochen Eckert und Diether Höger: Zur Situation der Gesprächspsychotherapie (GPT) in Forschung und Lehre in Deutschland* 101
- Jürgen Kriz: 50 Jahre empirische Psychotherapieforschung: Rückblicke – Einblicke – Ausblicke* 115
- Eva-Maria Biermann-Ratjen: Das gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma* 128
- Anette Schmoeckel: „Unter falscher Flagge segeln“? Zur Situation der Gesprächspsychotherapie in Deutschland im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung* 135
- Doris Müller und Marion Thimm: Von der Persönlichkeitsentwicklung zur Faktenvermittlung? Was bleibt nach der neuen staatlichen Ausbildungsordnung vom spezifisch Personzentrierten in der Ausbildung zum Gesprächspsychotherapeuten?* 144
- Jobst Finke und Ludwig Teusch: Schwierigkeiten und Chancen in der Personzentrierten Weiterbildung von Ärzten* 151
- Ludwig Teusch und Jobst Finke: Gesprächspsychotherapie-Forschung in der Psychiatrie in Deutschland* 158

BERICHTE

- Gert-W. Speierer: Personzentrierte Ansätze in der Medizinischen Psychologie* 164
- Sichtweisen und Positionen der Verbände zum Personzentrierten Ansatz in Deutschland** 168
- Jobst Finke: Die ÄGG stellt sich vor* 168
- Jochen Eckert, Gisela Clausen, Diether Höger, Doris Müller und Werner W. Wilk: Die Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG)* 169
- Helga Kühn-Mengel: Der Personzentrierte Ansatz in Deutschland (GwG)* 172

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Erfahrungszelle Psychotherapie und Beratung

Die Herausgeber sind dem von Carl Rogers und seinen Mitarbeitern begründeten Personzentrierten Ansatz verpflichtet. Dieser Ansatz wurde im deutschen Sprachraum im Rahmen der Psychotherapie unter den Bezeichnungen „Gesprächspsychotherapie“, „Klientenzentrierte Psychotherapie“ und „Personzentrierte Psychotherapie“ bekannt. Seit Beginn hat der Ansatz unterschiedliche Differenzierungen und Weiterentwicklungen erfahren.

Die Begriffe „personzentriert“ und „erfahrungszell“ und die mit ihnen verbundenen Konzepte und Prozesse beruhen auf einer umfassenden und reichhaltigen Geschichte und sind ständig in Entwicklung begriffen. Die Bezeichnung „personzentriert und erfahrungszell“ wurde gewählt, um fortgesetzten Dialog und beständige Entwicklung zu fördern; es ist nicht beabsichtigt, ein bestimmtes Verständnis dieser Ansätze und ihrer Beziehung zueinander zu bevorzugen.

Die Zeitschrift dient als Forum der Diskussion dieser Entwicklungen und ihrer Umsetzung innerhalb und außerhalb der Psychotherapie in den Bereichen der Human- und Sozialwissenschaften, der Ausbildung, Kultur und Wirtschaft. Dies gilt sowohl für die wissenschaftliche Forschung und Theoriebildung als auch für Lehre und Praxis. Die Zeitschrift bietet außerdem einen Rahmen für Auseinandersetzung und Zusammenarbeit mit anderen kulturellen, wissenschaftlichen, philosophischen und künstlerischen Strömungen.

Herausgeber

ÄGG – Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie

c/o Dr. L. Teusch, Ev. Krankenhaus, D-44577 Castrop-Rauxel, Grutholzallee 21;
Tel.: +49 23 05 102 28 58; Fax: +49 23 05 102 28 60;
E-Mail: l.teusch@evk-castrop-rauxel.de

DPGG – Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie e.V.

c/o Prof. Dr. Jochen Eckert, Psychologisches Institut III der Universität Hamburg,
D-20146 Hamburg, Van-Melle-Park 5;
Tel.: +49 40 428 38 53 62; Fax: +49 40 428 38 6170; E-Mail: jeckert@uni-hamburg.de

Forum – Forum Personzentrierte Praxis, Ausbildung und Forschung der APG
(Arbeitsgemeinschaft Personzentrierte Gesprächsführung, Psychotherapie und
Supervision. Vereinigung für Beratung, Therapie und Gruppenarbeit)
A-1060 Wien, Otto-Bauer-Gasse 5/14;
Tel./Fax: +43 1 966 79 44; E-Mail: apg-forum@chello.at

IPS – Institut für Personzentrierte Studien der APG

A-1030 Wien, Dißlergasse 5/4;
Tel.: +43 1 713 77 96; Fax: +43 1 718 78 32; E-Mail: office@ips-online.at

ÖGwG – Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung

A-4020 Linz, Altstadt 17; Tel./Fax: +43 70 78 46 30; E-Mail: oegwg@psychotherapie.at

SGGT – Schweizerische Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung

CH-8005 Zürich, Josefstr. 79;
Tel.: +41 1 271 71 70; Fax: +41 1 272 72 71; E-Mail: sggtspcp@smile.ch

Verleger und Druck

Facultas – Universitätsverlag, A-1090 Wien, Berggasse 5
Tel.: +43 1 310 53 56; Fax: +43 1 319 70 50; E-Mail: verlage@facultas.at

Satz und Layout

Gerhard Krill, A-1070 Wien, Kaiserstraße 14/7; E-Mail: grafik@krill.at

Redaktion

Franz Berger, Ulrike Diethardt, Jobst Finke, Diether Höger, Mark Galliker, Sylvia Gaul, Wolfgang W. Keil, Christian Korunka, Jochen Sauer, Peter F. Schmid, Hermann Spielhofer, Gerhard Stumm

Richtlinien

Veröffentlicht werden wissenschaftliche Beiträge, Praxisberichte, Projektberichte, Tagungsberichte, aktuelle Stellungnahmen, Diskussionsforen und Rezensionen aus dem Gebiet der Person-/Klientenzentrierten bzw. Erfahrungszellen Psychotherapie, aus anderen Bereichen des Personzentrierten Ansatzes und in besonders begründeten Fällen aus angrenzenden Gebieten. In der Regel werden Originalbeiträge publiziert, des Weiteren Beiträge, die die wesentlichen Aussagen einer umfangreicheren Publikation zusammenfassend darstellen, oder Beiträge, die in der vorgelegten Form ansonsten schwer zugänglich wären, beispielsweise Übersetzungen aus anderen Sprachen.

Über die Veröffentlichung entscheidet die Redaktion, die dazu Gutachten einholen kann. Ein Fachbeirat unterstützt die Redaktion in konzeptioneller und fachlicher Hinsicht.

Es wird auf sprachliche Gleichbehandlung Wert gelegt. Wenn es nicht ausdrücklich erwähnt ist, sind bei geschlechtsspezifischen Formulierungen beide Geschlechter in gleicher Weise gemeint.

Erscheinungshinweise

Bestellungen sind über jede Fachbuchhandlung oder direkt beim Verlag möglich.

Bezugspreis jährlich (2 Nummern): € 16,00 / sFr 25,00 zzgl. Versandkosten.
Einzelpreis: € 9,50 / sFr 15,00 zzgl. Versandkosten.

Das Abonnement verlängert sich automatisch, wenn nicht sechs Wochen vor Jahresende schriftlich gekündigt wurde. Mitglieder von ÄGG, APG, DPGG, ÖGwG und SGGT erhalten PERSON im Rahmen ihrer Mitgliedschaft.

Hinweise zur Manuskriptabgabe

Die Beiträge sind gemäß Merkblatt „Hinweise für Autorinnen und Autoren“ gestaltet auf Diskette oder als E-Mail-Attachment (nach Möglichkeit Format *.rtf) an eine der Redaktionsadressen abzuliefern:

PERSON – Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Erfahrungszelle Psychotherapie und Beratung

c/o A. Univ.Prof. Christian Korunka, Institut für Psychologie der Universität Wien,
A-1010 Wien, Liebiggasse 5; Tel.: +43 1 4277 47827; Fax: +43 1 4277 47859
E-Mail: christian.korunka@univie.ac.at

oder

c/o Mag. Wolfgang W. Keil, A-1080 Wien, Albertgasse 39;
Tel.: +43 1 40755872; Fax: +43 1 40755874, E-Mail: wolfgang.keil@aon.at

oder

Prof. Dr. Diether Höger, D-33613 Bielefeld, Barlachstraße 36,
Tel.: +49 521 885548, Fax: +49 521 889924, E-Mail: diether.hoeger@uni-bielefeld.de

Zusendungen sollen enthalten:

- Autor bzw. Autorin, Titel, allenfalls Untertitel
- Zusammenfassung (deutsch und englisch; max. je 150 Wörter)
- Stichwörter/Keywords: ca. 3–5
- Text, allenfalls inkl. Fußnoten, Tabellen, Grafik etc.
- Literaturverzeichnis: gemäß Merkblatt „Hinweise für Autorinnen und Autoren“
- Biografie: Angaben zum Autor bzw. zur Autorin (3–5 Zeilen: Geburtsjahr, Beruf, psychotherapeutische/beratende usw. Tätigkeit und allenfalls Ausbildungstätigkeit, wichtige Publikationen, Arbeitsschwerpunkte)
- Kontaktadresse und E-Mail-Adresse

Zitationsweise

Die Titel von Carl Rogers sind nach der Rogers-Bibliographie von Peter F. Schmid (www.pfs-online.at) zitiert. Die Jahreszahl mit dem Kleinbuchstaben bezeichnet das Ersterscheinungsjahr, die Seitenzahlen in deutschsprachigen Texten beziehen sich auf die angegebene deutschsprachige Ausgabe.

Urheberrecht

Autorinnen und Autoren, die einen Beitrag zur Veröffentlichung einreichen, garantieren damit, dass es sich (wenn nicht ausdrücklich anderes vereinbart wurde) um einen Originalbeitrag handelt und kein Copyright oder andere Rechte verletzt werden, dass sie somit das alleinige Verfügungsrecht besitzen, und weder diesen Beitrag noch einen, der diesem in seinem Inhalt im Wesentlichen entspricht, andernorts zur Publikation einreichen. Sie garantieren der Zeitschrift PERSON (wenn nicht ausdrücklich anderes vereinbart wurde) das nicht-exklusive, unwiderrufliche und kostenlose Recht zur gesamten oder teilweisen Veröffentlichung ihres Beitrages auf deutsch sowie in der eingereichten Sprache, falls diese eine andere als deutsch ist. Es steht den Autorinnen und Autoren frei, den Beitrag nach Ablauf eines Jahres ab dem Zeitpunkt des Erscheinens unter Angabe der Zeitschrift PERSON als Ort der Erstveröffentlichung andernorts zu publizieren.

Herausgeber dieses Hefts: Diether Höger, Jobst Finke, Ludwig Teusch

Die PERSON im Internet: www.personzentriert.at

Inhalt

Editorial	99
-----------------	----

Fachbeiträge

Reinhold Schwab, Jochen Eckert und Diether Höger

Zur Situation der Gesprächspsychotherapie (GPT) in Forschung und Lehre in Deutschland	101
---	-----

Jürgen Kriz

50 Jahre empirische Psychotherapieforschung: Rückblicke – Einblicke – Ausblicke	115
---	-----

Eva-Maria Biermann-Ratjen

Das gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma	128
--	-----

Anette Schmoeckel

„Unter falscher Flagge segeln“? Zur Situation der Gesprächspsychotherapie in Deutschland im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung	135
---	-----

Doris Müller und Marion Thimm

Von der Persönlichkeitsentwicklung zur Faktenvermittlung? Was bleibt nach der neuen staatlichen Ausbildungsordnung vom spezifisch Personzentrierten in der Ausbildung zum Gesprächspsychotherapeuten?	144
--	-----

Jobst Finke und Ludwig Teusch

Schwierigkeiten und Chancen in der Personzentrierten Weiterbildung von Ärzten	151
---	-----

Ludwig Teusch und Jobst Finke

Gesprächspsychotherapie-Forschung in der Psychiatrie in Deutschland	158
---	-----

Berichte

Gert-W. Speierer

Personzentrierte Ansätze in der Medizinischen Psychologie	164
---	-----

Sichtweisen und Positionen der Verbände zum Personzentrierten Ansatz in Deutschland	168
---	-----

<i>Jobst Finke: Die ÄGG stellt sich vor</i>	168
---	-----

Jochen Eckert, Gisela Clausen, Diether Höger, Doris Müller und Werner W. Wilk:

Die Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG)	169
---	-----

<i>Helga Kühn-Mengel: Der Personzentrierte Ansatz in Deutschland (GwG)</i>	172
--	-----

Person 2 (2003)

Nachruf

Reinhold Stipsits und Peter F. Schmid: Doug Land (1929–2003) 175

Rezension

Margarethe Letzel

Josef Giger-Bütler: „Sie haben es doch gut gemeint“. Depression und Familie 178

Editorial

Deutschland war dasjenige Land in Europa, in dem der Klientenzentrierte Ansatz unter der Bezeichnung „Gesprächspsychotherapie“ (GPT) zuerst und effektiv Fuß gefasst hatte. Anne-Marie und Reinhard Tausch kommt das unbestrittene Verdienst zu, ihn ab der 60er Jahre an der Universität Hamburg in Forschung und Lehre etabliert zu haben. Von dort aus verbreitete sich die GPT rasch auch in andere Universitäten, wurde zu einem fest stehenden Begriff und ein häufig angewendetes Verfahren in der psychotherapeutischen Landschaft.

Heute kämpft die GPT in Deutschland um ihr Überleben. Das hat viele Gründe, die hier nicht im Einzelnen erörtert werden sollen. Ein gravierender jedenfalls besteht in den Konsequenzen des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG), das am 1.1.1999 in Kraft getreten ist, zusammen mit der zunächst verweigerten wissenschaftliche Anerkennung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBT). Das bedeutete für die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten: Keine Ausbildung und Approbation für Psychotherapie mit GPT als Schwerpunkt und keine Übernahme der Therapiekosten durch die Krankenversicherungen. Bereits praktizierende Gesprächspsychotherapeutinnen und -therapeuten mussten sich, um die Approbation zu bekommen und mit Krankenkassen abrechnen zu können, in einem der geltenden „Richtlinienverfahren“ (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie oder Psychoanalyse) „nachqualifizieren“ und ihre Anträge auf Kostenübernahme bzw. Verlängerung von Therapien in den entsprechenden Begriffen und Theorien abfassen und zugleich versichern, dass sie die Therapien entsprechend durchführen werden.

Auch nachdem im Mai 2002 der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach einer erneuten Prüfung den Gesundheitsbehörden schließlich empfohlen hat, die GPT als Verfahren für die vertiefte Ausbildung in Psychotherapie anzuerkennen, hat sich die Lage nicht wesentlich gebessert. Immer noch steht die sozialrechtliche Anerkennung der GPT aus, von der die Kostenübernahme abhängt. An der Praxis hat sich also nichts geändert. Auch kann die Ausbildung mit GPT als Schwerpunktverfahren faktisch nicht beginnen, denn die dafür notwendigen Gesprächspsychotherapien der Ausbildungskandidaten werden nicht bezahlt.

Die Konsequenz ist, dass der Nachwuchs fehlt. Auch wenn sich viele junge Psychologen nach dem Psychologie-Studium für die GPT

lebhaft interessieren: sie müssen ihre berufliche Existenz planen und wenden sich deshalb einem der „Richtlinienverfahren“ zu. Ähnlich ist es in der Forschung. Wer Karriere machen will, muss sich an das Etablierte halten. Und da die ältere Generation allmählich von den Universitäten verschwindet, droht der GPT die wissenschaftliche Bedeutungslosigkeit.

Das vorliegende Heft soll jedoch nicht der Klage gewidmet sein, sondern von der kräftigen Gegenwehr und dem Überlebenskampf berichten. Den Anfang bildet ein Überblick von Reinhold Schwab, Jochen Eckert, und Diether Höger über die Aktivitäten und Ergebnisse der Forschung in Deutschland. Anschließend erörtert Jürgen Kriz die Angemessenheit und den Stellenwert verschiedener forschungsmethodischer Ansätze für das Personenzentrierte Konzept und Eva-Maria Biermann-Ratjen gibt in ihrem Beitrag über das gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma einen Einblick in die aktuelle konzeptuelle Arbeit. Anette Schmoeckel berichtet von ihrem Bemühen als in freier Praxis arbeitende Therapeutin, ihre personenzentrierte Identität auch dann zu wahren, wenn sie gezwungen ist, formell nach einem Richtlinienverfahren zu arbeiten. Doris Müller und Marion Thimm geht es um die Probleme und Möglichkeiten bei dem Bemühen, angesichts der staatlich geregelten Struktur und Inhalte bei der Ausbildung und Prüfung von Psychotherapeuten das Spezifische des Personenzentrierten Ansatzes dennoch zu vermitteln.

Für die Verbreitung des PCA ist aus vielfältigen Gründen, nicht zuletzt seiner Etablierung im Gesundheitssystem, auch seine Verankerung in der Medizin bedeutsam. Hiermit ist einmal die ärztliche Psychotherapie im engeren Sinne, sodann aber auch die Prägung ärztlichen Denkens allgemein durch personenzentrierte Positionen gemeint. Über Bemühungen und Ergebnisse, die die Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG) und eine relativ kleine Zahl von personenzentrierten Ärzten zur Erreichung dieser Ziele in Deutschland unternommen und erzielt haben, soll in diesem Heft ebenfalls berichtet werden.

Dabei sind hier, aus verschiedensten Gründen, manche dieser Bemühungen nur indirekt zu Wort gekommen. An dieser Stelle sollen nur beispielhaft genannt werden die Anstrengungen von Weise und Weise in den 70er und 80er Jahren die Leipziger Psychiatrische Universitätsklinik zu einem für die damalige DDR bedeutsamen Zentrum personenzentrierter Psychiatrie und Psychotherapie in Praxis

und Weiterbildung zu machen. Erinnert sei auch an das Bemühen des leider viel zu früh verstorbenen Thomas Ripke um eine Personzentrierung der allgemeinärztlichen und internistischen Praxis.

Jobst Finke und Ludwig Teusch schildern die Stellung der PCT bzw. der GPT in der ärztlichen Psychotherapie-Weiterbildung allgemein und berichten sodann über ihre Erfahrungen in der GPT-Weiterbildung von Ärzten im Klinikverbund Essen-Castrop-Rauxel. In dem Beitrag von Ludwig Teusch und Jobst Finke über die GPT-Forschung sollen nur die Forschungsbemühungen von ärztlicher Seite zu Wort kommen und es geht in erster Linie um die Wirksamkeitsforschung stationärer GPT, ein Gegenstandsbereich, der in der sonstigen GPT-Forschung nur selten Berücksichtigung findet. Seine

Aktivitäten in Forschung und Lehre bei der Vermittlung des PCA im Medizinstudium an der Universität Regensburg schildert Gert-W. Speierer unter der Rubrik „Berichte“.

Ebenfalls unter „Berichte“ stellen sich in alphabetischer Reihenfolge die Verbände vor, die sich in Deutschland der Förderung und Verbreitung der Gesprächspsychotherapie widmen: Die Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), die Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG) und die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG).

Diether Höger, Jobst Finke und Ludwig Teusch

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 Plessen (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 Personenzentrierten 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 personenzentriert-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

Jürgen Kriz

50 Jahre empirische Psychotherapieforschung: Rückblicke – Einblicke – Ausblicke

Zusammenfassung: Im ersten Teil, Rückblicke, wird Carl Rogers Beitrag zur Psychotherapieforschung unter inhaltlichen und methodologischen Gesichtspunkten gewürdigt. Es wird deutlich, dass viele der heutigen APA-Kriterien für Psychotherapieforschung erstmalig von Rogers entwickelt wurden.

Im zweiten Teil, Einblicke, werden die starken Einflüsse ideologie-gefärbter, stillschweigender Annahmen diskutiert, welche den heutigen Debatten über Psychotherapieforschung unterschwellig zugrunde liegen. Die Bedeutsamkeit der Aspekte „Rechtfertigungsforschung“, „Prozessforschung“ und „Grundlagenforschung“ werden gegeneinander abgewogen. Ferner wird die übliche Unterscheidung in qualitative und quantitative Ansätze kritisch hinterfragt.

In dritten Teil, Ausblicke, wird ein Plädoyer dafür gehalten, endlich die klassisch-mechanistischen Modelle und Metaphern zu überwinden, die selbst unsere Humanistischen Ansätzen immer noch durchziehen. Die Einführung lebensadäquater Modelle, wie sie z. B. die moderne Systemforschung anbietet, würde nicht nur den Anliegen Humanistischer Psychologie mehr Rechnung tragen, sondern der Psychotherapie-Debatte zudem den Anschluss an die interdisziplinären Diskurse ermöglichen.

Schlüsselwörter: Personzentrierter Ansatz, Forschung, Methoden, qualitative-quantitative Forschung, Systemtheorie

Resumée: 50 Années de recherche empirique en psychothérapie: un regard rétrospectif, l'actualité et les perspectives d'avenir. Dans la première partie, regard rétrospectif, la contribution de Carl Rogers à la recherche psychothérapeutique est appréciée. Beaucoup de critères que l'APA applique aujourd'hui furent développés pour la première fois par Rogers.

Dans la deuxième partie, l'actualité, l'auteur aborde les hypothèses implicites qui sous-tendent subtilement les débats actuels sur la recherche psychothérapeutique et qui sont bien importantes. L'importance des trois aspects « recherche validante », « recherche sur le processus » et « recherche des fondements » est comparée. De plus la distinction habituelle entre une approche qualitative et une approche quantitative est soumise à un examen critique.

La troisième partie, perspectives d'avenir, présente un plaidoyer pour que nous surmontions finalement les modèles et les métaphores classiques-mécaniques qui sont encore présents dans nos approches humanistes. Il est nécessaire de les remplacer par des modèles plus adéquats en ce qui concerne la vie, comme par exemple ceux de la recherche systémique. C'est-à-dire, si l'on remplace les principes mécaniques (le contrôle, l'homogénéité, l'absence d'histoire, la linéarité et la continuité, la fixité et le simple lien de cause à effet) par des principes scientifiques modernes (le développement et le déploiement, l'émergence, la transition de phases, la présence d'histoire, la non-linéarité, la dynamique, la contextualité et la causalité écologique-holistique), on aboutit à des principes qui correspondent aux idées fondamentales de la Psychologie Humaniste. Ainsi le débat sur la psychothérapie non seulement pourrait se rattacher aux discours interdisciplinaires, mais surtout, et ce serait plus important, nos métaphores, qui s'opposent à la vie et à l'expérience, pourraient finalement être remplacées par des métaphores plus convenables.

Mots-clés: Approche centrée sur la personne, recherche, méthodes, recherche qualitative-quantitative, théorie systémique

Abstract: 50 Years of Empirical Research in Psychotherapy: Retrospection—Inspection—Expectation. The first part, retrospection, shows that the great contribution of Carl Rogers' research was not only in content but also in method. Many of the present APA criteria of psychotherapeutic research were developed by Rogers.

The second part, inspection, discusses the great influence of tacit ideological assumptions on modern controversies about research methods. In addition, three different motives of research—"justification", "process-orientation" and "basic research orientation"—are revisited within the context of "qualitative" and "quantitative" methods.

The third part, expectations, is a plea to overcome the classical mechanistic models and metaphors which underlie even the humanistic approaches. If one replaces mechanistic principles (control, homogeneity, non-historical view, linearity and continuity, statics, and simple local causality) with more modern systems oriented principles (development, unfolding, emergence, phase-transition, systems-history, non-linearity, dynamics, contextuality, and ecological or holistic causality) then these principles correspond very well to the fundamental principles of psychotherapy. As a consequence, by using these models research in psychotherapy will not only catch up with the interdisciplinary discourse but will replace misleading and life-hostile metaphors by more adequate ones.

Keywords: *Person-centered approach, Research, Methods, qualitative-quantitative research, systems-theory*

1 Rückblicke

Die empirische Psychotherapieforschung kann im Jahr 2004 ein Jubiläum verzeichnen: Vor 50 Jahren erschien mit dem Werk von Rogers/Dymond (1954 a) ein Meilenstein, der auch für heutige Psychotherapieforschung noch richtungsweisend ist, da nach wie vor die Entwicklung einer theorieadäquaten Methodik eine Herausforderung darstellt. Das Besondere an Rogers Forschungsansatz war, dass nach Jahrzehnten veröffentlichter und diskutierter Fallstudien im Kontext psychoanalytischer Ansätze – was natürlich auch einen Ansatz empirischer und wissenschaftlicher Forschung darstellt – erstmals Therapien aufgezeichnet, systematisch diagnostische Verlaufsdaten erhoben, und nach Patientengruppen zusammengestellt statistisch analysiert wurden. Kontroll- und Wartegruppensigns wurden erstmals entwickelt, ein beachtlicher Teil der damals verfügbaren psychologisch-diagnostischen Tests wurde eingesetzt und neue, spezifisch an der Theorie der Persönlichkeit und der Personzentrierten Psychotherapie (PCA) ausgerichtete Verfahren wurden neu konzipiert und evaluiert.

Die Differenziertheit seiner theoretischen Konzeption ermöglichte es Rogers zudem, auch im Bereich der Prozessforschung Neuland zu betreten. Dazu entwickelte er mit seinen Mitarbeitern beispielsweise eine spezielle Form eines Q-Sorts in dem 100 Statements („Ich bin liebenswert“, „Ich bin ein harter Arbeiter“) nach dem Selbstbild, dem Idealbild und dem Bild „eines normalen Menschen“ auf einer Skala von 1-9 sortiert wurden. Diese Daten mit dem SIO-Q-Sort („Self“, „Ideal“, „Ordinary“) wurden zu Beginn, am Ende und während der Therapie erhoben und erlaubten so über Kreuzkorrelationen differenzierte Analysen des Therapieverlaufs auf Variablen, die für die Theorie bedeutsam sind.

Zwar hatte Rogers mit seinen Aufzeichnungen und Analysen von Therapiegesprächen auch schon früher in einer Reihe von Arbeiten Grundsteine der empirischen Psychotherapieforschung gelegt. So wird bereits im Jahrbuch der Encyclopedia Britannica von 1950 Rogers Forschung wie folgt aufgeführt und gekennzeichnet: „Diese Schritte Rogers, seine Methode der nicht-direktiven Therapie wissenschaftlicher Testbarkeit zugänglich zu machen, sind ein Meilenstein für die Klinische Psychologie“ (Übers. J. K.). Doch die nach vielen Aspekten durchgeführten Forschungen, die im o.a.

Band von 1954 zusammengefasst sind, stellten die Forschung auf neue Grundlagen. Selbst in seinem Lehrbuch über „Differentielle Psychologie“ widmet Hofstätter (1971), der die Entwicklung der empirischen Psychologie in Deutschland maßgeblich vorangetrieben hat, dieser Q-Sort-Forschung Rogers ein Kapitel.

Dies belegt, wie stark der wissenschaftliche Impact von Rogers Forschung auch über die Klinische Psychologie hinaus war. Kein Wunder also, dass Rogers 1956 mit zwei Kollegen als erster den Wissenschaftspreis („Distinguished Scientific Contribution Award“) der „American Psychological Association (APA)“ zugesprochen bekam. Wobei es in der Begründung heißt: „... für die Entwicklung einer originellen Zugangsweise, um die Beschreibung und Analyse von Psychotherapieprozessen zu objektivieren, für die Formulierung einer testbaren Theorie von Psychotherapie und ihrer Effekte auf die Persönlichkeit und das Verhalten, und für extensive, systematische Forschung, um die Bedeutsamkeit der Methode zu zeigen und die Implikationen auf die Theorie zu untersuchen und zu überprüfen. Seine ... flexible Anwendung wissenschaftlicher Methoden mit denen er die sehr schwierigen Probleme im Zusammenhang mit dem Verständnis und der Veränderung des Individuums anging, haben diesen bedeutsamen psychologischen Bereich innerhalb der Grenzen der wissenschaftlichen Psychologie vorangetrieben.“ (Übers. J. K.)

Interessant ist Rogers Verhältnis gegenüber dem Behaviorismus, wie es sich in drei veröffentlichten Debatten mit B. F. Skinner niederschlug – wobei eine der Debatten so große Beachtung fand, dass sogar in Science publiziert wurde: Im Kern widersprach Rogers keineswegs Skinners Annahme, dass eine Kombination aus genetischen Faktoren und Verstärkern sowohl zur Erklärung als auch zur Kontrolle von Verhalten eine bedeutsame theoretische Perspektive darstellen können. Aber er bezweifelte, dass die äußeren Einflüsse auf den Organismus eine hinreichende Erklärung für alles Verhalten sei, wie Skinner behauptete, und insistierte darauf, dass Verhalten ebenfalls von kreativen und integrativen Prozessen des Organismus selbst bestimmt sein kann. Und im Gegensatz zur Forschungsfrage Skinners, wie diese (Außen-) Kontrolle effektiver gestaltet werden könne, ging es Rogers eher um eine Vergrößerung der Effektivität von (innerer) Selbst-Lenkung, Selbst-Aktualisierung, Kreativität und Fähigkeit zur Adaptation.

Was also gelegentlich fälschlich als Rogers „Ablehnung von Diagnostik“ kolportiert wird, ist in Wirklichkeit eine differenzierte kritische Position gegen die Einseitigkeit der traditionell logisch-positivistischen Forschungsperspektive. Gerade in Bezug auf die Psychologie und menschliche Beziehungen schien ihm dieser Ansatz zu enge Grenzen vorzugeben. Die ihm wirklich wichtigen Fragen wurden zu wenig angegangen, zu sehr auf leicht zu erhebende „Outcomes“ reduziert und die Klienten zu sehr objektiviert und dehumanisiert. Für Rogers theoretische Konzeption wie auch für seine empirische Forschung wurde es zunehmend wichtiger, das phänomenale Feld und die Frage, wie man seinem Tun und Leben Bedeutung verleiht, zu berücksichtigen, statt nur einseitig von außen zu diagnostizieren und zu beschreiben. Gleichwohl warb Rogers in seiner Zeit an den Universitäten von Chicago und Wisconsin die für damalige Verhältnisse ungeheure Summe von über 1,15 Millionen US-Dollar für seine empirische Psychotherapieforschung ein.

2 Einblicke

2.1 Forschung als Politikum

Heute, 50 Jahre später, finden wir die Diskurse über Psychotherapieforschung durch gesellschaftliche Trends in drei miteinander verwobenen Aspekten stark irrational beeinflusst: Erstens wird die zunehmende Komplexität ökonomischer, verwaltungstechnischer und medialer Prozesse mit ihren globalen Wechselwirkungen zunehmend als bedrohliche und verunsichernde Herausforderung empfunden. Als Reaktion darauf sind Reduktionismen aller Art, die einfache, griffige Lösungen, Sicherheiten und Wahrheiten versprechen, auf dem Vormarsch. Dies ist, zweitens, verbunden mit den Strukturgesetzen unserer zunehmenden Medien-Gesellschaft. Information wird vorzugsweise in 45-Sekunden-Takes präsentiert. Da bleibt für lange, komplexe Ausführungen keine Zeit. Problemanalysen verkommen zur Reduktion auf ein oder zwei „Faktoren“ oder „Ursachen“, die man mit ebenso einfachen Rezepten korrigieren will. Drittens wird dieser Trend durch die ökonomische Krise der Industrienationen verstärkt, in der für soziale Aufgaben immer weniger Geld zur Verfügung gestellt wird. Da nach wie vor das einzige Rezept für die Überwindung solcher Krisen im Wirtschaftswachstum gesehen wird, ordnet man alles dem Primat kurzfristiger ökonomischer Effektivität unter, deren Strukturen auch Bereiche überziehen, die sich üblicherweise nicht so einfach „rechnen“ lassen. Doch wird eine solche ideologische Verklammerung über Hilfskonzepte hergestellt, welche die eigentlichen Ziele begrifflich verschleiern: In der Debatte um „Qualität“ und „Qualitätssicherung“ geht es vor allem um finanzielle Einsparungen – d. h. um die Frage, wie das Herunterfahren von finanziellen Randbedingungen, die bisher wesentlich für Qualität mit gesorgt haben, ohne allzu großen Schaden (oder allzu großes Aufsehen) vonstatten gehen kann. Und nicht zufällig heißt das in diesen Tagen

in Niedersachsen verordnete Programm, bei dem es lediglich um die rasche und drastische Reduzierung von Professoren und Personal an den Universitäten geht, „Hochschuloptimierungskonzept“.

Dieses reduktionistische Klima und eine radikale Konkurrenz um fast leere Kassen, die manche als Ansporn empfinden, anderen das Wasser abzugraben, ist für einen komplexen Ansatz wie den PCA, die sich zudem einer humanistischen Grundhaltung verpflichtet fühlt, leider nicht sonderlich gedeihlich. Aber anderswo treibt es seltsame Blüten. So ist in einer wissenschaftlich aufgemachten Werbebroschüre für ein Ausbildungsinstitut in „Klärungsorientierter Psychotherapie“ neben umfangreichen Verunglimpfungen des PCA die Behauptung zu lesen, „Klassische Gesprächspsychotherapie (Rogerianischer Prägung) erweist sich in Effektivitätsstudien durchweg als nur mäßig effektiv. Die durchschnittlichen Effektstärken liegen bei 1.24 ... Zielorientierte Gesprächspsychotherapie weist Effektstärken von 2.3 auf. Damit ist sie so effektiv wie Kognitive Therapie“ (Sachse 2003).

Mir scheint es sinnvoll, diese Behauptung etwas näher zu analysieren. Dabei geht es mir weniger um diese Behauptung selbst. Vielmehr ist sie leider als exemplarisch für eine Vorgehensweise anzusehen, bei der scheinbar wissenschaftlich fundierte, methodisch korrekt und exakt (2 Stellen hinter dem Komma!) erbrachte „Befunde“ vorgetragen werden, mit denen man die methodisch wenig versierte Öffentlichkeit und Politiker im gewünschten Sinne beeindrucken kann. Solches „Befunde“ durchziehen in ähnlicher Form und auch bezogen auf andere Ansätze die Debatten über Psychotherapieforschung zum Zwecke der Diskreditierung. Und vielen ist nicht klar, auf welch wackeligen und ungeprüften Vorannahmen diese vermeintlichen „Befunde“ beruhen. Daher wollen wir kurz an diesem exemplarischen Beispiel der Frage nachgehen, was an stillschweigenden Vorannahmen zugrunde gelegt werden muss, damit eine solche Aussage mehr wäre als wissenschaftlich verbrämter Unsinn?

Dabei wollen wir sogar außer Acht lassen, dass „Effektstärke“ ein Fachbegriff ist, der sich primär auf die statistische Diskriminierung zweier Verteilungen bezieht und keineswegs identisch sein muss mit therapeutischem Effekt oder Heilerfolg. (vgl. Kriz 2000 c).

Wichtiger ist eher die Frage, was es überhaupt heißen soll, „die durchschnittlichen Effektstärken liegen bei 1.24“? Im Gegensatz zur Pharmaforschung kann das „Produkt Gesprächspsychotherapie“ nicht synthetisch rein hergestellt und appliziert werden. Somit ist es keineswegs irrelevant, welche Therapeuten man die zu beforschenden Therapien durchführen ließ. Eine möglichst repräsentative Auswahl? (Woher gewann man die Basisinformation dafür?) Müsste man nicht möglichst erfahrene Therapeuten nehmen? Was aber heißt das – und: wie realistisch ist es, anzunehmen, dass erfahrene Therapeuten in den Studien genau „Klassische Gesprächspsychotherapie (Rogerianischer Prägung)“ durchgeführt haben? Wählte man (was wohl realistisch ist) jene, die man gerade bekommen konnte: Waren das dann nicht eher jene, die vielleicht unter Patientenmangel litten – oder vielleicht überzufällig Anfänger oder gar Studenten mit ein paar Trainingskursen? Was würde man von der Argumentation halten:

„Beethoven kann man am Klavier nicht spielen – klingt schauerlich! Wir haben es mehrfach von ein paar Studenten ausprobieren lassen!“

Selbst „Klassische Gesprächspsychotherapie (Rogerianischer Prägung)“ wurde also in der Realität üblicherweise durch Therapeuten repräsentiert, die ihre Therapie von unterschiedlichen Ausgangsbedingungen (Lebens- und Bildungs(ver)läufen), in unterschiedlichen Ausbildungsstätten und mit einer erheblichen Varianz an theoretischen und praktischen Vorstellungen erlernt haben, und sich (spätestens!) danach (hoffentlich!) auch um andere Konzepte und Vorgehensweisen von Therapie gekümmert haben – kurz: ihre therapeutische Kompetenz und Vorgehensweise verändert haben. Das gilt natürlich analog auch für andere Therapieformen und Therapeuten – jedenfalls solange noch keine monoklonen Therapeuten für monoklonale Patienten genormte Therapien vollstrecken (vgl. Kriz 2002). Was also kann „Therapie A“ mehr bedeuten, als eine sehr heterogene Menge an Therapeuten, die mit heterogenen Kompetenzen, Vorstellungen und Vorgehensweisen sich einem therapeutischen Ansatz „A“ zuordnen (genauer: dem meist zusätzlich ebenfalls heterogenen Ideen-Konglomerat unter der Bezeichnung „A“).

Welche Studien werden einbezogen? Wie begründet sich die Auswahl? Wie wird mit unterschiedlichen Stichproben, mit unterschiedlicher Anzahl von Erfolgskriterien umgegangen. Und wie wird „Therapie-Erfolg“ überhaupt definiert und gemessen? Ein kleiner Blick in die Debatte klinischer Psychologie zeigt, dass dies keineswegs klar ist. Schon hinsichtlich der inhaltlichen Ziele, was überhaupt erstrebenswert ist, herrscht keineswegs Konsens. Für ein großes Spektrum sog. „chronischer Krankheiten“ – angefangen von schwerer Schizophrenie, Hirnschädigungen, Asthma, Diabetes, etc. – oder anderer nicht (mehr) heilbarer Krankheiten wie z. B. Krebs hat sich das Konzept der „Bewältigung“ durchgesetzt, bei dem eben eine „Ausheilung“ der Primärsymptome nicht als sinnvoller Therapie-Erfolg angestrebt werden kann, sondern eine Erhöhung der „Lebensqualität“ und ein „erträglicher Umgang“ mit der Krankheit. Doch wie sind diese – ebenfalls wohl nicht von jedem gleich verstandenen – Begriffe zu definieren? Und selbst dann, wenn man hinsichtlich der Konzept-Definitionen weit mehr Einigkeit hätte, als faktisch vorherrscht: Wie werden diese denn nun konkret operationalisiert und gemessen, d. h. an welchen konkreten empirisch erfassbaren Größen wird das Konzept denn festgemacht?

Noch gar nicht zur Sprache gekommen sind jene Fragen, um die in der Literatur über Psychotherapie-Forschung gemeinhin so viel Aufhebens gemacht wird: Wurden Vergleiche „vorher/nachher“ (d. h. ein pre-post-Design) durchgeführt, oder aber Verlaufsstudien (Panelanalyse), bei der zu vielen Zeitpunkten die Information erhoben wurde? Wie waren die Kontrollgruppen zusammengesetzt, die den Therapie-Erfolg gegen Zufallseinflüsse bzw. Spontanremission sichern (d. h. gegenüber der Tatsache, dass sich auch bei einem Teil der unbehandelten Patienten nach einer Zeit „Besserung“ einstellt)? Wie umfangreich und nach welchen Kriterien wurde die Stichprobe der Patienten erhoben?

Doch diese Probleme sind vergleichsweise einfach zu lösen im Vergleich zu viel grundlegenden Fragen – etwa die, welche Modelle von „Ursache-Wirkung“ wir unseren Überlegungen zugrundelegen. Psychotherapieforscher reden gern davon, dass die unterschiedlichen Faktoren, die den Erfolg einer Therapie beeinflussen, miteinander vernetzt sind. Wenn wir ernst nehmen, was die moderne naturwissenschaftlich fundierte Systemtheorie uns lehrt, dann sind in komplex vernetzten Systemen diskontinuierliche Verläufe zu erwarten. Daraus würde aber folgen, dass z. B. keine Gruppenvergleiche derart durchgeführt werden dürften, dass die Veränderungen auf Datenniveau aggregiert (d. h. zusammengefasst – etwa über Mittelwertbildung) werden. Je nach individuellem Ausgangspunkt (der zu erheben wäre) kann nämlich ggf. eine „große Ursache“ dann keine Wirkung, eine „kleine Ursache“ eine große Wirkung entfalten.

Diese eher anekdotische Schilderung nur weniger Fragen (vgl. Kriz 1996) hat wohl deutlich werden lassen, welche immensen theoretischen und konzeptionellen Probleme und Schwierigkeiten zu lösen wären, bevor man die aufgeworfenen Fragen einigermaßen kompetent und einheitlich so entscheiden könnte, dass die Basis für ein „Herumrechnen“ im Sinne der obigen Aussage mehr als nur wissenschaftlich verbrämter Unsinn wären. Doch zur Aufwertung des eigenen Ansatzes und zur Diskreditierung anderer lassen sich solche Zahlen – mit zweistelliger „Genauigkeit“ hinterm Komma – gut im Rahmen der o. a. „45-Sekunden-Takes“ in die Welt setzen.

Dies ist besonders bedrohlich, weil im deutschen Sprachraum derzeit versucht wird, eine völlig einseitige Sicht von „Wissenschaftlichkeit“ in der Psychotherapieforschung durchzudrücken. So wählte der sog. „Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie“, der in der BRD über die „wissenschaftliche Anerkennung“ von Psychotherapieverfahren zu befinden hat, eine Definition, die „wissenschaftlich“ ausschließlich auf „Effektivität“ und diese wiederum auf eine an der Pharmaforschung orientierte Labor-Effektivität („Efficacy“) reduziert und beschränkt. In der Schweiz wurde die Diskussion in ähnliche Weise zu führen versucht (Ehlert 2002, vgl. aber auch Kriz 2003 b).

Dabei wird geflissentlich übersehen, dass diese völlig einseitige, Forschung, Lehre und Praxis der Psychotherapie extrem beschränkende Definition für „Wissenschaftlichkeit“ im Gegensatz zu einer Diskussion über Forschungsmethoden der Psychotherapie steht, die der international renommierte Psychotherapieforscher Martin P. Seligman unmittelbar vor seiner Wahl zum Präsidenten der „American Psychological Association“ (APA), 1997, eröffnet hat.

Seligman hatte zunächst viele Jahre selbst vehement einen (wie er schreibt:) „Goldstandard“ der „Efficacy“ in der Psychotherapie vertreten. Bei diesem geht es um die Wirksamkeit von abgegrenzten Einzelfaktoren, bezogen auf abgegrenzte Symptome, unter streng kontrollierten Laborbedingungen. Inzwischen plädierte er nun dafür, zumindest gleichberechtigt auch die Wirksamkeit in der Real-situation („Effectiveness“), d. h. die reale Gesamtwirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung, zu berücksichtigen.

Es lohnt sich, seine Ausführungen zum ersteren Ansatz, Efficacy, hier zu zitieren, denn diese Kriterien werden weiterhin von einigen als einzige Kriterien für „angemessene Forschung“ propagiert:

„Grundsätzlich wird dabei eine Behandlungsgruppe unter gut kontrollierten Bedingungen mit einer Kontrollgruppe verglichen. Aber neben der Kontrollgruppe weisen Effizienzstudien, die mittlerweile zu einem paradigmatischen Unterfangen geworden sind, noch eine hochkomplexe Methodologie auf. Im Idealfall gehören die folgenden Raffinessen dazu:

1. Zuordnung der Patienten zu der Behandlungs- und Kontrollgruppe nach dem Zufallsprinzip.
2. Strenge Kontrollen: Neben Kontrollgruppen ohne Behandlung werden Kontrollgruppen gebildet, bei denen eine Placebo-Behandlung mit potentiell therapeutischen Elementen eingesetzt wird, die für Patienten wie Therapeuten glaubwürdig sind. Damit wird der Einfluss unspezifischer Faktoren überprüft, zum Beispiel Rapport, Erfolgserwartung und teilnahmevolle Aufmerksamkeit (sog. Nonspezifika).
3. Die Behandlung ist standardisiert, mit hochgradig detaillierten expliziten Therapievorgaben. Die Einhaltung der Standards wird anhand von Videoaufnahmen der Sitzungen überprüft, Abweichungen werden korrigiert.
4. Die Behandlung erfolgt in einer festgelegten Zahl von Sitzungen.
5. Die Zielergebnisse werden sorgfältig operationalisiert (z. B. klinisch diagnostizierte DSM-IV-Störungen, Zahl der berichteten Orgasmen, Selbstauskünfte über Panikattacken, prozentueller Anteil flüssiger Äußerungen).
6. Auswerter und Diagnostiker wissen nicht, aus welcher Gruppe die Patienten kommen. (Anders als bei Medikamentenstudien sind „doppel-blinde“ Effizienzstudien in der Psychotherapie unmöglich, da Patienten und Therapeuten die Behandlungsform kennen. Wann immer Sie jemanden eine „Doppelblindstudie“ in der Psychotherapie verlangen hören, halten Sie Ihren Geldbeutel zurück!)
7. Die Patienten erfüllen die Kriterien für eine einzige diagnostizierte Störung; Patienten mit mehreren Störungen werden in der Regel nicht einbezogen.
8. Nach Behandlungsende werden die Patienten über einen festgelegten Zeitraum mit einer umfassenden Testbatterie eingeschätzt.“ (Seligman 1997).

Seligman berichtet dann aber weiter, dass ihn die Beteiligung an der „consumer report study“ von 1995 eines besseren belehrt habe. Angesichts der Ergebnisse dieser großen amerikanischen Verbraucher-Umfrage über die Wirkungen von Behandlungen im realen psychotherapeutischen Feld, die sich unbestritten (selbst bei Einräumung aller methodischer Probleme – von denen allerdings auch die Laborforschung, wie alle Forschung, nicht frei ist) sehr deutlich von den aus Laborstudien abgeleiteten Behauptungen über die Wirksamkeit unterscheiden, schwor er vehement seinem

bisherigen Irrtum öffentlich ab, was für geistige Größe und wissenschaftliche Redlichkeit spricht, die man sich auch anderswo mehr wünschen würde. Mit der Betonung auf „Effectiveness“ machte er klar, dass die wissenschaftliche Debatte selbst über empirisch und quantitativ nachgewiesene Effektivität zumindest um diese wichtige Perspektive bereichert werden muss, wenn sie nicht völlig einseitig an der Realität vorbeiaargumentieren will.

So schreibt er: „Durch diese Studie wurde mir klar, dass die Entscheidung, ob eine bestimmte Methode unter streng kontrollierten Bedingungen einer anderen Methode oder der Kontrollgruppe überlegen ist, etwas anderes ist als die Frage nach dem, was in der Praxis wirkt (...). Ich halte „Efficacy“-Studien seitdem nicht mehr für die einzige, ja nicht einmal für die beste Möglichkeit, um festzustellen, welche Methoden in der Praxis tatsächlich wirksam sind. Ich bin zu der Überzeugung gekommen, dass „Effektivitäts“-Studien, mit denen die Erfahrungen der Patienten unter den realen Bedingungen in der Praxis erhoben werden, eine brauchbare und glaubwürdige „empirische Validierung“ von Psychotherapie und Medikation ermöglichen“ (Seligman 1997).

Wie bereits erwähnt, wurde Seligman ein Jahr nach dieser (in etlichen Publikationen vollzogenen) Kehrtwendung seiner bisherigen Position zum Präsident der mächtigen APA gewählt. Dies verdient allein schon deshalb hervorgehoben zu werden, weil ähnlich einseitige Kriterien, wie die des „Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie“, einige Jahre vor Seligmans Präsidentschaft von einer Gruppe APA-Therapieforscher veröffentlicht wurden und nun hierzulande gern mit dem Argument vertreten werden, dies sei eben der internationale (sprich: amerikanische) Stand der Wissenschaft, vertreten durch die APA, dem sich niemand verschließen dürfe. Die Tatsache aber, dass eben jene APA Seligman nach seiner massiven Kritik an diesen Kriterien zum Präsidenten wählte, wird meist verschwiegen.

2.2 Zentrale Aspekte der Methoden-Debatte

Betrachten wir vor diesem Hintergrund einige Aspekte, die bei einer Erörterung über Forschung im Rahmen des PCA eine Rolle spielen, so muss festgestellt werden, dass Diskussionen in diesem Bereich häufig von Kontroversen über die kategorielle Zuordnung einer bestimmten Vorgehensweise durchzogen sind. Diese gehören quasi zum Hintergrund, vor dem sich als Figuren die konkreten Bemühungen um eine dem PCA angemessene Form wissenschaftlicher Forschung abzeichnen.

2.2.1 Zur Forschungsperspektive

Einer dieser Diskussionsbereiche lässt sich durch die Begriffe (a) „Rechtfertigungsforschung“ (semantisch und pragmatisch ähnlich auch: „Effektivitätsforschung“, „Evaluationsforschung“), (b) „Prozessforschung“ und (c) „Grundlagenforschung“ drei Clustern zuordnen.

a) Zur Rechtfertigungsforschung: Im Zentrum der Rechtfertigungsforschung stehen die beiden Fragen: „wirkt Therapiemethode A“ und „wirkt Therapiemethode A mindestens gleichgut oder besser als B“. Hierzu wurde oben bereits einiges ausgeführt. Wichtig ist zu beachten, dass solche Effektivitätsforschung, wie sie im Rahmen gesellschaftlicher Rechtfertigungsaufgaben gefordert wird, natürlich besonders solche Kriterien zu berücksichtigen hat, die jene vorgegeben haben, gegenüber denen man sich rechtfertigen muss oder will. Eine Evaluationsstudie, die dies nicht genügend in Rechnung stellt, macht wenig Sinn, weil eine Untersuchung nach anderen Kriterien als „nicht stichhaltig“ nicht anerkannt wird, sei sie für Praktiker und Wissenschaftler auch noch so überzeugend. Genaugenommen geht es hier somit mehr um wissenschaftspolitische Fragen als um wissenschaftliche bzw. methodische: So reicht es eben nach den o. a. derzeitigen Kriterien nicht aus, bzw. ist sogar weitgehend irrelevant, wenn hunderte oder gar tausende gut dokumentierter erfolgreicher Behandlungen vorgewiesen werden können. Vielmehr müssen die Behandlungen (und das können dann vergleichsweise wenige sein) im Rahmen von Studien erbracht worden sein, die sich durch eine möglichst explizite, standardisierte Diagnostik nach ICD, möglichst „reine Störungsgruppen“ und eine Kontrollgruppe auszeichnen, so dass vor allem Effektstärken gemessen werden können. Für Details muss auf Übersichten in Form von „Checklisten“ (Eckert 1999, Petrak 1999) und die weiterführende Literatur verwiesen werden.

Es sei zwar nochmals betont, dass „Effektstärken“ nicht notwendig etwas mit „therapeutischem Erfolg“ zu tun haben (s.o.). Doch auch wenn sich zahlreiche weitere Ungereimtheiten, logische, formale, statistische, methodische und inhaltliche Einwände gegen die Art der Forschung zu den beiden oben aufgeführten Fragen in Feld führen lassen (vgl. Kriz 1996, 1997, 1998 b, 1999 b, 2000 a, b), hat sie wissenschafts-, gesundheits- und gesellschaftspolitisch derzeit eine große Bedeutung. Auch der PCA kann sich dem Rechtfertigungsdruck nicht entziehen – und wenn denn schon solche Rechtfertigungsstudien durchgeführt werden, tut man gut daran, sich an den Checklisten zu orientieren, damit die knappen Forschungsressourcen in diesem Bereich optimal eingesetzt werden. Forschungspolitisch müssen die realen Machtkonstellationen und das Vorherrschen einer empiristisch-reduktionistischen Sichtweise berücksichtigt werden.

b) Zur Prozessforschung: Diese für den Praktiker und die wissenschaftliche Weiterentwicklung von Therapieverfahren wesentlich fruchtbarere Perspektive versucht, den Einfluss, den wichtige Bedingungsaspekte – wie: Interaktionsformen zwischen Therapeut und Klient, einzelne Therapie-Schritte, Rahmenbedingungen etc. – auf einen günstigen oder ungünstigen Therapieverlauf haben können, näher zu untersuchen und ggf. frühzeitige Indikatoren für typische Verläufe zu finden. So gibt es aus der Forschung zahlreiche Hinweise darauf, dass die Beziehung zwischen Klient und Therapeut, besonders aus der Erlebensperspektive der Klienten, überaus

bedeutsam mit dem Therapieerfolg zusammenhängt, und dass sich darüber hinaus häufig innerhalb der ersten Sitzungen ergibt, ob diese Beziehung als hilfreich angesehen werden kann (Orlinsky/Grawe/Parks 1994, Höger/Wissemann 1999).

Bei aller Wichtigkeit, das Konzept der „Störungen“ und ihrer Entwicklungen im PCA zu differenzieren (Biermann-Ratjen 1996), wäre es auch eine wichtige Frage der Prozessforschung, die Entwicklung und Veränderung von Zielen, Leitbildern und Imaginationen im Laufe einer Therapie näher zu erfassen. Mit einem fortschreitenden Verständnis des scheinbar eigenen Sinnlosen des Patienten im therapeutischen Prozess geht häufig auch eine Veränderung angestrebter Ziele einher. Dies verträgt sich, ebenso wie die „Komorbidität“, wenig mit der Vorstellung von allzu reinen und festen „Störungskategorien“.

Ein weiterer Aspekt der Prozessforschung wäre, der Frage nach der Identifikation unterschiedlicher Prozessphasen weiter (vgl. z. B. das Konzept von Petersen 1994) nachzugehen, die einerseits eine diagnostische Standortbestimmung für den Verlauf der Therapie ermöglichen, andererseits weitere Fragen über ein ggf. differenziell zu einzelnen Phasen unterschiedliches hilfreiches Vorgehen aufwerfen: Was in Anfangsphasen hilfreich sein kann, könnte ggf. in der Endphase einer Therapie eher hinderlich sein und umgekehrt.

Allein schon diese drei, als exemplarisch anzusehenden, Fragekomplexe eröffnen das Feld für eine große Anzahl möglicher Untersuchungen über den Therapieprozess auch im Rahmen des PCA.

c) Zur Grundlagenforschung: Noch bedeutsamer als normierte Belege dafür, dass der PCA hilfreich und heilsam auch bei Menschen mit „klassischen Störungsbildern“ wirkt und noch zentraler als die Untersuchung von wesentlichen Bedingungen für den therapeutischen Prozess ist meines Erachtens Forschung in Bezug auf jenen Fragenkomplex, der die impliziten und expliziten Annahmen darüber näher untersucht, warum und wie denn Therapien überhaupt wirken, wie sie mit den Lebensvollzügen von Menschen in Zusammenhang stehen, welche moderierenden Einflüsse sie auf Gesundheitsprozesse haben, etc. Es geht hier somit um die allgemeinen Grundlagen für die therapeutische Arbeit.

Hier kann neben dem umfangreichen Wissen aus den Grundlagendisziplinen Psychologie, Medizin u. a. auch auf zahlreiche spezifische therapeutische Studien verwiesen werden – auch im Rahmen des PCA. Gleichwohl ist hier noch viel Forschungsarbeit zu leisten. Diese kann und muss eng verzahnt sein mit einer konzeptionellen Ausdifferenzierung, theoretischen Durchdringung und Weiterentwicklung dessen, worauf der PCA überhaupt seinen therapeutischen Anspruch begründet – also mit der Personzentrierten Theorie. Die Forschung zu einzelnen Teilaspekten – etwa Störungslehre (Biermann-Ratjen 1996), Bindungstheorie (Höger 1995, 1999) oder Systemtheorie (Kriz 1999 a), um nur wenige Beispiele zu nennen – wird dabei selten unmittelbar als Prozessforschung oder gar Outcomeforschung in den Rahmen therapeutischer Prozesse integrierbar

sein. Gleichwohl sind solche Kenntnisse für eine Weiterentwicklung des PCA (wie auch für jeden anderen Ansatz) unabdingbar.

2.2.2 Zur methodologischen Frage „quantitativ oder qualitativ?“

Ein anderer Diskussionskomplex wird durch die Frage bzw. Kontroverse beherrscht, ob quantitativ oder qualitativ vorgegangen werden soll oder gar darf (nach den Kriterien des sog. „Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie“ wäre qualitative Forschung weitgehend irrelevant). Auch hier handelt es sich natürlich nur um grobe und keineswegs völlig gegeneinander abgegrenzte methodologische Kategorien. Dennoch sind diese beiden Attribute häufig zu findende und typische begriffliche Bezugsgrößen in der Forschungsdiskussion.

a) Zum Attribut „quantitativ“: Es gehört zu den Vordergründigkeiten der gegenwärtigen reduktionistischen Diskussion, dass „Quantifizierung“ – also die Transformation von empirischen Sachverhalten auf numerische Relationen, ausgedrückt durch Zahlen – ein Wert „für sich“ zugesprochen wird. Dies wird z. B. in der derzeitigen Debatte um „Qualitätssicherung“ und „Qualitätskontrolle“ deutlich, in der die Vorschläge zur Erfassung von „Qualität“ fast ausschließlich auf quantitative, numerische Aspekte hinauslaufen. Dies ignoriert aber den fundamentalen philosophischen und begrifflichen Unterschied zwischen „Qualität“ und „Quantität“ – weshalb einer „Qualitätssicherung“, die so gehandhabt wird, der begriffliche Charakter einer terminologischen Nebelbombe zugesprochen werden muss.

Quantitäten, d. h. Zahlen, kommen aber erst dort ins Spiel, wo aufgrund zu großer Informationsmenge der Umweg über eine Abbildung der empirischen auf eine numerische Struktur gewählt werden muss, um dann die Vorteile algorithmisierbarer und automatisierbarer (Computer!) Informationsreduktion mittels mathematisch-statistischer Operationen nutzen zu können, oder – bei Einzelphänomenen – dort, wo eine bestimmte Präzision erwünscht oder notwendig ist (z. B. die Messung des Intelligenzquotienten oder des Ausmaßes an Depressivität etc.).

Zusammen mit der Quantifizierung haben sich bestimmte forschungslogische Vorgehensweisen eingebürgert (die meist faktisch, aber nicht notwendig logisch, damit verbunden sind). Hierzu gehört, die erhobenen Daten als Stichprobe aus einer Grundgesamtheit aufzufassen und dann von den konkreten Beobachtungen mittels inferenzstatistischer Modelle eine Beziehung zu allgemein gültigen Aussagen herzustellen, wobei wiederum das (statistische) Hypothesentesten – und in diesem Rahmen die Verwendung von Signifikanztests – einen besonderen Stellenwert bekommen hat.

Zur Quantifizierung gehört aber z. B. auch die typisch statistisch-modellhafte Perspektive, beobachtete Eigenschaften (ggf. repräsentiert durch Messgrößen) als mit „Fehlern“ behaftete Realisationen von (numerisch-statistisch!) „wahren“ Parametern anzusehen (ausführlich u. a. in Kriz 2003 a). Wo dies der inhaltlich-

theoretischen Fragestellung der Forschung entspricht, kann diese statistische Perspektive sehr effiziente und differenzierte Aussagen erlauben. Problematisch wird dies allerdings dort, wo diese Perspektive dem Inhalt in inadäquater Weise übergestülpt wird. So ist beispielsweise eine bestimmte psychische Beeinträchtigung eines bestimmten Menschen eine letztlich einmalige Konstellation von dessen Lebensprozessen im Kontext seiner Geschichte und seiner Umgebung, und es kann Sinn machen, im Rahmen der theoretischen Rekonstruktion diese Beeinträchtigung der Kategorie „Affektive Störung“ zuzuordnen. Sie ist aber nicht die „Realisation“ dieser (oder einer anderen) diagnostischen Kategorie; das heißt, der Wert, den diese Person auf einer bestimmten Skala eines klinischen Tests erhält, ist nicht die „Realisation“ irgendeines „wahren Wertes“. Eine solche Vermengung, wenn nicht Verwechslung, von Beschreibungsebenen und deren Kategorien mit den Phänomenen selbst wird z. B. am Konzept der „Komorbidität“ deutlich: Es laufen eben keine vom Menschen losgelösten diagnostischen Kategorien herum, die dann, bei „Komorbidität“, ggf. gemeinsam auftreten. Vielmehr lässt sich das komplexe Krankengeschehen dieses (und vieler anderer Menschen) eben oft nicht nur einer, sondern mehreren Kategorien zuordnen – und diese mehrfache kategorielle Einordnung ist logisch etwas ganz anderes als ein „gemeinsames Auftreten“ von „Krankheiten“ im Konzept der „Komorbidität“.

Ebenfalls weder logisch noch inhaltlich notwendig, sehr wohl aber faktisch, sind mit dem quantitativen Ansatz bei der Erhebung empirischer Information überproportional bestimmte Vorgehensweisen verbunden – wie z. B. Experimente oder geschlossene Kategoriensysteme bei Befragungen und Beobachtungen. Im Gegensatz hierzu sind unstandardisierte Interviews, Inhaltsanalysen, teilnehmende Beobachtung ohne geschlossene Kategorien etc. eher im Bereich der Qualitativen Forschung zu finden. Der Grund liegt darin, dass durch klare, operational definierte und geschlossene Vorgabesysteme in der Erhebungssituation die Zuordnung zu Zahlen oft leicht und normiert erscheint (und ggf. von Hilfskräften erfolgen kann, wenn nicht sogar schon numerische Vorgaben von den Untersuchten selbst angekreuzt werden). Die oft unterstellte Vermeidung von subjektiven und interpretativen Unschärfen als Vorteil einer solchen Vorgehensweise ist aber als Missverständnis zu werten: Im Gegensatz zu qualitativen, interpretativen Vorgehensweisen sind hier die Unschärfen nur nicht explizit im Material nachvollziehbar. Es bedarf aber erheblicher (und oft fraglicher) Vorannahmen, damit z. B. ein Kreuz auf einer 7-stufigen Skala bei einem bestimmten Fragebogen-Item so interpretiert werden darf, wie es dann als Voraussetzung (stillschweigend) in die statistische Weiterverarbeitung eingeht.

Als Konsequenz für die Therapieforchung ergibt sich, dass nichts gegen die Verwendung quantitativer Vorgehensweisen spricht, wenn dies der Fragestellung und dem Gegenstand angemessen ist. Die algorithmisierte, normierte und ggf. automatisierte Bearbeitung zumindest von Teilschritten im Forschungsprozess

kann erhebliche Erleichterung bringen; die Informationsreduktion in Form von Tabellen und Maßzahlen und die algorithmisierte Argumentation im Rahmen von Signifikanztest haben oft erhebliche Überzeugungskraft – besonders gegenüber der großen Zahl von „Konsumenten“ solcher Forschungsergebnisse (wie Krankenkassen, Behörden, Publikationsorganen), die meist nur über eine mäßige Methodenkenntnis verfügen und dem gegenwärtigen Trend huldigen, Zahlen und Statistiken einen geradezu mystisch-magischen Stellenwert einzuräumen, indem diese in ihrer Aussagekraft erheblich überschätzt werden und ihnen die unangemessene Funktion von objektiven Wahrheitswerten zugesprochen wird.

Wer an seriösen Ergebnissen interessiert ist, sollte sich gerade bei quantitativer Vorgehensweise der vielen verdeckten Möglichkeiten zu Forschungsartefakten bewusst sein, weil selbstverständlich die methodischen Vorgehensweisen inhaltliche Bedeutungen und Voraussetzungen haben, die oft implizit in den Operationen und deren Voraussetzungen stecken und damit (besonders wenn sie vom Computer durchgeführt werden) häufig gar nicht bewusst (geschweige denn expliziert und diskutiert) werden (vgl. Kriz 1981). Aus diesem Grunde habe ich mehrfach für eine semantisch-methodisches „split-half“ plädiert: nämlich einen möglichst großen Teil der Analyse mit zwei zufälligen (!) Hälften des Materials durchzuführen und zu überprüfen, wie weit die Aussagen übereinstimmen. Bei größeren Abweichungen muss dann entweder erklärt werden, wieso man trotzdem an hinreichend stabile Ergebnisaussagen glaubt – oder aber man hat Artefakte in der Forschung entdeckt.

Sehr beachtenswert sind auch die Vorschläge von Kiene (2001) zu einer komplementären Methodenlehre der klinischen Forschung mittel seines Konzeptes der „Cognition-based Medicine“. Kiene zeigt auf, wie eine Wirksamkeitsbeurteilung sehr wohl am individuellen Patienten vorgenommen werden kann, und wie daher das Primat gruppenstatistischer Beweise aus Ideologie und Unkenntnis gespeist wird. An die Stelle der Grundpfeiler konventioneller Methodenlehre – Experiment, wiederholende Beobachtung, Vergleichskontrolle und Randomisation – setzt er Gestaltaspekte, abbildende Korrespondenz sowie funktionelle und pathogentische bzw. therapeutische Kausalgestalt. Er zeigt, wie die statistisch-experimentelle Methode mangelnde Gestaltkenntnisse durch Randomisierung und Massenstatistik kompensieren muss, während bei z. B. bei abbildender Korrespondenz ggf. ein Einzelfall genügt. Triviales Beispiel wäre, wenn man mit einem Traktor mit ganz bestimmtem Reifenprofil über ein zuvor glattes Feld fährt und sich dieses Profil in der Erde abdrückt: Man braucht dann nicht wiederholte Beobachtungen, viele Felder oder ein „Kontrollfeld“ auf dem man nicht fährt, um Evidenz zu haben, dass hier das Profil der Traktorreifen tatsächlich gewirkt und das Ergebnis verursacht hat.

Kiene hat seine komplementären Methodenlehre der klinischen Forschung zwar stärker an medizinischen Beispielen entwickelt. Diese lassen sich aber hervorragend auch auf psychologische Psychotherapie übertragen.

b) zum Attribut „qualitativ“: Während im quantitativen Ansatz Eindeutigkeit, Operationalisierbarkeit, Algorithmisierbarkeit, Planbarkeit, Reduktion und Übersichtlichkeit typisch sind (was je nach Intention jeweils als Vor- oder Nachteil gesehen werden kann), sind für den qualitativen Ansatz eher Vieldeutigkeit (Polyvalenz), Kategorien-Offenheit, Interpretation, Exploration, Veränderbarkeit im Forschungsprozess und Komplexität charakteristisch. Diese Kennzeichnung macht verständlich, warum solche therapeutischen Richtungen, die sich mit ähnlichen Begriffen beschreiben würden, eine hohe Affinität zu qualitativen Vorgehensweisen haben.

Von Verfechtern quantitativer Ansätze wird dazu allerdings oft ins Feld geführt, dass eine qualitative Vorgehensweise nur ein erster, explorativer Schritt sei: Sobald man dann mehr Kenntnisse über den Gegenstand und damit klarere und genauere Kategorien habe und damit wiederum mehr Möglichkeiten zur Messung sehe etc., sei der „Fortschritt“ zur Quantifizierung möglich. Dies ist für manche Beispiele der Forschungsentwicklung zwar durchaus korrekt; dennoch übersieht eine solche Argumentation die fundamentale Bedeutung, die dem Konzept der „Qualitäten“ zukommt:

„Qualität“ (lat.: *qualitas*) meint Eigenschaft, wobei in der klassischen Philosophie und Naturwissenschaft (Galilei, Descartes, Newton, Locke) zwischen primären und sekundären Qualitäten unterschieden wird: Erstere sind Eigenschaften, die die Dinge „an sich“ und objektiv besitzen, d. h. unabhängig von unserer Wahrnehmung. Hierzu gehört neben Ausdehnung, Form, Größe, Anzahl, etc. auch das Wesen (besonders beim Menschen). Sekundäre Qualitäten sind Eigenschaften, die die Dinge nicht an sich besitzen, sondern entsprechende Wahrnehmungs- bzw. Bewusstseinsinhalte - Farben, Laute, Gerüche, Geschmack, etc.

Während es schon bei den ersteren – die als „Ausdehnung, Form ...“ scheinbar Messbarkeit suggerieren – eben wesentlich nicht um das Ausmaß geht sondern um das „An-sich“-Sein, wird dieser Unterschied beim Wesen des Menschen (oder auch des Tieres, der Mitwelt etc.) besonders deutlich: Unter Verweis auf z. B. Heidegger würde man betonen, dass das Wort „Mensch“ niemals wesentlich ein „Was“ meint, obwohl „Mensch“ sprachlogisch ein Substantiv ist wie „Tisch“, „Haus“. Solche Substantive sammeln individuelle Entitäten zusammen in eine Klasse („Tisch“) und diese bezeichnet das „Was“ der Mitglieder. Der Mensch aber ist in diesem Sinne kein „Was“, denn das Wesen liegt in seiner Existenz; diese macht ihn frei zu unterschiedlichen Weisen, er selbst sein zu können. Wie ein Mensch existiert, ist daher nicht durch sein „Was“ bestimmt, sondern dadurch, wie er sich in seinem Da-Sein selbst versteht. Daher kann der Mensch nie nur ein Fall oder Beispiel der Spezies „Mensch“ sein (eine Perspektive, die z. B. für Quantifizierung, Statistik etc. notwendig ist), denn was es ihm ermöglicht, als Mensch zu leben, ist nicht seine Spezies sondern sein Verstehen seiner selbst (oder seines Selbst) als etwas Seiendes, das Verständnis der eigenen Existenz.

Wer im Fluss nur den „Energieförderanten“, im Tier den „Fleischvorrat“ und im Menschen die „Arbeitskraft“ sieht, ignoriert die

Qualität. Und auch den Menschen als Objekt der Beobachtung zu sehen – als jemanden, der Fragebogen-Items in bestimmter Weise beantwortet – fokussiert auf etwas anderes als auf das Wesen. Das ist natürlich weder verboten noch unmoralisch; es kann ggf. sehr sinnvoll sein. Aber das Wesen, um nicht zu sagen: das Wesentliche, bleibt dann eben unerfasst – und diese Diskrepanz lässt sich durch keinen begrifflichen Taschenspielertrick – wie z. B. „Qualitätssicherung“ über quantitative Messgrößen – verdecken.

Mit dem Verweis auf die sog. sekundären Qualitäten wird zudem die „Perspektive der ersten Person“, die Innerlichkeit, gegenüber der „Perspektive der dritte Person“, der Äußerlichkeit, betont. Die Innenperspektive des erlebenden Subjekts, mit seiner reichhaltigen Phänomenologie ist eben etwas anderes als die distanzierte Beschreibung aus der Außenperspektive. Man kann „Vertrauen zum Therapeuten“ auf vielerlei Weise von außen versuchen zu beschreiben: über Beobachtung des Ausdrucks und des Verhaltens, über physiologische Messungen usw. und man kann den Patienten sogar fragen und die Antwort registrieren – aber das Erleben des „Vertrauens“ durch den Patienten, seine Innensicht, ist etwas prinzipiell anderes. Zwar kann kein Forschungsansatz diesen Unterschied überbrücken – aber der qualitative Ansatz mit seiner Möglichkeit der Sinnrekonstruktion, des Einordnens in Bedeutungskontexte usw. kann diesem Unterschied stärker Rechnung tragen als die quantitative Vorgehensweise. Phänomene von erlebter Störung und Stagnation sowie deren Überwindung im therapeutischen Prozess in einen Sinnzusammenhang zu stellen und verständlich zu machen ist etwas anderes, als Kategorien zu zählen und zu messen – selbst dann, wenn es Kategorien von Sinnbeschreibungen sind. Daher kann das eine auch nicht als „Vorstufe“ für das andere gesehen werden.

Beide, quantitative und qualitative Forschung haben – je nach Fragestellung, Forschungsinteresse und Erklärungsperspektive – ihre unterschiedlichen Stärken und Schwächen und daher ihre jeweils eigene Berechtigung. Wobei nichts dagegen, sehr viel aber dafür spricht, in einer umfassenderen Untersuchung beide Perspektiven zu berücksichtigen.

3. Ausblicke: Die System-Perspektive als Basis einer adäquaten Methodologie für Personzentrierte Psychotherapieforschung

Unter Wissenschaftstheoretikern besteht weitgehend Konsens darüber, dass das noch vor hundert Jahren oftmals propagierte Ziel, „objektive“ Tatsachen zu einem Gebäude „wahrer“ Sätze zu „akkumulieren“ sowohl logisch als auch faktisch empirisch nicht haltbar ist. Mehr denn je ist heute eine kontextfreie Betrachtung von „Methoden“ und „wissenschaftlichem Fortschritt“ obsolet. Der Mensch, seine jeweilige Gesellschaftskultur – und damit, hart formuliert, auch bestimmte Ideologien – lassen sich aus der Wissen-

schaftsentwicklung nicht wegdenken. Durch ein diskursives Wahrheitsverständnis, das die Pluralität der Ansichten nicht als Schwäche und Fehler begreift, sondern als Stärke, weil durch die Vielfalt an Perspektiven ein komplexer Gegenstand meist adäquater erfasst werden kann, ist inzwischen der Mensch, seine Kultur und Gesellschaftsform und seine Sprache im Sinne der Semiotik immer schon in die Betrachtung von Methodologien und Methoden einbezogen: Wissenschaft – und damit auch die Methoden der einzelnen Disziplinen und Unter-Richtungen – lässt sich dabei als ein komplexes Zeichensystem auffassen, bei dem immer zentral die drei semiotischen Dimensionen mitbedacht werden müssen: Semantik, die Relation zu dem, wozu die sachliche Beziehung hergestellt werden soll, Syntax, die Relation zu den anderen Zeichen und Wissensbeständen (die „Grammatik“ der Methoden, Theorien und Wissensbestände also) und Pragmatik, die Relation zur Verwendung durch die Menschen sowie zu deren weiteren Verwendungs- und Verwertungszusammenhängen (genauer in Kriz/Lück/Heidbrink 1995).

Als wesentlich Konsequenz ergibt sich daraus, dass Fragen der Forschungsmethodik nicht isoliert gesehen und behandelt werden können. Vielmehr sind sie als ein Aspekt einer Ganzheit zu sehen, zu der das Welt- und Menschenbild, die inhaltlichen Anliegen, Fragen und Hypothesen, die Methodologie und letztlich die Methodik im engeren Sinne gehören.

Daraus folgt, dass wir über die Diskussion typischer methodischer Positionen hinaus der Frage nachgehen müssen, wie eine Methodologie beschaffen sein könnte, die der Perspektive Personzentrierter Psychotherapie, mit ihrer Betonung der therapeutischen Beziehung, der Person und des Prozesshaften, angemessen ist.

So beruht der groteske Anachronismus der Apologeten des Efficacy-Standards darin, dass man sich auf vermeintlich „naturwissenschaftliche Forschungsprinzipien und Methoden“ beruft, dabei aber ein Weltbild der Naturwissenschaften des 19. Jahrhunderts zu restaurieren versucht, das gerade die naturwissenschaftliche Entwicklung des 20. Jahrhunderts zunehmend als irrig, inadäquat und forschungshinderlich verworfen hat. Doch auch jenseits des „Efficacy-Programms“ beruht ein großer Teil der Forschung auf dem klassischen naturwissenschaftlichen Weltbild, weil dieses nach mehreren Jahrhunderten abendländischer Wissenschaft nun auch unserem Schul- und Alltagswissen als eine selten hinterfragte Selbstverständlichkeit zugrunde liegt.

Ohne hier auf Details eingehen zu können (genauer und ausführlich in Kriz 1998 a), lässt sich dieses Weltbild durch folgende Prinzipien kennzeichnen. Diese sind zwar in den modernen Naturwissenschaften fragwürdig geworden, wie jeweils gleich ergänzt werden soll, dennoch durchziehen sie weiterhin als Leit- und Leid-Ideen unser Denken und allzu oft auch unsere Erklärungsprinzipien von psychotherapeutischer Veränderung:

- **Kontrolle:** Dies ist eines der Hauptprinzipien klassisch-abendländischer Wissenschaft. In den Epochen zuvor wollte man die Welt eher deshalb verstehen, um im Einklang mit ihr zu handeln

(vor dem religiösen Hintergrund, die Struktur von Gottes Schöpfung, die „*harmonices mundi*“, ehrfurchtsvoll zu verstehen). Doch durch die Aufklärung setzte sich der Mensch selbst als Schöpfer ein: Es galt nun, die Natur und ihre Prinzipien zu verstehen, um sie zu beherrschen und etwas „machen“ zu können. Statt Vertrauen in Selbstorganisationsprinzipien und deren Unterstützung wurde allein und einseitig auf die Methode der Kontrolle gesetzt. Das Prinzip „Kontrolle“ passte natürlich den Mächtigen und Besitzenden hervorragend in ihre konservativen Ideologien, die ihnen Macht und Besitztümer sicherte, und den Einsatz von Kontrollorganen wie z. B. Polizei und Militär zur Erhaltung dieser Zustände rechtfertigt – während Selbstorganisation zwar möglicherweise für die Gesamtheit bessere Lösungen aber vielleicht auch eine Beschränkung der Position der „Kontrollreue“ bedeutet hätte. Nicht zufällig dauerte es mindestens ein Jahrhundert länger, bevor sich die Wissenschaft neben der Kontrolle von Ordnung und deren Zerfallstendenzen (Thermodynamik) dem autonomen Entstehen von Ordnung (Selbstorganisationstheorien) zuwandte.

- **Homogenität:** Wichtige Aspekte der Kontrolltechnologie sind Homogenisierbarkeit, Analyse und Synthese: Eine Ganzheit wird ihrer Eigenstruktur entkleidet, in homogene Teile zerlegt, diese analysiert und dann zu einem Ganzen synthetisch (und nach der designhaften Schöpfungs idee des Menschen) neu zusammengefügt. Aus zermahlenen Steinen, ohne deren Eigenstruktur, wird beliebig formbarer Beton, aus gewachsenem Holz werden Hartfaserplatten, aus Fleisch wird das „Formfleisch“, aus der Psychotherapieslandschaft mit gewachsenen Richtungen die unterschiedliche Lebenszugänge repräsentieren, wird eine einheitliche Therapie aus „Wirkfaktoren“ synthetisiert. Die Planetenbahnen, die mit einer Eigengestalt nach Kepler noch die „*harmonices mundi*“ repräsentierten, wurden nach Newtons Naturverständnis zu einer beliebigen Realisation mathematischer Gleichungen. Alles ist gleich gültig (und damit auch „gleichgültig“ gegenüber ausgezeichneten Eigenstrukturen). Heute wissen wir, dass Kepler mindestens so viel Recht hatte wie Newton: Aufgrund der Rückkopplungs- und Resonanzeffekte gibt es diskrete Klassen stabiler „Planeten-Lösungen“ – selbst das Universum ist also nicht so gleich-gültig, wie uns Newton und die klassisch abendländische Wissenschaft dies weismachen wollten.

- **Geschichtslosigkeit:** Die Beschreibungen der Natur über Gleichungen gelten nach klassischer Sicht nicht nur überall im Raum sondern auch in der Zeit: Eine Sonnenfinsternis lässt sich 2000 Jahre zurück oder voraus berechnen. Wirkungen und ihre Wege sind weitgehend umkehrbar und damit ohne eine spezifische Geschichtlichkeit. Auch dies ist durch die moderne Systemtheorie für wesentliche Vorgänge in der Natur widerlegt. Hier sind irreversible Prozesse bedeutsam – Entwicklungen also, die von der Zeit abhängig sind und dem System eine spezifische Geschichtlichkeit verleihen.

- **Linearität und Kontinuität:** Der Leitsatz „*natura non facit saltus*“ (die Natur macht keine Sprünge), von Leibniz formuliert, wurde im Mikro-Bereich bereits durch die Quantenmechanik

widerlegt: Die Natur macht, so gesehen, nur Sprünge! Doch dies berührte unser Verständnis von Alltagsphänomenen wenig. Im Gegensatz dazu sind die typischen qualitativen Sprünge, die im Rahmen moderner Systemtheorie beschrieben werden, alltagsrelevant. Sie gelten nämlich für alle Systeme, sofern diese nicht künstlich isoliert und Rückkopplungen ausgeschlossen werden – und damit ist faktisch die gesamte Natur betroffen, besonders der Bereich des Lebendigen. Kleine „Ursachen“ können dabei, je nach Geschichte des Systems, große Folgen haben, große „Ursachen“ ggf. nahezu keine Folgen. Im Rahmen von Emergenz entstehen plötzlich völlig neue Systemqualitäten etc. Die übliche Linearität von Ursache-Wirkung und die Kontinuität des Verlaufs einer Entwicklung sind somit nicht mehr gegeben.

- **Lokale Kausalität:** Ursache-Wirkung sind nach klassischer Vorstellung (auch im Kontext der Kontrolle) lokal verknüpft – in einem Sinne, dass die Wirkung dort eintritt, wo interveniert wird. Typisches Beispiel: das Ausbeulen einer Blechdose. Dies Modell ist aber für dynamische Systeme (also u. a. Lebensprozesse) inadäquat: schon die Struktur eines Wasserfalls lässt sich nicht durch „Ausbeulen“ verändern. Verändert werden müssen Umgebungsbedingungen unter denen ein System selbstorganisiert eine ihm inhärente andere Organisationsstruktur wählt. Dies ist eine fundamental andere Vorstellung von Kausalität.

- **Statik:** Klassische Vorstellungen beinhalten Statik und Stabilität (selbst die Thermodynamik müsste eigentlich, so gesehen, treffender „Thermostatik“ heißen), womit natürlich auch bestimmte Verwertungsinteressen (z. B. Energieausbeute bei Maschinen) verbunden ist – wir sprachen dies bereits oben an, im Zusammenhang mit der funktionalen Reduktion von „Qualität“ (das Tier als „Fleischlieferant“). Damit einher geht eine typische Verdinglichung (Reifikation) von Prozessen: Die Krankheit, die Verhaltensstörung, der Regen, das Feuer etc. sind Substantive, und damit eher Dinge, obwohl eigentlich Prozesse gemeint sind. Dies wiederum ist eng damit verbunden, dass oft nur die Veränderung von solchen „Dingen“ erklärungsbedürftig erscheint (da „Dinge“ ohne Wirkeinflüsse so bleiben wie sie sind). Aus der Perspektive dynamischer Systeme aber sind gerade auch die Stabilitäten von Prozessen erklärungsbedürftig – also nicht nur die Übergänge „gesund-krank“ (Pathologie) und „krank-gesund“ (Therapie, Heilung) sondern auch „krank-krank“ (Frage: wie müssen die Bedingungen sein, damit ein „krankes“ System „krank“ bleibt?) und „gesund-gesund“ (was zumindest neuerdings nicht mehr als dinghafte Selbstverständlichkeit gesehen sondern als „Salutogenese“ thematisiert wird).

Wenn man diese Prinzipien und Leitideen klassisch-abendländischer Wissenschaft auf den Menschen anwendet, so wird deutlich, dass damit ein Kontext vorgegeben wird (z. B. auch für die Diskussion und Weiterentwicklung von „Forschungsmethoden“), in dem wesentliche Aspekte nicht angemessen zur Geltung kommen. Denn dieser Kontext beraubt den Menschen seiner

- **Vertrauenswürdigkeit:** indem, wie oben betont wurde, Vertrauen durch Kontrolle ersetzt wurde. Entsprechend findet man selbst in der Psychotherapie weit mehr Programme zur Förderung von Selbstkontrolle (bzw. -management) als von Selbstvertrauen. Und „Kontrollverlust“ wird eher als Störung thematisiert und gefürchtet als Vertrauensverlust.

- **Individualität und Einmaligkeit:** In Statistiken, diagnostischen Kategorien, Effektivitätswerten etc. tauchen Menschen mit ihren Lebensgeschichten und ihren existenziellen Entwürfen in der Regel nicht mehr auf – das einzelne Schicksal ist im Lichte dieser Zugänge gleich-gültig (im doppelten Sinne – vgl. oben)

- **Geschichtlichkeit:** Jenseits eines diagnostischen Status quo ist die Lebensgeschichte nicht weiter bedeutsam. So setzt z. B. manualisierte Therapie, im Sinne des Efficacy-Beweises für eine bestimmte Diagnose-Gruppe eben gerade bei der Gleichheit der zu Behandelnden an (sonst könnte man gar nicht so viel wissenschaftliches Brimborium darum machen, für welche Gruppe nun das Vorgehen als „wissenschaftlich“ „bewiesen“ gilt und für welche nicht). Dies ist bereits von außen gesehen, in Anbetracht typischer nicht-linearer Phasenübergänge bei Veränderungsprozessen, inadäquat. Aus der „Erste-Person-Perspektive“ drückt aber die Geschichtlichkeit einen wesentlichen Aspekten von „Sinnhaftigkeit“ aus, mit der sich der Mensch existenziell in seine Welt stellt – ein Aspekt, der bei dem o. a. Efficacy-Beweis gerade irrelevant zu sein hat.

- **Nicht-Linearität:** Kreative Entwicklungs- und Heilungsverläufe, die nicht-linear, sprunghaft, nicht lokal-kausal (s. o.) verlaufen, sind nicht vorgesehen (es würde beispielsweise keinen Sinn machen, mittlere Effektwerte von Gruppen zu berechnen, wenn man ernsthaft qualitative Sprünge in Rechnung stellt). Gleichwohl sind solche Entwicklungen für den Menschen typisch und wesentlich.

- **Kontext-Eingebundenheit:** Die vielfältigen Interdependenzen werden zugunsten künstlicher Isoliertheit ignoriert. Dies geschieht nicht nur aus pragmatischen Gründen, weil nicht alles in Betracht gezogen werden könnte (was letztlich für jeden Ansatz gilt), sondern aus ideologischen Gründen: Wieder würde die Berücksichtigung der Kontexte dazu führen, dass genau jene Effekte nicht-linearer, emergenter, nicht-lokal-kausaler Entwicklungsverläufe von Therapie beachtet werden müssten, welche den klassischen Methodenansatz sofort als inadäquat und überfrachtet von

Forschungsartefakten ad absurdum führen würde. Will man z. B. die Efficacy-Perspektive nicht gefährden, so ist es in der Tat konsequent, die zu untersuchende „Welt“ und die Wirksamkeit quasi ins Labor zu sperren und vorzuschreiben, dass die untersuchten Patienten reinen Diagnosegruppe zuzuordnen seien (und nicht jene „Komorbidität“ aufweisen, die nun einmal bei sehr vielen – und bei sorgfältiger Diagnostik: vermutlich bei fast allen – realen Patienten zu finden ist). Die so hoch gepriesene Zuverlässigkeit (reliability) und Gültigkeit (validity) dieser Forschung gilt dann zwar nicht dort und nicht bei jenen Menschen, wo Therapie wirklich angewendet wird – dafür lassen sich aber „methodisch saubere“ Ergebnisse (aus klassischer Sicht) über einen Kunstbereich in einflussreichen Zeitschriften publizieren, die für Praktiker zwar weitgehend irrelevant sind, aber von anderen Forschern gelesen und zitiert werden, so den „impact Faktor“ erhöhen, und der wissenschaftlichen Karriere nützen. (Wie viele Menschen

Metzger: „Kennzeichen der Arbeit am Lebendigen“	Kernprinzipien interdisziplinärer Systemtheorie
1. Nicht-Beliebigkeit der Form: Man kann Lebendigem „auf die Dauer nichts gegen seine Natur aufzwingen“, man „kann nur zur Entfaltung bringen, was schon in dem „Material“ selbst an Möglichkeiten angelegt ist“.	Man kann einem System nicht jede beliebige Form aufzwingen, sondern nur dem System inhärente Organisationsformen fördern.
2. Gestaltung aus inneren Kräften: „Die Kräfte und Antriebe, die die angestrebte Form verwirklichen, haben wesentlich in dem betreuten Wesen selbst ihren Ursprung.“	Die entscheidenden Größen der Ordnung – sog. „Ordnungsparameter“ – haben wesentlich ihren Ursprung im System selbst.
3. Nicht-Beliebigkeit der Arbeitszeiten: Das lebende Wesen kann nicht beliebig auf seine Pflege warten ... Es hat vor allem seine eigenen fruchtbaren Zeiten und Augenblicke für Veränderung.	Systeme haben eine „Geschichte“ – relativ zu dieser bewirken „dieselben“ Interventionen mal fast nichts, in anderen Phasen hingegen qualitative Sprünge.
4. Nicht-Beliebigkeit der Arbeitsschwindigkeit: Prozesse des Wachsens, Reifens, Überstehens einer Krankheit usw. haben offenbar ihnen jeweils eigentümliche Ablaufgeschwindigkeiten.	Phasenübergänge – das was von außen als wesentliche/qualitative Änderung der Struktur-Dynamik wahrgenommen wird – haben system-inhärente („eigentümliche“) Verläufe.
5. Die Duldung von Umwegen: Man muss überall Umwege in Kauf nehmen.	Die Entwicklungswege müssen respektiert werden (z. B. kann der Weg durch Bifurkationen nicht „abgekürzt“ werden).
6. Die Wechselseitigkeit des Geschehens: Das Geschehen ... ist wechselseitig. Es ist im ausgeprägten Fall ein Umgang mit „Partnern des Lebens“.	Systeme sind nicht nur durch wechselseitige Verknüpfung der „Elemente“/ Teildynamiken ausgezeichnet, sondern auch die Trennung System / Umwelt ist rein analytisch-formal – jede Separierung und Ausschluss holistischer Wechselwirkungen ist eine (ggf. notwendige) Vereinfachung.

Tabelle 1

(aus Kriz 1998 b)

unter den Bedingungen alltäglichen Realität wirklich behandelt wurden und dadurch für sie bedeutsame Verbesserungen erfahren haben, spielt in der gegenwärtigen Diskussion um die „Effektivität“ von Therapieverfahren keine Rolle – vgl. die „Kriterien“ das sog. „Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie“ in Eckert 1999).

Wenn man diese Aspekte ernst nimmt, so müssen auch und gerade Forschungsarbeiten im Bereich Personenzentrierter Psychotherapie in ihrer Methodologie Kennzeichen berücksichtigen, die der Gestaltpsychologe Wolfgang Metzger bereits vor vier Jahrzehnten als „sechs Kennzeichen der Arbeit am Lebendigen“ präzisiert hatte und damit wesentliche Prinzipien Humanistischer Psychologie jener Zeit zusammenfasste. Bemerkenswerterweise korrespondieren diese Kennzeichen, die von Kritikern und Gegnern der Humanistischen Psychologie damals eher als „schwärmerisch“ und „zu wenig wissenschaftlich“ diskreditiert wurden, mit den Prinzipien moderner, naturwissenschaftlicher Systemtheorie, so wie man sie heute beschreiben würde. Ohne auf Details einzugehen, soll diese Korrespondenz anhand einer Gegenüberstellung (Tab. 1) deutlich werden, die an anderer Stelle näher erläutert wurden (Kriz 1998 b).

Diese Kennzeichen bzw. Prinzipien mögen manchem noch zu abstrakt und allgemein erscheinen. Daher will ich abschließend einen Aspekt ausführen, der mir seit einiger Zeit besonders wichtig erscheint:

Ein zentrales Konzept zur Erforschung dynamischer Systeme ist der „Attraktor“; dies kennzeichnet die (in einem Zeitfenster) stabile Struktur, auf die ein Prozess hinausläuft und die sogar gegen nicht allzu große Störungen immer wieder durch die Systemdynamik ausgeglichen wird. Mit diesem „Darauf-Hinauslaufen“ wird aber in den Naturwissenschaften plötzlich wieder ein teleologisches Prinzip thematisiert, das die Wissenschaft über lange Zeit zugunsten der Kausalität (als Wirkungen aus der Vergangenheit) diskreditiert hat. Im Bereich des menschlichen Lebens gibt es hier eine bedeutsame Entsprechung: nämlich Zielvorstellungen, Phantasien und dergleichen, mit denen sich der Mensch einen zukünftigen Zustand grob vorstellt. Diesen vorgestellten Zustand kennt man oft nicht genau, sondern erst bei der Hinbewegung darauf wird dieser gleichzeitig immer deutlicher ausgestaltet und immer mehr realisiert. Wenn man jemanden, der auf dem Wege zu einer Vorlesung ist, fragt, warum er jetzt z. B. gerade die Treppe hochgeht, so werden weniger Erklärungen kommen wie: „Weil ich grad so in Schwung war“ oder „Weil meine Eltern mich zur Schule geschickt haben, ich Abitur gemacht habe und nun was studieren muss“ etc. – d. h. es werden weniger Ursachen aus der Vergangenheit angeführt (obwohl diese natürlich auch mit hineinspielen). Vielmehr wird mit Aussagen wie: „Weil ich die Vorlesung hören will“ (vielleicht ergänzt um: „Weil ich das für eine Prüfung brauche“) etwas Zukünftiges benannt, auf das man hinsteuert, ohne es genau zu kennen.

Ich halte für humanistische Therapien das teleologische Konzept der Imagination besonders wichtig (vgl. Kriz 1999 c, 2001) und es lohnt sich daher m.E., die Imaginationen in die Forschung einzu-

beziehen: Sie sind als Repräsentanten von Sinnkernen zu sehen, mit denen der Mensch in dieser Welt sein Dasein entwirft. Als „Sinntraktoren“ richten sie die Dynamik von Lebensprozesse aus – und damit auch die Prozesse, die mit „Pathologie“, „Therapie“, „Chronizität“, „Stagnation“, „Veränderung“ etc. bezeichnet werden.

Wir würden daher bei vielen therapeutischen Prozessen erwarten, dass sich über einen besseren Zugang zu und Umgang mit den imaginativen Kräften bedeutsame Änderungen dieser Sinnkerne ergeben – und diese wiederum in Zusammenhang mit „objektiven“ Parametern der „Heilung“ stehen. Konkret ließen sich hier sehr viele Forschungsfragen anknüpfen – etwa, ob und wie die Förderung imaginativer Kräfte und Prozesse auch die Entwicklung, Flüssigkeit, Beachtung von sinnhaften Lebens-Imaginationen unterstützt und wie dies im Zusammenhang mit der Entwicklung von anderen Prozessaspekten steht.

Es zeigt sich anhand dieser abschließenden Bemerkungen, wie nicht nur Kontexte, Inhalte und Fragen die Forschungsmethodik bestimmen, sondern wie andersherum auch ein bestimmter methodologischer Zugang – nämlich die „Kennzeichen der Arbeit am Lebendigen“ und damit die Prinzipien der Systemtheorie ernst zu nehmen – wiederum Forschungskontexte mit inhaltlichen Fragen fördert oder gar hervorbringt. Es wäre gut, wenn die typischen Kennzeichen des PCA sich auch in den Methoden widerspiegeln und die Forschung in diesem Bereich nicht von den Kontrollmechanismen überkommener abendländischer Wissenschaftsideologie „verklavt“ wird (um mit einem Fachausdruck der naturwissenschaftlichen Systemtheorie zu schließen).

Literatur

- Biermann-Ratjen, E-M. (1996), Entwicklungspsychologie und Störungslehre, in: Boeck-Singelmann, C./ Ehlers, B./ Hensel, T./ Kemper, F./ Monden-Engelhardt, C. (Hg.), Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Göttingen (Hogrefe), 9–28
- Eckert, J. (1999), Zur Anerkennung von psychotherapeutischen Verfahren als wissenschaftlich, in: Psychotherapeut 44, 250
- Ehler, U. (2002), Stellungnahme und Empfehlungen zu Kriterien der Wissenschaftlichkeit von Curricula für die postgraduale psychotherapeutische Weiterbildung von Psychologinnen und Psychologen. Unveröff. Paper, im Auftrage des FSP, Zürich
- Höger, D. (1995), Unterschiede in den Beziehungserwartungen von Klienten. Überlegungen und Ergebnisse zu einem bindungstheoretisch begründeten und empathiebestimmten differentiellen Vorgehen in der Klientenzentrierten Psychotherapie, in: GwG-Zeitschrift 100, 47–54

- 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./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
- Hofstätter, P. R. (1971), *Differentielle Psychologie*, Stuttgart (Kröner)
- Kiene, H. (2001), *Komplementäre Methodenlehre der klinischen Forschung. Cognition-based Medicine*, Berlin (Springer)
- Kriz, J. (1981), *Methodenkritik empirischer Sozialforschung. Eine Problemanalyse sozialwissenschaftlicher Forschungspraxis*, Stuttgart (Teubner)
- Kriz, J. (1996), Grundfragen der Forschungs- und Wissenschaftsmethodik, in: Hutterer-Krisch, R. (Hg.), *Psychotherapie als Wissenschaft – Fragen der Ethik*, Bd. 5 der „Serie Psychotherapie“ (Hg.: G. Sonneck), Wien (Facultas), 15–160
- Kriz, J. (1997), Fragen und Probleme der Wirksamkeit von Psychotherapie, in: *Gestalt Theory* 19, 51–61
- Kriz, J. (1998a), Chaos, Angst und Ordnung. Wie wir unsere Lebenswelt gestalten, Göttingen/Zürich (Vandenhoeck & Ruprecht)
- Kriz, J. (1998b), Die Effektivität des Menschlichen. Argumente aus einer systemischen Perspektive, in: *Gestalt Theory* 20, 131–142
- Kriz, J. (1999a), *Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner. Eine Einführung*, Wien (Facultas/UTB) ³1999 (1. Aufl. 1997 unter dem Titel: *Systemtheorie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner*)
- Kriz, J. (1999b), Von der „science-fiction“ zur „science“. Methodologische und methodische Bemerkungen zur Frage der „Wissenschaftlichkeit von Psychotherapieverfahren“, in: *Report Psychologie* 24, 21–30
- Kriz, J. (1999c), On Attractors — The Teleological Principle in Systems Theory, the Arts and Therapy, in: *POIESIS. A Journal of the Arts and Communication* 1, 24–29
- Kriz, J. (2000a), Vermessene Qualität, in: Clemens, W./Strübing, J. (Hg.), *Empirische Sozialforschung und gesellschaftliche Praxis*, Opladen (Leske & Budrich), 67–82
- Kriz, J. (2000b), Fragen und Probleme der Wirksamkeitsbeurteilung von Psychotherapie, in: Petzold, H./Märtens, M. (Hg.), *Wege zu effektiven Psychotherapien*, Opladen (Leske & Budrich), 273–281
- Kriz, J. (2000c), Perspektiven zur „Wissenschaftlichkeit von Psychotherapie“, in: Hermer, M. (Hg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts*, Tübingen (DGVT-Verlag), 43–66
- Kriz, J. (2001), Intuition in therapeutischen Prozessen, in: *systema* 15,3, 217–229
- Kriz, J. (2002), Monoklone Therapeuten für monoklone Symptomträger? Perspektiven zur „Wissenschaftlichkeit“ von Psychotherapie, in: *Psychoskope* 1, 3–17
- Kriz, J. (2003a), Artefaktprobleme experimenteller Ökonomik, in: Kubon-Gilke, G. (Hg.), *Jahrbuch Normative und institutionelle Grundfragen der Ökonomik: Experimente in der Ökonomik*, Marburg (Metropolis), 269–292
- Kriz, J. (2003b), Gutachten über den Begriff der Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapie in: *Punktum. Zeitschrift des SBAP*, Zürich (Sonderdruck, Mai 2003)
- Kriz, J./Lück, H. E./Heidbrink, H. (1995), *Wissenschafts- und Erkenntnistheorie. Eine Einführung für Psychologen und Humanwissenschaftler*, Opladen (Leske & Budrich) ³1995
- Metzger, W. (1962), *Schöpferische Freiheit*, Frankfurt (Waldemar Kramer)
- Orlinsky, D. E./Grawe, K./Parks, B. K. (1994), Process and Outcome in Psychotherapy, in: Bergin, A. E./Garfield, S. L. (Hg.), *Handbook of psychotherapy and behavioral change*, New York (Wiley), 270–376
- Petersen, P. (Hg.) (1990), *Ansätze Kunsttherapeutischer Forschung*, Berlin (Springer)
- Petersen, P. (1994), *Der Therapeut als Künstler: Ein integratives Konzept von Psychotherapie und Kunsttherapie*, Paderborn (Junfermann) ³1994
- Petrak, F. (1999), Checkliste zur Bewertung der wissenschaftlichen Qualität kontrollierter psychotherapeutischer Interventionsstudien (CPI), in: *Psychotherapeut* 44, 390–93
- Rogers, C. R. (1980b), Klientenzentrierte Psychotherapie, in: Corsini, J. R. (Hg.), *Handbuch der Psychotherapie*, Bd. 1, Weinheim (Beltz), 1983, 471–512
- Rogers, C. R./Dymond, R. F. (Hg.) (1954a), *Psychotherapy and Personality Change*, Chicago (Chicago University Press)
- Sachse, R. (2003), *Von der Gesprächspsychotherapie zur Klärungsorientierten Psychotherapie*. Dortmund (Selbstverlag) (internet: www.psychotherapie-ausbildung-sachse.de)
- Seligman, M. E. P. (1997), Die Effektivität von Psychotherapie. Die Consumer Reports-Studie, in: *Integrative Therapie* 22,4, 264–288 (amer. Original in: *American Psychologist* 50, 965–974)

Autor

Jürgen Kriz, geb. 1944, Dr. Phil, Professor für Psychotherapie und klinische Psychologie an der Universität Osnabrück im FB „Humanwissenschaften“. Psychotherapeut und Ausbilder für personenzentrierte Psychotherapie (GwG). Arbeitsschwerpunkte: Im Rahmen seiner „Personenzentrierten Systemtheorie“ Arbeit an der Verbindung von naturwissenschaftlich fundierter Systemtheorie (Synergetik) mit Psychotherapie/Psychopathologie und Bewusstseinsphänomenen; ferner: Fragen der Forschungsmethodik.

Korrespondenzadresse

*Prof. Dr. Jürgen Kriz
Fachbereich Humanwissenschaften der Universität Osnabrück
Fachgruppe Klinische Psychologie
Knollstraße 15
D-49069 Osnabrück
E-Mail: juergen.kriz@uni-osnabrueck.de*

Eva-Maria Biermann-Ratjen

Das gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma

Zusammenfassung: Dieser Artikel beschreibt, wie im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts die Entstehung, Entwicklung und Behandlung der psychotraumatogenen Pathologie verstanden wird. Ausgehend von einer Beschreibung der Erfahrung in einer traumatisierenden Situation wird die akute Inkongruenzerfahrung in der akuten Belastungsreaktion, die Entwicklung der Inkongruenzerfahrung in der Bewältigungsphase und schließlich in der posttraumatischen Belastungsstörung, die in eine Persönlichkeitsstörung einmünden kann, beschrieben. Dissoziative Phänomene erfahren eine besondere Beachtung. Bei der Beschreibung der schulenübergreifenden Prinzipien der Behandlung von Psychotrauma wird betont, dass in ihnen gesprächspsychotherapeutische Positionen – meistens nicht als solche gekennzeichnet – eine herausragende Rolle spielen.

Schlüsselwörter: Psychotrauma, akute Belastungsreaktion, posttraumatische Belastungsstörung, Persönlichkeitsstörung, Dissoziation.

Résumé: La conceptualisation du traumatisme psychique dans la psychothérapie centrée sur la personne. Cet article décrit comment la formation, le développement et le traitement de la pathologie psychotraumatique sont compris dans le cadre de la conception centrée sur le client. Partant d'une description d'une expérience faite dans une situation traumatisante, on élabore l'expérience d'incongruence aigue dans la réaction de stress, le développement de l'expérience d'incongruence dans la phase de résilience et enfin le syndrome de stress post-traumatique qui peuvent déboucher sur un trouble de la personnalité. Une attention particulière est portée sur les phénomènes dissociatifs. Dans la description des principes valables dans toutes les écoles psychothérapeutiques pour le traitement du traumatisme psychique, l'accent est mis sur le fait que certaines positions de la psychothérapie centrée sur la personne dans la plupart des cas, non désignées, jouent un rôle primordial.

Mots-clés: Psychotraumatisme, réaction de stress aiguë, syndrome de stress post-traumatique, trouble de la personnalité, dissociation

Abstract: The client-centred understanding and therapy of psychotrauma. A client-centred understanding of psychotrauma and of the development of posttraumatic psychopathology is presented. The psychophysical reaction in a traumatic situation is described and the experience of incongruence in the posttraumatic reaction followed by efforts to overcome the state of incongruence by integrating the traumatic experience which may end up in a chronified posttraumatic stress-disorder or even personality disorder. Dissociative defense mechanisms are especially underlined. It is demonstrated that psychodynamic and behavior therapeutic models concerning the essentials of the treatment of posttraumatic stress-disorders emphasize client-centred ideas – but never name them explicitly as client-centred positions.

Key words: Psychotrauma, posttraumatic stress reaction, posttraumatic stress disorder, personality disorder, dissociation.

Dieser Artikel behandelt nacheinander die Fragen:

1. Was ist ein Psychotrauma?
2. Wie ist die Erfahrungswelt einer traumatisierten Person zu beschreiben?
3. Wie ist eine traumatisierte Person aus der Sicht des Klientenzentrierten Psychotherapeuten zu verstehen und dementsprechend zu behandeln?

1. Was ist ein Psychotrauma?

In der Medizin versteht man unter einem Trauma eine Wunde, die durch die Einwirkung von Gewalt entstanden ist. Unter einem Psychotrauma verstehen wir einen Schock im Sinne einer seelischen Erschütterung, ausgelöst durch „ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen

Ausmaßes (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Erschütterung hervorrufen würde“ (Weltgesundheitsorganisation 1991, 157). Die Formulierung „bei fast jedem“ ist wichtig. Sie unterscheidet das Psychotrauma von der Anpassungsstörung, die als Folge von subjektiv außergewöhnlich belastenden Lebensereignissen oder besonderen Veränderungen im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt haben, angesehen werden. Es ist ferner wichtig, sich klar zu machen, dass eine Anpassungsstörung – und die Störung in der Folge eines Traumas ist eine spezielle Form einer Anpassungsstörung – nur dann diagnostiziert werden kann, wenn das belastende Ereignis oder die andauernde unangenehme Situation die primären und ausschlaggebenden Kausalfaktoren sind, d. h. dass ohne sie die Störung nicht entstanden wäre. Von einem Trauma soll darüber hinaus nur dann gesprochen werden, wenn das belastende Ereignis oder die Katastrophe fast jeden tief erschüttern würden. Als solche gelten z. B. das „Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, auch in der Kindheit (so genannter sexueller Missbrauch), Vergewaltigung, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Krieg, Kriegsgefangenschaft, politische Haft, Folterung, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit, die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden können“ (Flatten 2001, 1).

2. Wie ist die Erfahrungswelt einer traumatisierten Person zu beschreiben?

2.1. In der traumatisierenden Situation

Soviel zur Definition der traumatischen Erfahrung. Wie sieht nun die traumatisierende Selbsterfahrung aus?

Die Erschütterung in einer potenziell traumatischen Situation wird zunächst so erlebt: „Die Bauchmuskeln spannen sich reflexhaft an, ebenso die ganze Rücken- und Nackenmuskulatur. Die Nebennieren haben längst Adrenalin ausgeschüttet, der Puls schnellt hoch, das Gesicht rötet sich, die Hände werden schweißnass. Die Amygdala, der ‚Rauchmelder des Gehirns‘ (van der Kolk 1997) hat geschaltet: ‚Gefahr‘ und den Körper in maximale Reaktionsbereitschaft versetzt: Kampf oder Flucht. Wir Menschen sind Säugetiere, und lange, bevor unser Frontalhirn dazu kommt ...“ (die Situation ins Auge zu fassen) „und in Kooperation mit der Broca-Region zu entscheiden, welche Wortmetapher denn dieses Ereignis am treffendsten charakterisiert (...), ist der Körper – glücklicherweise – reflexhaft auf ‚Überlebensreaktion‘ umgeschaltet“, (Reddemann/Sachsse 1997, 115).

„Traumatisierend wirkt ein Ereignis dann, wenn die natürlichen Reaktionsmöglichkeiten Kampf oder Flucht unmöglich sind. Im Kern jeder Traumatisierung findet sich die Erfahrung völliger Ohnmacht

und Hilflosigkeit. Im Tierreich ist diese Erfahrung des ‚inescapable shock‘ lebensgefährlich. Das lässt sich tierexperimentell nachweisen, und viele Jäger haben es auch schon beobachtet. Wenn etwa ein Kaninchen von einem Raubvogel angegriffen wird und nicht mehr fliehen kann, dann kann es passieren, dass das Tier tot ist, bevor der Vogel es erreicht. Das geht über den Totstellreflex als Überlebensversuch hinaus. ... Es ist nur eine Assoziation, natürlich kein Beweis, aber manchmal haben wir in Therapien den Eindruck: Eine Patientin kämpft darum, schuldig oder wenigstens mitschuldig gewesen zu sein, nicht völlig hilflos, nicht nur ohnmächtiges Opfer gewesen zu sein, als wäre für sie das Erleben vollständigen Ausgeliefert-Seins lebensgefährlich“ (Reddemann/Sachsse, U.: 1997, S. 115).

Die Selbsterfahrung im Rahmen einer traumatisierenden Erfahrung ist also zunächst durch ein u. U. tödliches Erschrecken angesichts der Sinnlosigkeit von Kampf- und Fluchtbereitschaft in einer Situation von totaler Ohnmacht und Hilflosigkeit bei voller Aktivierung von Kampf- und Fluchtbereitschaft gekennzeichnet.

Gesprächspsychotherapeuten würden formulieren: In einer traumatisierenden Situation erlebt die Person, wie sie diese organismisch als eine massive Bedrohung bewertet. Die Bewertung erfolgt in der körperlichen Bereitstellung der Kampf- und Fluchtreaktionen und zeitnah dazu in einem u. U. tödlichen Erschrecken angesichts der Sinnlosigkeit dieser Reaktion in einer Situation der totalen Macht- und Hilflosigkeit.

2.2. Wie ist die Erfahrungswelt einer traumatisierten Person in der akuten Belastungsreaktion bzw. in der akuten Inkongruenz zu beschreiben?

Die akute Belastungsreaktion, die nicht später als zwanzig Minuten nach dem belastenden Ereignis auftritt, beginnt typischerweise mit einer Art von „Betäubung“: einer Bewusstseinsengung und Einschränkung der Aufmerksamkeit, Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten, und Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiterer Rückzug aus der äußeren Realität folgen bis hin zum Erstarren der gesamten Psychomotorik im Stupor, aber auch ein Unruhezustand und Überaktivität wie Fluchtreaktionen oder Fugue, sowie Depression, Verzweiflung und Ärger. Meist treten vegetative Anzeichen panischer Angst wie Tachycardie, Schwitzen und Erröten auf. Die Symptome der akuten Belastungsreaktion klingen im allgemeinen innerhalb von Stunden bis Tagen wieder ab (vgl. Weltgesundheitsorganisation 1991, 155 f).

Gesprächspsychotherapeuten würden formulieren: Spätestens zwanzig Minuten nach dem traumatischen Ereignis beginnt das Erleben der akuten Inkongruenz: die aktuelle Erfahrung, dass etwas erlebt worden ist, das nicht mit dem Selbstkonzept zu vereinbaren ist, das die bestehende Gestalt des Selbstkonzepts bedroht. Die traumatische Erfahrung kann nicht in das Selbstkonzept integriert werden bzw. würde, wenn sie integriert würde, das Selbstkonzept erheblich verändern. Das Erleben dieser Form der akuten Inkongruenz

beginnt typischerweise mit dem Erleben einer Art von „Betäubung“. Bewusstseinsengung und Einschränkung der Aufmerksamkeit behindern das Bewusstwerden der Erfahrung. Es kommt zu einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten, und Desorientiertheit. Dieser Form der Abwehr, dass der Erfahrung der Zutritt zum Bewusstsein versperrt wird, können weitere Abwehrmanöver folgen: eine Lähmung der motorischen Reaktionsbereitschaften bis hin zum Stupor (Totstellreflex), aber auch ein nicht reflektierter motorischer Unruhezustand und Überaktivität wie Fluchtreaktionen oder Fugue, sowie Depression, Verzweiflung und Ärger. Die in der Regel zum Erleben der akuten Inkongruenz gehörende Angst wird meistens nur in den vegetativen Anzeichen panischer Angst wie Tachycardie, Schwitzen und Erröten erlebt.

2.3 Wie ist die Erfahrungswelt einer traumatisierten Person in der Bewältigungsphase zu beschreiben?

In den auf das Trauma folgenden vier bis acht Wochen ist das Erleben in erster Linie von einem Wechsel zwischen Intrusionen und Konstriktion gekennzeichnet.

In Phasen der Intrusion reaktualisiert sich die traumatische Erfahrung. Man spricht auch von Flash-backs. Die traumatisierende Situation erscheint im Bewusstsein. Intrusionen sind keine Erinnerungen, sondern erneutes Durchleben der Situation. Sie können auftreten, wenn man zur Ruhe kommt, vor dem Einschlafen oder in Form von Alpträumen, die einen aus dem Schlaf reißen. Die Szenen laufen wieder und wieder ab mit allen zu ihnen gehörenden Affekten und Körpersensationen. Intrusionen können auch ausgelöst – ange-triggergt – werden durch Reize, die an die belastende Situation erinnern. Das kann zu Vermeidungsverhalten führen, und da fast jeder Reiz ein Trigger sein kann, kann leicht alles vermieden werden.

Im Wechsel mit Intrusionen werden Zustände von Konstriktion erlebt: Emotionslosigkeit als sei man betäubt, eine gewisse Stumpfheit, Lustlosigkeit, Freudlosigkeit, Anhedonie, eine Art innerer Lähmung. Im Zustand der Konstriktion erreicht einen fast gar nichts mehr.

Gesprächspsychotherapeutisch ausgedrückt: In Intrusionen wird erlebt, wie die Abwehr gegen die traumatische Erfahrung immer wieder zusammenbricht und sich die Erfahrung unkontrolliert und unverarbeitet Zugang zum Bewusstsein verschafft. Im Zustand der Konstriktion wird die Generalisierung der Abwehr, die Verschlussheit gegenüber der Gesamtheit der Erfahrung erlebt.

Die traumatische Erfahrung kann unter günstigen Bedingungen in einem Wechsel aus Intrusionen, Angetriggertsein, Alpträumen und Aussprechen (im Kontakt mit Vertrauenspersonen) einerseits und Konstriktionen, Abschalten, Ablenken und Wegdenken andererseits in vier bis acht Wochen „integriert“ sein. Die Person kann dann „... daran denken, ohne in einen Flash-back abzurutschen...“ sagen Reddemann und Sachsse (a. a. O. S. 117).

Als die wichtigsten Faktoren, die zu Störungen des Traumabewältigungsprozesses führen können, gelten:

1. Die Person findet niemanden, dem sie sich mitteilen kann, von dem sie in ihrer traumatischen Erfahrung und deren Konsequenzen vor allem für ihre Selbsterfahrung angenommen wird.
2. Die Person kann sich selbst in diesen Erfahrungen und Selbsterfahrungen nicht annehmen.
 - a) Die Person zweifelt an ihrer Wahrnehmung: Habe ich mir das nur eingebildet oder war das wirklich so?
 - b) Die Erfahrung wird als völlig unvereinbar mit der Selbst- und Weltsicht erlebt, z. B. mit einer narzisstischen Größen- oder Unverletzbarkeitsvorstellung, oder die Erfahrung schlägt in eine „depressive Kerbe“: „Ich ziehe das Unglück an.“ Das ist übrigens auch eine Größenvorstellung.
 - c) Die Person gibt sich selbst die Schuld und schämt sich.

Gesprächspsychotherapeuten sagen: Unter der Voraussetzung, dass die Bedingungen für die Integration von Erfahrung in das Selbstkonzept vorliegen, d. h. dass es der traumatisierten Person gelingt, Menschen zu finden, die sie in diesen Erfahrungen empathisch und unbedingt und kongruent positiv beachten, kann sich die akute Inkongruenz zurückbilden. Die Selbsterfahrung in der traumatisierenden Situation wird nach und nach vollständig symbolisiert und in das Selbstkonzept integriert.

Es ist an dieser Stelle daran zu erinnern: Die vollständig zu symbolisierende Selbsterfahrung ist ein u. U. tödliches Erschrecken angesichts der Erfahrung von totaler Ohnmacht und Hilflosigkeit bei voll aktivierter Kampf- und Fluchtbereitschaft in einer Situation, die auf diese Weise organismisch als extrem bedrohlich bewertet wird.

Auch in der Erfahrung der akuten Inkongruenz: der Erfahrung der Bedrohung nicht nur des physischen Lebens sondern auch der Bedrohung des Selbstkonzepts bzw. der Selbstachtung, und in der Erfahrung der Abwehr – vor allem wenn sie darin besteht, dass die Schuld bei sich selbst gesucht wird – muss eine Person empathisch und unbedingt und kongruent von einer anderen Person verstanden werden, wenn aus der traumatischen Erfahrung eine in das Selbstkonzept integrierte werden soll.

2.4. Wie sieht die Erfahrungswelt in der posttraumatischen Belastungsstörung aus?

Diese Mischung aus:

- der nach Integration drängenden und sich in Intrusionen immer wieder zeigenden traumatischen Erfahrung
- der Erfahrung der Bedrohung des Selbstkonzepts und der Selbstachtung durch die traumatische Selbsterfahrung
- der Erfahrung der Abwehr der traumatischen Erfahrung und auch
- der Abwehr der Erfahrung der Inkongruenz

kann sich zur so genannten posttraumatischen Belastungsstörung entwickeln, die dem Trauma mit einer Latenz von Wochen bis Monaten, jedoch selten nach mehr als sechs Monaten folgt.

Sie besteht in der Fortdauer des wiederholten Nacherlebens des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen oder Flash-backs), Träumen oder Alpträumen vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein oder emotionaler Stumpfheit (Gleichgültigkeit, Teilnahmslosigkeit, Anhedonie), Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen, und Furcht vor und Vermeidung von Stichworten, die an das Trauma erinnern könnten. Bei einer plötzlichen Erinnerung an oder Wiederholung des Traumas oder der ursprünglichen Reaktion darauf kann es zu Ausbrüchen von Angst, Panik und/oder Aggression kommen.

Gewöhnlich besteht ein Zustand vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, übermäßiger Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit. Angst und Depression und Suizidgedanken, sowie Drogeneinnahmen und übermäßiger Alkoholkonsum sind oft zu beobachten (vgl. Weltgesundheitsorganisation 1991, 157 f).

Gesprächspsychotherapeutisch formuliert: In der posttraumatischen Belastungsstörung ist die traumatische Erfahrung zu einem Feind geworden, der die Abwehr immer wieder durchbricht, sich in Intrusionen in Erinnerung bringt und Kampf- und Fluchtreaktionen auslöst. Das Erleben der chronifizierten Inkongruenz – ein andauerndes Gefühls von Betäubtsein oder emotionaler Stumpfheit (Gleichgültigkeit, Teilnahmslosigkeit, Anhedonie) bei vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, übermäßiger Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit und dem Vermeiden von Aktivitäten und Situationen, auch Stichworten, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten – wird durch Anfälle von akuter Inkongruenz unterbrochen, in denen Angst, Panik und/oder Aggression und Depression bis zu Suizidgedanken erlebt werden.

Diese Störung kann einen über Jahre chronischen Verlauf nehmen und auch in eine andauernde Persönlichkeitsveränderung münden. Dann erlebt die Person immer wieder Konfusion und Orientierungsverlust. Es kommt nicht zur Integration der traumatisierenden und ähnlicher Erfahrungen, sondern immer wieder zu Intrusionen, in denen Affektüberflutung erlebt wird. Panikattacken, „hysterisches“ Verhalten, Kontrollverlust, bevorzugt aggressiver Art, und vor allem Angst davor werden immer wieder erlebt. Das Vermeidungsverhalten, das vor Triggerreizen schützen soll, kann extrem werden und z. B. zu Medikamenten- und Drogenabusus entarten. Es können sich aber auch persistierende Bilder entwickeln und Hypermniesien, das ist eine außergewöhnliche Verstärkung der Erinnerung an Einzelheiten.

Es gibt heute Hinweise darauf, dass in der Folge einer Traumatisierung das körperliche Stressverarbeitungssystem alteriert sein kann. Dann kann das normale Körpererleben nicht wieder aufgenommen werden. Die Schwelle für Triggerreize bleibt herabgesetzt. Bei jeder

Art von Stress kommt es schnell zu Übererregung, und die Rückregulation ist erschwert. Menschen mit dieser Störung sind dünnhäutig, reizbar, schnell übererregt, und zwar somatisch bedingt. Es wird angenommen, dass so wie die ursprüngliche traumatisierende Selbsterfahrung zunächst eine vor allem körperliche ist, die erst später und u. U. niemals verbal symbolisiert wird, bei einem durch ein Trauma dauernd veränderten Stressverarbeitungssystem die durch Triggerreize angestoßenen Flash-backs nicht bis ins Sprachzentrum weitergeleitet werden und damit sprachlich nicht erreichbar sind. So kommt es zu phobischen oder zwanghaften Entwicklungen, deren Grundlage die Vermeidung von Triggerreizen ist, und zu Somatisierungsstörungen, die als Körper-Flash-backs zu verstehen sind.

Bei der Beschreibung und Behandlung von chronifizierten posttraumatischen Störungen und besonders von Persönlichkeitsstörungen, die als perpetuierte posttraumatische Störungen anzusehen sind, hat immer schon – d. h. auch schon lange bevor eine hirnhypophysen bedingte Veränderung des Stresserlebens durch Psychotrauma diskutiert wurde – das Phänomen der Dissoziation eine große Rolle gespielt. Dissoziation gilt als die vorherrschende Abwehr und vor allem als der vermutlich zentrale Coping-Mechanismus bei Psychotrauma und soll deshalb an dieser Stelle noch einmal extra behandelt werden.

Dissoziation wird z. B. durch Wilson im Lexikon der Psychologie (Arnold et al. 1980, S. 383) definiert als ein „Prozess, durch den bestimmte Gedanken, Einstellungen oder andere psychologische Aktivitäten ihre normale Relation zu anderen bzw. zur übrigen Persönlichkeit verlieren, sich absplitten und mehr oder minder unabhängig funktionieren. So können logisch unvereinbare Gedanken, Gefühle und Einstellungen nebeneinander beibehalten ... werden.“ Dies gilt nicht nur für logisch, sondern auch für emotional unvereinbare Erfahrungen. Dissoziation ist der Versuch der Wahrnehmungszerstörung oder zumindest Wahrnehmungsveränderung“ (Sachsse 1996(a) zit. in (Reddemann/Sachsse a. a. O., 118).

Zwei Formen der Dissoziation, die induzierte Derealisation und die induzierte Depersonalisation werden besonders oft im Umgang mit traumatisierten Personen beobachtet. Viele körperlich Misshandelte z. B., vor allem die, die wiederholten und/oder fortgesetzten traumatischen Erfahrungen ausgesetzt sind, entwickeln die Fähigkeit, aus ihrem Körpererleben auszusteigen, neben sich zu stehen, die Szene von oben oder außen zu betrachten und so wenig wie möglich zu durchleben. Sie verlassen die unerträgliche Realität aktiv. Sie wehren damit einen Teil ihrer Selbsterfahrungen – nämlich vor allem den affektiven – ab bzw. symbolisieren ihre Selbsterfahrungen nur zum Teil. Wie alle Abwehrmanöver und die aus ihnen resultierenden Symptombildungen können auch die Derealisation und die Depersonalisation generalisieren. Der Verlust des selbstbestimmten Zugangs zur bzw. der Kontrolle über die eigene emotionale Erfahrung ist eines der Hauptkennzeichen der Persönlichkeitsstörungen, die als chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung zu verstehen sind.

Auch selbstverletzendes Verhalten – das nicht der Selbstkontrolle unterliegt und oft für das zentrale Merkmal z. B. der Borderline-Persönlichkeitsstörung gehalten wird – spielt sich im Zusammenhang mit Dissoziation ab. Selbstverletzendes Verhalten gilt nach allem, was beobachtet worden ist und wird, als das beste Mittel, um „Zustände“, „Druck“, also Übererregung (hyperarousal), Intrusionen, Flash-backs, Depersonalisations- und Derealisationen zu beenden, als das beste bekannte Antidissoziativum, allen Medikamenten deutlich überlegen (vgl. Sachsse, 1987, 1997; Sachsse et al. 1997a). „15 bis 30 Sekunden nach einem Hautschnitt ist der Kopf wieder klar, der Körper ist lebendig, die Körpergrenzen sind spürbar, die Gefühle sind konturiert, und „der Druck ist raus“. Das macht diese Symptomatik für viele Patienten so schwer entbehrlich und damit so schwer behandelbar“ (Reddemann/Sachsse a.a.O. 118).

Wie gesagt können viele Symptombildungen der schweren Persönlichkeitsstörungen, insbesondere die der Borderline-Persönlichkeitsstörung, als anfangs sinnvolle, mit der Zeit aber dysfunktionale Coping-Strategien – vor allem im Sinne von Dissoziation – zur Bewältigung traumabedingter Störungen verstanden werden. Das gilt auch für die Abwehr durch Spaltung (in gut und böse), zu der die Verleugnung, die Idealisierung und Entwertung, die Projektion und die Projektive Identifikation gehören. „Sofern eine Realwahrnehmung mit den inneren guten Objekten unvereinbar ist, sind wir Menschen offenbar gezwungen, diese Wahrnehmung zu opfern“ (Reddemann/Sachsse a. a. O., 118). Spaltung gilt als versteinerte, erstarrte Dissoziation.

Im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts wird zwar nicht viel über Dissoziation gesprochen, aber in der Erklärung von Symptombildungen spielen dissoziative Phänomene eine große Rolle. Es wird angenommen, dass eine Erfahrung, die als mit dem Selbstkonzept unvereinbar und damit bedrohlich bewertet wird, nach Möglichkeit dem Bewusstsein ferngehalten wird, und zwar durch Wahrnehmungsveränderung. Die dem Selbstkonzept inkongruente Erfahrung wird verleugnet oder so verzerrt, dass sie doch als mit dem Selbstkonzept vereinbar erscheint. Eine Erfahrung kann auch in der Form verzerrt sein, dass sie nicht vollständig symbolisiert ist, also z. B. nur als Körpersensation oder Gedanke ohne das zu ihr gehörende Gefühl im Bewusstsein auftaucht. Auch das ist ein dissoziatives Phänomen.

Anders als die Objektbeziehungstheoretiker nehmen Gesprächspsychotherapeuten an: Wir „opfern“ nicht die Wahrnehmung von Erfahrungen, die mit unseren guten Objektrepräsentanzen nicht zu vereinbaren sind, sondern wir können keine Selbsterfahrungen machen, in denen wir nicht, als wir sie das erste Mal in einer entsprechenden Situation hätten machen können, von einer kongruenten anderen Person empathisch verstanden und unbedingt wertgeschätzt worden sind. Weil Erfahrungen bei ihrem ersten Auftreten

nur unter der Bedingung in das Selbstkonzept integriert werden können, dass sie von einer anderen Person empathisch verstanden werden und wir in ihr unbedingt positiv beachtet werden, können in das Selbstkonzept nur Erfahrungen mit einem „guten Objekt“ integriert werden. Erfahrungen mit einem „nicht guten Objekt“ werden nicht in das Selbstkonzept integriert. Wenn sie sich später wiederholen, werden sie als Bedrohung für das Selbstkonzept entweder gar nicht gemacht, ganz verleugnet oder so verzerrt, dass sie nicht mehr nach Erfahrungen mit einem nicht verstehenden und nicht unbedingt wertschätzenden Anderen aussehen.

3. Prinzipien der Behandlung von Psychotrauma

3.1 Schulübergreifende Prinzipien der Behandlung von Psychotrauma

Bezüglich der Behandlung von Psychotrauma gilt Schulen übergreifend: Das Ziel der psychotherapeutischen Behandlung von Psychotrauma ist die Aufhebung der Dissoziation: Wo Intrusionen sind, sollen Erinnerungen werden.

Zum einen geht es darum, dass die eine einzelne traumatische Erfahrung ausmachenden Gedanken, Bilder, Worte, Affekte und Körpersensationen ganzheitlich zusammengeführt werden.

Gesprächspsychotherapeutisch formuliert: Es geht darum, dass die traumatische Erfahrung als Selbsterfahrung vollständig symbolisiert werden kann. Nur dann kann sie in das Selbstkonzept integriert werden und bedeutet ihr Wiederauftauchen im Bewusstsein nicht mehr eine Bedrohung für das Selbstkonzept.

Zum anderen geht es in der Therapie von Psychotrauma darum, den Erfahrungskontext (so nennen das z. B. die Tiefenpsychologen) bzw. das Selbstkonzept so zu erweitern, dass nicht nur diese einzelne traumatische Erfahrung in das Selbstkonzept integriert werden kann. Je mehr auch traumatische Erfahrung in das Selbstkonzept integriert worden ist, um so weniger kann das Auftauchen einer spezifischen traumatisierenden Erfahrung oder von Teilen von ihr im Bewusstsein den Erlebensprozess unterbrechen, bzw. die dissoziative Abwehr in Gang setzen.

Gesprächspsychotherapeutisch formuliert: Das drohende Auftauchen der traumatischen Erfahrung im Bewusstsein kann die Person um so weniger in einen Zustand akuter Inkongruenz versetzen, je mehr Erfahrung – die immer zugleich eine Erfahrung des verstanden und unbedingt positiv beachtet worden Seins ist – sie in ihr Selbstkonzept hat integrieren können. Das generelle Ziel der Therapie nach Psychotrauma ist es, dass jedes Ereignis, das die Patientinnen und Patienten in ihrem Lebens erfahren oder erlebt haben, emotionsgetragen erinnert werden kann. Es geht um die Aufhebung der Notwendigkeit der Dissoziation in all ihren Formen bzw. um die Aufhebung der chronischen Inkongruenz in den vielen Formen, in denen sie erlebt wird.

3.2. Es ist von einer traumatogenen Pathologie auszugehen

Die Psychoanalytiker und Tiefenpsychologen, die traumatisierte Patienten behandeln, betonen, dass diese Patienten nicht aus einer konfliktpsychologischen und auch nicht aus einer entwicklungspsychologischen Perspektive zu betrachten seien. Vielmehr sei im Umgang mit ihnen keine andere als eine traumatogene Pathologie anzunehmen.

Es sei eine therapeutische Beziehung anzustreben, in der sich der Patient und der Therapeut gemeinsam um das tatsächlich bzw. in Wirklichkeit – und nicht etwa nur in der Phantasie – traumatisierte Wesen im Patienten bemühen, vor allem wenn es sich um ein traumatisiertes Kind handle.

Die eigenen Möglichkeiten und Ressourcen der Patientinnen und Patienten seien anzuregen und zu unterstützen. Auch eine schwerst verletzte Patientin verfüge über sämtliche Selbstheilungskräfte. Intrusionen seien Reaktivierungen von Erfahrungen, die nach Erledigung drängten, Spaltung, Dissoziation und Imagination die zentralen Coping-Strategien traumatisierter Menschen und damit Ressourcen.

In der Behandlung von Psychotrauma gehe es nicht um „Abreaktion“ oder „Katharsis“, sondern um „Traumasynthese“ (Huber 1995) und die anschließende Integration des Erlebten in den eigenen Erfahrungskontext. So sei es wichtig, sich klarzumachen, dass bei einer Reaktivierung des Traumas durch Traumaexpositionstechniken die Affekte und Empfindungen oft heftiger sind als in der traumatischen Situation selbst, in der (bzw. im Anschluss an die) – sinnvollerweise – dissoziiert wurde. Es gilt heute als Kunstfehler, etwa bei einer Anamneseerhebung oder bei einem Kurztermin Erinnerungen an Traumata aufspüren zu wollen, detektivisch zu erfragen oder engagiert involviert zu vertiefen. Traumaexposition erfordere eine fundierte Vorbereitung und einen klaren Rahmen.

Wenn es um die Behandlung von Psychotrauma geht, vertreten also auch die Psychoanalytiker und Tiefenpsychologen gesprächspsychotherapeutische Positionen: Das Ziel der Therapie ist es, durch die Integration der bislang dissoziierten Erfahrung das Selbstkonzept weiterzuentwickeln. Es ist von Selbstheilungstendenzen auszugehen, einem eigenen Potential zur selbstorganisierten Entwicklung in eine positive Richtung. Im Rahmen der Gesprächspsychotherapie heißt das: Aktualisierungstendenz. Und es ist eher nondirektiv vorzugehen.

3.3. In der Behandlung von Psychotrauma werden drei Behandlungsphasen unterschieden

Alle traumasynthetisch arbeitenden Therapeutinnen und Therapeuten seit Pierre Janet (1889) unterteilen die Behandlung in drei Phasen:

- eine anfängliche Stabilisierungsphase
- eine Traumaexpositionsphase

- und eine Phase des Trauerns, der Sinnfindung und Reintegration der Persönlichkeit.

a) Die Stabilisierungsphase beinhaltet die Etablierung der therapeutischen Beziehung. Die therapeutische Beziehung, gekennzeichnet durch Verständnis, Akzeptanz, Sympathie, Kooperation, mitmenschliche Wärme, Förderung der emotionalen Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit oder Anpasstheit an die soziale Wirklichkeit des Patienten gilt heute schulenübergreifend als ein wichtiger, wenn nicht gar als der zentrale Wirkfaktor jeder Psychotherapie.

b) Es wird an die eigenen Möglichkeiten und Ressourcen der Patientin angeknüpft. Vor dem Beginn mit der Traumaexposition müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Die Patientinnen müssen z. B. grundlegende stabilisierende Imaginationsleistungen – die Vorstellung eines sicheren inneren Ortes, guter innerer Helfer, eines sicheren Tresors zum Wegpacken von traumatischen Erinnerungen – erbringen können.

c) Die Patienten werden von Anfang an nach innen verwiesen, auf ihre eigenen Erfahrungen. Wenn sie z. B. über nur gute und nur schlechte Personen oder nur schöne und nur traumatische Lebensbedingungen sprechen, werden sie darauf hingewiesen, dass in realen zwischenmenschlichen Beziehungen andere Erfahrungen gemacht werden.

d) Die Stabilisierungsphase gilt nicht nur als Vorbereitung auf die Traumaexposition als sinnvoll und notwendig. Für viele Patientinnen beschränkt sich die Behandlung auf die Stabilisierung. Selbst in auf die Behandlung von Psychotrauma spezialisierten Kliniken werden nur bei 40 Prozent der Patientinnen Traumaexpositionen durchgeführt.

Mit den Traumasynthesen ist eine Therapie noch nicht abgeschlossen. Es bedarf danach noch einer meist mehrjährigen Neuorientierung.

Die umfassenden verhaltenstherapeutischen Konzepte der Behandlung von Psychotrauma sehen nicht wesentlich anders aus. In ihrer Darstellung werden die Techniken der Traumaexposition und ihre „Verträglichkeit“ in den Vordergrund gestellt.

Ich denke, es ist deutlich geworden, dass in den Überlegungen über eine angemessene Behandlung traumatisierter Menschen die wesentlichen Aussagen des Klientenzentrierten Konzepts, die aber fast nie als solche erwähnt werden, eine Renaissance erleben.

3.4 Die traumatogene Psychopathologie im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts

Bedeutet das nun schon wieder, dass Gesprächspsychotherapeuten alle ihre Klienten gleich behandeln, und zwar so, als wären sie alle

Traumatisierte? In gewisser Weise ist das so. Wir gehen bei allen Klienten von einer traumatogenen Pathologie insofern aus, als wir annehmen, dass sie auf dem Grunde ihrer Symptomatik an Inkongruenz leiden, mit Erfahrungen zu tun haben, die sie als bedrohlich erleben, die sie nicht in ihr Selbstkonzept integrieren können bzw. die ihr Selbstkonzept bedrohen.

Das Spezifische an der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung von Psychotrauma ergibt sich aus dem Inhalt und der Abwehr der Erfahrungen, die als traumatisierend gelten.

Die Selbsterfahrung in der traumatisierenden Situation ist das u.U. tödliche Erschrecken angesichts der Sinnlosigkeit der körperlich bereits aktivierten Kampf- und Fluchtbereitschaft in einer Situation der totalen Macht- und Hilflosigkeit.

Die Erfahrung, total ohnmächtig und hilflos zu sein, nichts bewirken zu können, ist mit den Erfahrungen, die in das Selbstkonzept integriert worden sind, nicht kongruent. Mit allen Erfahrungen, die in das Selbstkonzept integriert werden konnten, hat die Person zumindest auch empathisches Verstehen und unbedingte Wertschätzung auslösen können.

Dieser extremen Inkongruenz entsprechend bedrohlich für das Selbstkonzept ist die traumatisierende Erfahrung und entsprechend radikal die Abwehr.

Wenn in der posttraumatischen Zeit Intrusionen und Konstriktion erlebt werden, werden abwechselnd das Versagen und die Generalisierung dieser Abwehr erlebt.

Der Kern der traumatischen Erfahrung, die totale Macht- und Hilflosigkeit, wird auch in den Intrusionen meistens nicht klar und vollständig bewusst erlebt. Es kommt zu Ausbrüchen von Angst, Panik und Aggression, es tauchen Bilder auf und Körpersensationen, die etwas mit Kampf- und Flucht zu tun haben. Aber die Erfahrung von Macht- und Hilflosigkeit wird an anderer Stelle erlebt. Die traumatisierten Patienten erleben sich als ohnmächtig und hilflos gegenüber ihrem Erleben, über das sie keine Kontrolle haben, gegenüber dem Auftauchen der Bilder, der Wut, den Gefühlen von Sinnlosigkeit. Oder sie verleugnen und verzerren ihre Macht- und Hilflosigkeit, indem sie z. B. ihre Suizidalität als wiedergewonnene Freiheit oder Unabhängigkeit erleben – womit wir Therapeuten in die Position der Hilflosen kommen – oder indem sie einen Abusus betreiben – womit sie uns ebenfalls in ihr Erleben von Machtlosigkeit und damit Sinnlosigkeit hineinziehen.

Es geht in der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung von Psychotrauma letztendlich darum, diese Erfahrungen der Ohnmacht und Hilflosigkeit im Erleben des Patienten aufzuspüren, um mit dem Patienten zusammen zu verstehen, dass sie der Erfahrung einer Situation entsprechen und nicht ihrer Person, dass sie sich für diese Erfahrung weder rechtfertigen noch gar entschuldigen müssen. Das einzig positive am Wiederauftauchen der schrecklichen und unerträglichen Erfahrung von Ohnmacht und Hilflosigkeit ist, dass auch mit ihr die Möglichkeit verbunden ist, von einem anderen Menschen positiv beachtet zu werden.

Literatur

- Arnold, W./Eysenck, H.J./Meili, R. (1980), Lexikon der Psychologie, Bd I. Freiburg, Basel, Wien (Herder)
- Flatten G. (2001), Posttraumatische Belastungsstörung: Leitlinie und Quellentext; Leitlinien-Entwicklung der Fachvertreter für psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Abstimmung mit den AWMF-Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM), Stuttgart (Schattauer)
- Huber, M. (1995), Multiple Persönlichkeit. Überlebende extremer Gewalt, Frankfurt (S. Fischer)
- Reddemann, L./Sachsse, U. (1997), Stabilisierung. Traumazentrierte Psychotherapie, Teil 1. Persönlichkeitsstörungen, in: Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie 3, 113–147
- Sachsse, U. (1987), Selbstschädigung als Selbstfürsorge. Zur intrapersonalen und interpersonellen Psychodynamik schwerer Selbstbeschädigungen der Haut, in: Forum Psychoanalyse 3, 51–70
- Sachsse, U. (1994), Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik – Psychotherapie. Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung, Göttingen (Vandenhoeck und Ruprecht) 1997
- Sachsse, U. (1996), Patienten: Opfer oder Täter? Störungen und Zerstörungen der eigenen Wahrnehmung als Autoprotektion und Autoaggression, in: Bell, K., Höhlfeld, K. (Hg.), Aggression und seelische Krankheit. Gießen (Psychosozial), 259–269
- Sachsse, U./Eßlinger, K./Schilling, L. (1997), Vom Kindheitstrauma zur schweren Persönlichkeitsstörung, in: Fundamenta Psychiatrica 11, 12–20
- Van der Kolk, B.A. (1997), Das schwarze Loch des Traumas. Zum posttraumatischen Syndrom (PTSD). Vortrag auf dem Intern. Symposium „Adoleszenz und Trauma“. Tiefenbrunn bei Göttingen. Zitiert nach Reddemann u. Sachsse (1997)
- Weltgesundheitsorganisation (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Bern (Hans Huber)

Autorin

Eva-Maria Biermann-Ratjen, 1939, Dipl.-Psych., Gesprächspsychotherapeutin und Ausbilderin für Gesprächspsychotherapie. Bis 1999 Dozentin an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Korrespondenzadresse

*Eva-Maria Biermann-Ratjen
Loehrsweg 1
D- 20249 Hamburg
E-Mail: Biermann-Ratjen@web.de*

Anette Schmoeckel

„Unter falscher Flagge segeln“?

Zur Situation der Gesprächspsychotherapie in Deutschland im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung

Zusammenfassung: *In Deutschland haben personenzentriert orientierte Psychotherapeuten im ambulanten kassenärztlichen Versorgungssystem keine Möglichkeit explizit Gesprächspsychotherapien durchzuführen. Der Artikel skizziert die formalen und rechtlichen Bedingungen psychotherapeutischen Arbeitens als niedergelassene Therapeutin innerhalb des deutschen kassenärztlichen Versorgungssystems. Die Autorin beschreibt aus subjektiver Sicht die Konsequenzen dieser Situation für die therapeutische Identität als Gesprächspsychotherapeutin. Weiter wird geschildert wie der personenzentrierte Ansatz gleichwohl ganz wesentlich die konkrete therapeutische Arbeit von Gesprächspsychotherapeuten beeinflusst, auch unter den Einschränkungen des kassenärztlichen Systems in der ambulanten Versorgung. Der personenzentrierte Ansatz hat auf hohem Abstraktionsniveau die grundlegenden Prinzipien der Gestaltung der therapeutischen Beziehung herausgearbeitet als Grundlage für persönliche Entwicklung und Wachstum. Illustriert wird die Umsetzung dieser grundlegenden Prinzipien unter den formalen Bedingungen einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie.*

Schlüsselwörter: *Ambulante Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gesprächspsychotherapie*

Résumé: *« Naviguer sous un faux pavillon » ? De la situation de la psychothérapie centrée sur la personne en Allemagne dans le cadre des soins médicaux pris en charge par les caisses. En Allemagne, les psychothérapeutes orientés vers l'approche centrée sur la personne n'ont pas de possibilité de réaliser explicitement des psychothérapies centrées sur la personne dans le cadre du système de soins ambulatoires pris en charge par les caisses maladie. L'article esquisse les conditions formelles et légales du travail psychothérapeutique en tant que thérapeute établi dans le système allemand des soins pris en charge par les caisses. L'auteure décrit, d'un point de vue subjectif, les conséquences de cette situation sur l'identité thérapeutique en tant que psychothérapeute centrée sur la personne. Elle analyse de plus comment l'approche centrée sur la personne influence pourtant de manière tout à fait considérable le travail thérapeutique concret des psychothérapeutes centrés sur la personne, même avec les limitations du système des soins ambulatoires pris en charge par les caisses maladies. L'approche centrée sur la personne a élaboré à un haut niveau d'abstraction les principes de base de l'organisation de la relation thérapeutique comme base du développement et de la croissance personnels. La mise en pratique de ces principes de base est illustrée dans les conditions formelles d'une psychothérapie fondée sur la psychologie des profondeurs.*

Mots-clés: *Psychothérapie ambulatoire, psychothérapie fondée sur la psychologie des profondeurs, psychothérapie centrée sur la personne.*

Abstract: *“Sailing under false colours”? About the situation of person-centered psychotherapy in Germany in the framework of the health insurance system. In Germany person-centred therapists are not allowed to practise person-centred psychotherapy explicitly in the framework of the health insurance system. In this article the author sketches the formal and legal conditions of therapeutic work for a set-up psychotherapist within the framework of the German health insurance system. From her personal point of view she describes the consequences of this situation to her therapeutic identity as a person-centred therapist. Furthermore she reflects how the person-centred approach essentially influences the concrete therapeutic work of person-centred therapists even within the restrictions laid out by the health insurance system for outpatient psychotherapy in Germany. On a high level of abstraction the person-centred approach has worked out the basic principles of creating the relationship between therapist and client, which will lead to progress in personal development and growth. The author illustrates the realization of these principles within the framework of psychodynamic psychotherapy.*

Keywords: *outpatient psychotherapy, psychodynamic psychotherapy, person-centred psychotherapy*

Ich möchte an dieser Stelle einen Einblick in die Bedingungen vermitteln, die Gesprächstherapeuten¹ im Rahmen der kassenärztlichen psychotherapeutischen Versorgung in der BRD vorfinden. Dieser Einblick soll erlebte Erfahrungen wiedergeben, ist subjektiv und kann nicht mehr, als stellvertretend diejenigen Fragestellungen wiedergeben, mit denen wir als Gesprächspsychotherapeutinnen unter den gegebenen strukturellen Rahmenbedingungen im Alltag einer psychotherapeutischen Kassenpraxis konfrontiert sind.

Durch die Tatsache, in einer Praxisgemeinschaft mit 2 Kolleginnen arbeiten zu können, ergeben sich vielfältige Möglichkeiten des kollegialen Austausches und der Supervision.

Ich gebe damit die Ergebnisse gemeinsamer Gespräche wieder und werde aus diesem Grunde unter „wir“ meine Kolleginnen Dipl.-Psych. Andrea Domnick und Dipl.-Psych. Elke Nölle mit einbeziehen.

Die Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zwingen uns dazu, Richtlinienpsychotherapie durchzuführen. Das in unserer Praxisgemeinschaft vertretene Richtlinienverfahren ist die so genannte tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Dies erleben wir als fortwährende Konfliktlage, die uns immer wieder vor Probleme stellt und neue Lösungen erfordert.

Wir sehen unsere Eindrücke durch die Aussagen vieler Kolleginnen und Kollegen, mit denen wir im Kontakt stehen, bestätigt. Es bleibt unserer Ansicht nach bis jetzt eine Herausforderung, im Rahmen des sehr reglementierten kassenärztlichen Systems der BRD eine Identität als Personenzentrierte Psychotherapeutinnen zu bewahren.

Der äußere Rahmen

Psychotherapie im Rahmen der Leistungspflicht der Krankenkassen wird in der BRD durch die Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen geregelt.

Die Psychotherapie-Richtlinien schreiben im Sinne der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit eine Begrenzung des Leistungsumfanges der Krankenkassen für psychotherapeutische Leistungen vor. Aus diesen Gründen wird ein Gutachterverfahren festgeschrieben, das einer psychotherapeutischen Behandlung vorgeschaltet ist. Konkret bedeutet dies, dass jede Psychotherapieleistung bei den gesetzlichen und den meisten privaten Krankenkassen als Kostenträger der Behandlung beantragt werden muss. Hierzu wird nach Ablauf von 5 bzw. 8 (bei Psychoanalysen) probatorischen Sitzungen vom Therapeuten ein Bericht gefordert, in dem er ausführlich Stellung nehmen soll nicht nur zu Symptomatik, Befund und Diagnose, sondern auch zur lebensgeschichtlichen Entwicklung des Klienten und daraus entwickelten Überlegungen zur Psychogenese, dem

Therapieplan und der Prognose. Ein von der Krankenkasse beauftragter Gutachter entscheidet an Hand dieses Berichtes, ob die beantragte Psychotherapie als zweckmäßig und wirtschaftlich empfohlen werden kann. Diese Berichtspflicht gilt ebenfalls für eventuell notwendige Verlängerungen von Therapien nach bestimmten Therapieabschnitten.

Die Psychotherapie-Richtlinien lassen in der BRD drei psychotherapeutische Verfahren für die kassenärztliche Versorgung zu, dies sind die Psychoanalyse, die Verhaltenstherapie und die so genannte tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Die Gesprächspsychotherapie (GPT) war nie als Behandlungsverfahren in der Kassenleistung zugelassen und ist es zur Zeit ebenfalls nicht. Alle Bemühungen diesbezüglich blieben bisher erfolglos. Allerdings wurde im letzten Jahr durch den „Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie der Bundesärztekammer“ der GPT die wissenschaftliche Anerkennung bescheinigt, dies hat eine erneute Initiative zur sozialrechtlichen Zulassung der GPT ermöglicht (s. a. Finke 2002). Bisher jedoch bedeutet dies, dass in Deutschland keine Gesprächspsychotherapeutin zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen würde, es sei denn sie verfügte über die geforderte Qualifikation in einem durch die Richtlinien geforderten Verfahren und wendet nur dieses in ihren Behandlungen an.

Heißt dies, die Gesprächspsychotherapie spielt im Rahmen der kassenfinanzierten psychotherapeutischen Behandlungen keine Rolle? Wir meinen: JEIN.

Die formal-rechtliche Situation der in Deutschland niedergelassen arbeitenden Gesprächspsychotherapeuten hat sich in den letzten Jahren vielfach verändert, zuletzt ganz entscheidend durch das 1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz.

Vor diesem Zeitpunkt konnte der Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen durch die sog. Richtlinienpsychotherapie, bzw. durch Therapeuten, die eine Ausbildung in einem der zugelassenen Verfahren nachweisen konnten und für die kassenärztliche Versorgung zugelassen waren, bei weitem nicht gedeckt werden. Aus diesem Grunde ergaben sich für viele Behandlerinnen aus anderen Therapieverfahren, d. h. auch für Gesprächspsychotherapeutinnen, Möglichkeiten, im Rahmen der Kostenerstattung psychotherapeutische Leistungen mit Krankenkassen abzurechnen. Die rechtliche Grundlage dieser Möglichkeit war durch den §13 Abs. 3 des Sozialgesetzbuches V (SGB V) gegeben. In diesen Fällen musste durch einen Facharzt für Psychiatrie die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung bescheinigt werden. In manchen Regionen Deutschlands wurden vor 1999 mehr als 50 % der Psychotherapien über diesen Weg abgerechnet. Die auch in diesem Verfahren notwendigen Berichte an die Gutachter der Krankenkassen zur Antragstellung mussten jedoch auf dem Hintergrund verhaltenstherapeutischer bzw. tiefenpsychologischer Theorie verfasst werden.

Eine einzige Krankenkasse (Techniker Krankenkasse) ließ im Rahmen der Kostenerstattung die Möglichkeit der Anwendung

1 Um Doppelformulierungen zu vermeiden verwende ich die weibliche und die männliche Formulierung wechselweise

anderer als Richtlinienverfahren zur Behandlung zu. Dies eröffnete für Gesprächstherapeuten die Möglichkeit, in den Antragsberichten psychogenetische Überlegungen und Therapieplan auf der Grundlage personenzentrierter Theorie zu beschreiben und auf entsprechend versierte Gutachter zu hoffen, sowie die Therapien auch entsprechend zu gestalten.

In diese berufsrechtlich, aber auch hinsichtlich der angewendeten Therapieverfahren unklare Situation sollte das 1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz (PTG) Klarheit bringen. Das PTG eröffnete den Psychologen unter den nichtärztlichen Psychotherapeuten, die den überwiegenden Anteil der praktizierenden Gesprächspsychotherapeuten bis dahin darstellten, die Möglichkeit eines Einstiegs in das kassenärztliche Versorgungssystem. Im Rahmen von Übergangsrichtlinien sollten für Therapeutinnen, die bereits langjährig im Rahmen der Kostenerstattung Kassenpatienten behandelt hatten, Möglichkeiten geschaffen werden, eine Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung zu erlangen. Dazu wurde jedoch eine umfangreiche Nachqualifikation in einem der Richtlinienverfahren gefordert (je nach Voraussetzungen 140 bis 280 Stunden theoretischer Ausbildung plus 500 dokumentierter Behandlungsstunden unter Supervision im Verhältnis 1:4).

Für den Großteil der Gesprächspsychotherapeutinnen, insbesondere den nicht-ärztlichen Psychotherapeuten in der kassenfinanzierten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland hatte die Kostenerstattung eine Nische bedeutet, in der der Personenzentrierte Ansatz überleben konnte, vor allem die Regelung der Techniker Krankenkasse. Diese Regelung war bereits vor dem Inkrafttreten des PTG juristisch aufgehoben worden, und die Möglichkeit der Kostenerstattung in diesem Umfang sollte beendet werden. So waren auch viele Gesprächspsychotherapeuten, wie auch Psychotherapeuten anderer therapeutischer Ansätze, mehr oder weniger gezwungen, sich auf die Nachqualifikation in einem der Richtlinienverfahren einzulassen. Der – nicht nur als Kürzel verstandene – Begriff „Nachqual“, mit dem dieses Verfahren von vielen davon betroffenen Kollegen bezeichnet wurde, vermittelt, wie diese Situation subjektiv oft erlebt wurde: nicht nur als Gleichschaltung und Entwertung, sondern als Diktat eines „Kotaus vor dem System“ – wie eine Kollegin es damals formulierte.

Seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes existiert die Kostenerstattung mit den entsprechenden Freiräumen im Bereich Psychotherapie praktisch nicht mehr. Psychotherapie wird im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung nur noch als Richtlinientherapie genehmigt.

An dieser Stelle sei eine Anmerkung erlaubt: Im Vorfeld unserer Überlegungen zu diesem Bericht begannen wir darüber nachzudenken, inwiefern es u. U. juristische Aspekte zu bedenken gäbe, wenn man in aller Offenheit darstellt, wie personenzentrierte Prinzipien im Rahmen einer Richtlinientherapie berücksichtigt werden können. Schließlich unterschreiben wir mit jedem Formular bei der Beantragung einer kassenfinanzierten Psychotherapie die folgende

Formulierung: „Ich führe die beantragte Psychotherapie nach den jeweils geltenden Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung durch“. Die Tatsache dieser Formel im Antragsformular, aber auch die Tatsache unserer zunächst etwas besorgten Überlegungen verdeutlichen bereits die rigiden Grenzen dieses Systems und illustrieren die daraus folgende Verunsicherung der Betroffenen.

Bereits damit ist ein wichtiger Eckpunkt für die konflikträchtige Situation für Gesprächspsychotherapeuten in der kassenärztlichen Versorgung beschrieben.

Der innere Rahmen – die therapeutische Identität

In dieser Situation, spätestens mit dem Inkrafttreten des PTG, stellt sich für uns als personenzentriert orientierte Psychotherapeutinnen die Frage nach der therapeutischen Identität. Geht es um einen staatlich verordneten Identitätswechsel um der Sicherung der eigenen existentiellen Grundlage willen? Segeln wir unter falscher Flagge? Ist Integration möglich? Arbeiten wir jetzt „personenzentriert tiefenpsychologisch“?

Wie beschrieben, steht am Anfang einer jeden durch eine Krankenkasse finanzierten Psychotherapie ein Begutachtungsverfahren. Begutachtet wird formal die Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit eines Therapievorhabens. Über die zweifelhafte Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit dieses Begutachtungsverfahrens selbst ist andernorts ausführlich und engagiert geschrieben worden (z. B. Köhlke 2001; Bämayer 2002). Subjektiv erlebt wird dieses Verfahren von vielen Kolleginnen und Kollegen als sich wiederholende Überprüfung der eigenen therapeutischen Qualifikation und Qualität, mit der bedrohlichen Möglichkeit einer Ablehnung eines Therapievorhabens durch die Gutachter. Bämayer (2002) setzt diese Einschränkung der beruflichen Entscheidungsfreiheit der Psychotherapeuten mit Mobbing gleich und spricht von einer „Form der strukturellen Gewalt“.

So wird die Beziehungsaufnahme von Therapeutin und Klientin von Beginn an durch einen Bewertungsprozess überschattet, der sich an bestimmten Punkten der Therapie, immer dann wenn Verlängerungen notwendig werden und beantragt werden müssen, wiederholt.

Für uns als personenzentriert ausgerichtete Therapeutinnen bedeutet dies, bei jeder neu beginnenden oder zu verlängernden Behandlung in zweifacher Hinsicht unter Druck zu geraten. Nicht wir als behandelnde Therapeutinnen entscheiden letztlich über den Fortbestand der therapeutischen Beziehung, sondern dies obliegt dem Gutachter und der muss überzeugt werden auf der Grundlage tiefenpsychologischer (bzw. verhaltenstherapeutischer) Theorie. Dies bedeutet, dass die konflikthafte Spannung zwischen personenzentrierter Haltung und tiefenpsychologisch diagnostisch-beurteilendem Blick hier erheblich zunimmt, da das personenzentrierte

Denken der tiefenpsychologischen Hypothesenbildung oft inkompatibel gegenübersteht.

Diese permanenten Bewertungsbedingungen stellen eine immer wiederkehrende Anfechtung des eigenen therapeutischen Selbstverständnisses dar, letztlich vor allem deshalb, weil sich an solchen Punkten ständig neu die Konfliktsituation konstellierte, einerseits sich dem personenzentrierten Ansatz verpflichtet und hier beheimatet zu fühlen, andererseits jedoch richtlinientherapeutischem Vorgehen entsprechen zu müssen.

Dies stellt sich als spannungsreiche innere Konfliktsituation dar, denen personenzentrierte Psychotherapeuten im kassenärztlichen System ausgesetzt sind, was in einer in Abständen immer wieder neu zu bearbeitenden und zu klärenden Verunsicherung der eigenen therapeutischen Identität deutlich zu spüren und zu erfahren ist.

Unserem Eindruck nach finden sich viele ursprünglich personenzentriert arbeitende Kollegen und Kolleginnen mit einem schleichenden Wechsel der therapeutischen Identität in Richtung auf das gewählte Richtlinienverfahren ab. Sie übernehmen allmählich deren Konzepte und Sprachgebrauch auf behandlungspragmatischem Hintergrund. Unsere Befürchtung ist, dass gerade jüngere Kollegen dadurch der personenzentrierten „Therapeutengemeinde“ an die Richtlinienpsychotherapie verloren gehen.

Der therapeutische „Drahtseilakt“

Ich möchte im Folgenden versuchen, unsere persönlichen Erfahrungen mit den Auswirkungen, die diese Situation auf die konkrete therapeutische Arbeit haben kann, zu beschreiben. Dabei muss ich mich auf die „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ beschränken. Die Situation stellt sich für Kolleginnen, die die Verhaltenstherapie als Richtlinienverfahren gewählt haben, an manchen Punkten vermutlich anders dar.

„Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie umfasst ätiologisch orientierte Therapieformen, mit welchen die unbewusste Psychodynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt werden“ (Psychotherapie-Richtlinien 1998, B I.1.1.1 nach Wöller/Kruse 2002). Danach umfasst die breitere Konzeption der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (TP) „ein Spektrum von Therapieformen ..., die alle vom psychoanalytischen Standardverfahren abgeleitet sind und sich von ihm durch eine zeitliche Begrenzung, durch die Begrenzung der Regression, durch eine andersartige Handhabung der Übertragung – insbesondere durch den Verzicht auf die Förderung einer Übertragungsneurose – und durch den Einbezug kognitiver, suggestiver und störungsspezifischer therapeutischer Techniken unterscheiden“ (Wöller/Kruse 2002, 7).

Auf Grund dieser relativen methodischen Offenheit und einer mehr subjektiv empfundenen als grundlegend theoretisch reflektierten Nähe mit dem personenzentrierten Konzept (im Vergleich zur Verhaltenstherapie bzw. Psychoanalyse) erschien uns, als es darum ging, sich zu entscheiden für welches Verfahren wir die Zulassung beantragen wollten, TP als am ehesten mit GPT zu vereinbaren.

In der Praxis jedoch erweist sich bald, dass diese „Vereinbarkeit“ Grenzen hat, die des öfteren schmerzlich spürbar werden.

Die grundlegenden Unterschiede im Menschenbild beider Therapieansätze – sofern eine Reflektion darüber in den einschlägigen Übersichtswerken zur psychosomatischen Medizin, Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie überhaupt stattfindet – , ebenso die unterschiedlichen Herangehensweisen zur Diagnostik in der GPT und in den tiefenpsychologisch-analytischen Therapieformen, die oftmals wesentlich durch den medizinischen bzw. um Objektivierbarkeit bemühten Blickwinkel geprägt sind, werden andernorts diskutiert (vgl. Rudolf 1996; Keil und Stumm 2002) und sollen hier nicht wieder aufgerollt werden.

Betrachten wir weiter die Ebene unserer subjektiven Erfahrung der Einflüsse der durch die Richtlinien geprägten Situation.

Unser therapeutisches Tun und Denken unterliegt einer von uns als einschneidend erlebten Veränderung durch die von Medizin und tiefenpsychologischer Tradition geprägten Sprache.

Sprache konstruiert subjektiv erlebte Realität. Wir erleben die Begrifflichkeit der TP als vorwiegend am medizinischen Denken orientiert, sie schafft Distanz zur Person des Klienten und zu seinem Erleben. Der Zwang zur Darstellung eines Falles in der geforderten Sprachtradition der Psychoanalyse mit den entsprechenden am Pathologischen orientierten Begriffen, und zwar bereits zum Beginn der Beziehungsaufnahme, bleibt nicht ohne Einfluss auf das eigene Denken und das Bilden der inneren Konzepte über den anderen, der sich als Klient an uns wendet, über seine Erfahrungswelt und über unsere Beziehung zueinander.

Eine ICD-10-Diagnose (Weltgesundheitsorganisation 2000) muss gefunden werden, die eine „krankheitswertige Störung“ fest schreibt, damit überhaupt Behandlungsbedarf festgestellt werden darf. Andernfalls könnte der Gutachter den Eindruck gewinnen, wir wollten lediglich einen „unglücklichen oder unzufriedenen“ Menschen behandeln, der unter schwierigen Lebensumständen leidet, wie Hohage (2000, 2) humanistisch orientierten Psychotherapeuten unterstellt. Dies würde nicht unter den Leistungskatalog der Krankenkassen fallen, der ausnahmslos Maßnahmen zur Behandlung „krankheitswertiger Störungen“ umfasst. (Priv.-Doz. Dr. med. R. Hohage fungiert als Vertragsgutachter für Krankenkassen im Genehmigungsverfahren für psychotherapeutische Leistungen nach den Richtlinien.) Hohage bezweifelt die Aussagekraft einer am subjektiven Erleben orientierten Diagnostik. Damit zieht er gleichzeitig die qualifizierte Einschätzung einer „Störung“ eines zu behandelnden Klienten in Zweifel und stellt die Berechtigung zur Inanspruchnahme einer kassenfinanzierten Behandlung in Frage.

Dies illustriert die subtile Abwertung und Arroganz einiger analytisch ausgerichteter Gutachter, nicht nur einer am subjektiven Erleben ausgerichteten Sprache gegenüber, sondern gegenüber humanistisch orientierten Psychotherapeuten überhaupt in einem durch ein strukturell vorgegebenes Machtgefälle charakterisierten Raum. Damit müssen wir uns ebenfalls auseinandersetzen.

Die sensible Phase der Beziehungsaufnahme zu Beginn einer Therapie ist somit erheblich beeinträchtigt durch die Notwendigkeit der Übernahme eines diagnostisch-beurteilenden Blickwinkels mit der Einschätzung der im medizinischen Sinne „objektivierbaren“ Pathologie einer Person in einem eng begrenzten Zeitrahmen von fünf Sitzungen. Gedanken an psychodynamische Zusammenhänge auf tiefenpsychologisch-analytischer Theoriegrundlage, die Suche nach Hypothesen über den innerpsychischen Konflikt, der für die augenblickliche Situation und das Entstehen von Symptomen des Klienten zentral sein könnte, diagnostische Gesichtspunkte der Struktur und deren Integrationsniveau besetzen die eigene Kapazität während der ersten Therapiesitzungen mit den Klientinnen. Dies alles ist durchwirkt von sprachlichen Konzepten, die nicht nur innere Distanz erzeugen, sondern oftmals ein naturgemäß prozesshaftes Geschehen in Nominalisierungen festschreiben und fixieren. Dazu besteht die Notwendigkeit gezielter Fragen nicht nur bei der Erhebung der Anamnese, sondern während der gesamten probatorischen Phase, um die probenhalber gebildeten psychodynamischen Konfliktthesen zu validieren. Dies bedeutet im Einzelfall immer wieder eine Abwendung von der subjektiven Erfahrung der anderen Person und eine fortdauernde Irritation der personenzentrierten Orientierung. Ein freies und differenziertes Zuwenden zum Erfahrungshintergrund des Klienten ist unter diesen Bedingungen in der Initialphase einer Therapie manchmal nur eingeschränkt möglich.

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ist zielorientiert und durch eine inhaltliche Fokussierung charakterisiert. Zu Beginn einer Therapie soll das zentrale Konfliktthema herausgearbeitet werden, die therapeutischen Interventionen sollten sich im weiteren Verlauf an diesem zentralen Konfliktfokus orientieren und gegebenenfalls, wenn sich eine Therapie oder Therapiesitzung in eine andere Richtung entwickelt, den Klienten in Richtung auf den Fokus inhaltlich zurückdirigieren bzw. fokusorientierte Akzentsetzungen initiieren. Dieses Prinzip erleben wir als schwer vereinbar mit einer personenzentrierten Orientierung auf den Erfahrungs- und Entwicklungsprozess der Klientin, der sich in dem durch Empathie, Kongruenz und Wertschätzung charakterisierten therapeutischen Beziehungsangebot frei entfalten können soll.

Zentrale therapeutische Prinzipien und Techniken

Im folgenden möchte ich mich dem Aspekt des konkreten therapeutischen Handelns zuwenden. Auf der Suche danach, wie das eigentliche therapeutische Handeln oder wie spezifische therapeutische

„Techniken“ in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie umschrieben sind, muss man auf Veröffentlichungen zu manualgeleiteten analytischen Therapieformen (Clarkin/Yeomans/Kernberg 2001) zurückgreifen. Ich beziehe mich hier auf das von Wöller/Kruse (2002) veröffentlichte „Basisbuch“, das die grundlegenden Prinzipien tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie beschreiben will und dabei u. a. auch konkrete Interventionsmöglichkeiten beschreibt bzw. vorschlägt.

Die „Internalisierung einer positiven Beziehungserfahrung“ und „Einsicht in unbewusste Zusammenhänge“ sind nach den Autoren die zentralen Wirkfaktoren der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, wobei damit „affektive Einsicht, an der kognitive wie emotionale Faktoren beteiligt sind“, gemeint ist.

Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz (1995, 40) weisen darauf hin, dass von analytischer Seite „ganz ausdrücklich unbedingte Wertschätzung (stetige Verlässlichkeit: in immer der selben freundlichen Stimmung dasein, benignes Klima, Höflichkeit und Respekt) sowie Kongruenz (niemals unecht) gefordert“ wird, d. h. auch im tiefenpsychologischen Konzept kommt der Gestaltung der therapeutischen Beziehung eine hoch bedeutsame Rolle zu.

Es bleibt aber die Frage, was unter „Einsicht“ verstanden wird. Wöller und Kruse führen dies bedauerlicher Weise nicht weiter aus. Es bleibt also unklar, ob sie mit Einsicht etwas meinen, was personenzentriert etwa so formuliert wird: Der „... Klient erfährt vollständig im Gewahrsein Gefühle, die in der Vergangenheit der Gewährwerdung nicht zugänglich waren oder nur entstellt gewahr werden konnten. ... In der Folge treten immer weniger Wahrnehmungsverzerrungen auf, immer weniger Erfahrungen sind der Gewährwerdung vorenthalten ... Die Abwehr nimmt ab.“ (Rogers 1959a, 43)

Wöller und Kruse nennen als „analytische“ Interventionen die Klarifikation, Konfrontation und Deutung; dabei ist eine Deutung dann „reif“, wenn sie durch Klarifikation und Konfrontation ausreichend vorbereitet ist. Die Autoren halten es in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie für legitim, auf das „Änderungswissen (...) anderer Therapieschulen zurückzugreifen und von ihnen bewährte therapeutische Techniken zu adaptieren.“ Eine methodische Öffnung wird demnach definitiv zugelassen.

Höger (2000, 13) verweist auf den hohen Abstraktionsgrad des personenzentrierten Konzepts, dem die methodische oder „technische“ Umsetzung auf der Verhaltensebene in der Therapiesituation untergeordnet ist. „Wo immer die ... grundlegenden Konzepte der GPT als übergeordnete Gesichtspunkte das therapeutische Handeln leiten, handelt es sich um GPT. Die spezielle Art der vom Therapeuten im Einzelfall gewählten Verhaltensweisen ist demgegenüber sekundär.“

Biermann-Ratjen/Eckert/Schwartz (1995, 42) bezeichnen die im personenzentrierten Konzept formulierten Bedingungen für den therapeutischen Prozess als „Prüfkriterien“. Der „... Psychotherapeut kann sein konkretes Verhalten im Kontakt mit dem Klienten im Hinblick darauf überprüfen, ob z. B. eine Widerstands- oder Übertragungsdeutung, eine Konfrontation oder eine andere Form der

Verbalisierung eines emotionalen Erlebnisinhaltes eines Klienten wirklich sein unbedingt wertschätzendes empathisches Verstehen des Erlebens des Klienten zum Ausdruck bringt“.

Wöller und Kruse vertreten zwar ein Konzept tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, das sich für methodische Anleihen anderer Ansätze öffnet, eine „...psychodynamische Grundhaltung, die die Prozesse von Abwehr und Widerstand, von Übertragung und Gegenübertragung beachtet, sollte jedoch unter keinen Umständen zur Disposition stehen!“

Wir beobachten in unserer täglichen praktischen Arbeit Phänomene und Konstellationen, die, je nach theoretischem Blickwinkel, die Konzepte von Abwehr, Widerstand und Übertragung widerspiegeln. Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage nach der Unvereinbarkeit von Richtlinien- und personenzentrierter Orientierung, bzw., ob die Berücksichtigung dieser Aspekte zwangsläufig die Aufgabe des personenzentrierten Standpunktes erfordert.

Dies möchte ich im Folgenden an Beispielen weiter ausführen.

Übertragung und Gegenübertragung

Eine meiner Klientinnen teilt mir zu Beginn einer Therapiestunde mit, sie habe etwas in der vorigen Sitzung schon ansprechen wollen, sei aber dann „darüber hinweg gekommen“. Sie habe sich sehr kurzfristig für eine sehr reizvolle berufliche Umorientierung entschieden. (Dabei belebt sie sich sichtlich). Dies jedoch bedeute, sie müsse den Wohnort wechseln, d. h. die Therapie bei mir beenden und sich dort einen neuen Therapeuten suchen. (Jetzt ist ihr deutlich unbehaglich damit.) Diesen mir nonverbal vermittelten Eindruck greife ich auf und spreche ihn als meinen Eindruck an. Die Klientin bestätigt diesen Eindruck und erläutert ihr Vorhaben weiter ausführlich. Während ich ihren Ausführungen folge, versuche ich parallel selbstreflexiv auszuloten, was diese Information bei mir auslöst: ein mildes aber deutliches Bedauern sie gehen zu sehen, denn sie ist mir sympathisch und ich arbeite gern mit ihr; das fühlt sich stimmig an. Gleichzeitig mischt sich ein Gefühl von leiser Kränkung dazu, das ich mir nicht erklären kann; es fühlt sich auch irgendwie fremd und „unpassend“ an. Ich frage mich kurz, ob ich es mir nicht erlaube, deswegen gekränkt zu sein. Währenddessen hat meine Klientin aufgehört zu sprechen und schaut mich etwas unglücklich und irgendwie forschend an. Meine Intervention: „Und jetzt schauen Sie mich an, und mir kommt es vor, als machen Sie sich Gedanken darüber, wie es mir wohl damit geht, ob ich darüber unglücklich sein könnte, wenn Sie sich jetzt so bald schon verabschieden möchten?“ Fast erleichtert wirkt sie, als sie genau dies bestätigt. Ich kämpfe einen spontanen Impuls nieder, sie zu beruhigen und ihr zu erlauben, dass sie natürlich gehen könne. Statt dessen bleibe ich bei dem, was sie bewegt und wie sie damit umgeht, dass sie mit diesem offenbar sehr klaren Wunsch nach dieser

Neuorientierung, wo sich jedoch ein kommender Abschied ankündigt, so sehr mit meinem (möglichen) Erleben beschäftigt ist. Das regt bei ihr einen ausführlichen Selbstreflexionsprozess zum Thema Abschiede an. Sie differenziert zunächst zwischen verlassen werden, was sie sehr traurig machen kann, und selbst zu verlassen (wie in diesem Fall), wo sie regelmäßig vorwiegend mit Gefühlen von Schuld, Verpflichtung und Loyalität kämpft, und damit in Schwierigkeiten gerät. Anknüpfend an ein in der vorigen Sitzung bereits angesprochenes Thema, der Beziehung zu den Eltern, in dem sich bereits angedeutet hatte, dass die problematische Loslösung sich in einer besonderen Betonung der Distanzierung ihnen gegenüber sichtbar macht, beginnt meine Klientin, auch an diesem Punkt den hohen Loyalitätsdruck und die großen Schwierigkeiten, ihre Eltern zurückzulassen, zu reflektieren. Sie überlegt, wie es wäre, zum Beispiel einen Wohnort in weiterer Entfernung zu ihnen zu wählen. Sie beginnt, den „schweren“ Druck körperlich zu spüren, der damit auf ihr lastet, und die Enge, die sie dabei begrenzt.

Als wir gegen Sitzungsende noch einmal kurz auf die Anfangssequenz unseres Gespräches zurückkommen, beobachte ich für mich deutlich, dass in meinem Erleben das milde Bedauern geblieben ist und sich weiter stimmig und völlig akzeptabel anfühlt, das Thema Kränkung hat sich für mich vollständig aufgelöst.

Ich habe dieses Beispiel so ausführlich beschrieben, um zu verdeutlichen, in welcher Form die Aspekte Übertragung und Gegenübertragung eine Rolle in unserer Arbeit spielen können. Meines Erachtens nach haben hier Übertragungsprozesse der Klientin einen wesentlichen Einfluss auf ihr Erleben und Gestalten dieser Situation gehabt – und Entsprechendes in mir ausgelöst. Nur, mein Eindruck ist auch, der empathisch begleitete Selbstreflexionsprozess führt von sich aus Richtung „Einsicht“, wenn ein Klient sich in seinem Erleben angenommen fühlt. Deutungen werden dann überflüssig – „überreif“ –, und die immer mitschwingende Kränkung, welche die in einer Deutung demonstrierten „Expertise“ des Therapeuten auslöst, kann weder die therapeutische Beziehung noch den persönlichen, sich selbstregulierenden Entwicklungsprozess des Klienten irritieren.

Gesprächspsychotherapeutinnen arbeiten übrigens ohnehin in größerer Zahl mit dem Konzept von Übertragung. W. Schulz und C. Pelster (2002, 22) geben als ein Ergebnis ihrer Studie zur Rolle von Übertragungsphänomenen in der Gesprächspsychotherapie an, dass ungefähr 90% der Gesprächspsychotherapeuten Übertragungsphänomene in ihren Therapien wahrnehmen. Sie sprechen von einer „stillen Integration“; laut ihrer Studie ist der Wunsch nach einer differenzierteren Diskussion bzw. Integration des Übertragungskonzepts in das Konzept der Gesprächspsychotherapie unter Gesprächspsychotherapeutinnen ausgesprochen verbreitet, der „Umgang mit Übertragungsphänomenen gehört wohl mehr oder weniger zum Alltag jedes klientenzentrierten Psychotherapeuten“.

Widerstand und Abwehr

Eine Klientin, die wegen einer schweren depressiven Dekompensation in Therapie ist und mehrere Suizidversuche in der Vorgesichte hat, hatte sich in letzter Zeit stabilisiert. Sie kommt voller Schwung in die Sitzung und berichtet über einen beruflichen Erfolg. Dann eröffnet sie mir mit etwas trotzigem Blick, sie habe für heute „kein Thema“, sie wolle am liebsten mit mir Eis essen gehen. (Es ist draußen zugegeben sehr heiß, ein verlockender Gedanke.) Dass es ihr schwer fällt, angesichts des herrlichen Wetters sich schweren Themen und Stimmungen zuzuwenden, wie sie dies in vergangenen Sitzungen getan hatte, kann ich gut nachvollziehen und sage es ihr erst mal so. Sie bleibt dabei, sie wolle sich nicht das Gutgehen verderben, überhaupt – sie müsse immer „über eine Schwelle“ zur Therapie gehen. Ich spüre deutlich, wie sie die „Füße in den Boden stemmt“ und heute nicht will. Bei mir regt sich ein „tja, was machen wir denn statt dessen“, auch strenge Töne deuten sich in meinen Gedanken an. Ich registriere also ein Nachlassen meiner wertschätzenden Haltung ihrem Erleben gegenüber. All dies lege ich erst mal innerlich zur Seite und bleibe bei ihrem Erleben. Sie beginnt über die „Schwelle“ zu sprechen und über ihren Konflikt, sich einerseits so darüber zu freuen, dass es ihr nach der langen depressiven Zeit jetzt wieder besser geht, andererseits aber auch sich für zukünftige Krisen besser wappnen zu wollen. Sie habe frühere Therapieversuche immer dann, wenn es ihr besser ging, abgebrochen. Sie habe Sorge vor auftauchenden, sie überwältigenden Gefühlen. Ich kann mich in diesen Zwiespalt sehr gut einfühlen und dies anerkennen. Mein Bemühen geht dabei nur darum, sie zu verstehen und damit zu begleiten. Als sie berichtet, dass ihr die Inhalte der Sitzungen oder Teile davon oft auf dem Weg nach Hause wieder verloren gehen, überlegen wir gemeinsam eine Stundenstruktur, wo wir vor dem Sitzungsende eine Art Resümee machen und dann später schauen, ob dies das „Vergessen“ beeinflusst. Dann wendet sich die Klientin von sich aus einem Thema zu, mit dem sie sich seit längerem bereits beschäftigt, das auch diesmal wieder starke Gefühle von Traurigkeit und Verlust hervorruft.

Als wir wie besprochen vor Sitzungsende das vereinbarte Resümee beginnen, wird deutlich, dass die gute Stimmung verfliegen und nicht wieder greifbar ist. Verlust und Traurigkeit stehen sehr dominant im Raum. Da ich weiß, dass es der Klientin tatsächlich oft nur unter großen Schwierigkeiten gelingt, solche Stimmungen wieder auszubalancieren, mache ich ihr einen Vorschlag zur Unterstützung: Ob sie einmal die schlechte Stimmung symbolisch an eine Stelle auf der einen Seite des Raumes und die gute Stimmung vom Sitzungsanfang auf der anderen Seite ablegen möchte, und dann auf einer gedachten Linie von der schlechten zur guten Stimmung gehen und wahrnehmen möchte, was dabei passiert. (Eine als „Bodenankern“ bezeichnete hypnotherapeutische Technik, mit der unterschiedliche affektive Anteile des Erlebens an unterschiedlichen Punkten eines Raumes verortet werden.) Die Klientin lässt sich darauf ein

und ist ausgesprochen verblüfft darüber, dass sie auf diese Weise tatsächlich von der einen Stimmung zur anderen wechseln kann, und sie experimentiert noch ein bisschen damit, die Stimmung zu moderieren. Dies erweist sich für sie offenbar als eindrucksvolle Erfahrung von Kontrolle über ihre Emotionen.

Diese Sitzung ist der Klientin nicht ins Vergessen abgerutscht.

Ich möchte hiermit die Arbeit mit dem, was als „Widerstand“ und „Abwehr“ in verschiedener Weise konzeptualisiert ist, verdeutlichen, und denke, mich auch hier um einen personenzentrierten Weg bemüht zu haben. Ihre „Unlust“ am Sitzungsanfang als „Widerstand“ zu deuten, hätte die Klientin unter Druck gesetzt. Meinem Empfinden nach hatte ihr Zögern gute, der eigenen Stabilisierung dienende Gründe. Nachdem sie sich später aus eigenem Entschluss thematisch weit vorgewagt hatte, hielt ich es für notwendig, sie etwas tatkräftiger darin zu unterstützen, sich wieder einzubalancieren und damit ihre „Abwehr“ zu stärken, ohne dass das Besprochene ganz in Vergessenheit geraten muss.

Unserer Ansicht nach sind auch der so genannte Widerstand bzw. die Abwehr Phänomene, die in personenzentrierten Therapien bearbeitet werden. In ihrer Regulationsfunktion können sie wie andere Erfahrungen akzeptierend verstanden und damit in ihrer Bedeutung geklärt werden.

Zusammenfassend bedeutet dies, Phänomene wie Übertragung, Widerstand und Abwehr treten in unseren Therapien auf und werden bearbeitet. Grundlage der Bearbeitung ist jederzeit das Bemühen um ein Gewahrsein des eigenen Erlebensstromes innerhalb der Therapiesituation, und das Bemühen, den Erlebensstrom des Klienten wertschätzend empathisch nachzuvollziehen. Auf dieser elementaren Grundlage von Beziehungsgestaltung und Empathie werden Entscheidungen für ein konkretes Verhalten bzw. eine bestimmte therapeutische Methodik getroffen, sei es Klärung, Konfrontation, Deutung, Anleihen anderer therapeutischer Ansätze, oder das empathische Begleiten oder Vertiefen dessen, was wir vom Erleben des Klienten wahrnehmen.

Die in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie als „Internalisierung einer positiven Beziehungserfahrung“ und „Einsicht“ formulierten Konzepte, die Veränderungen zu Grunde liegen, sind vom Personenzentrierten Ansatz differenziert herausgearbeitet und spezifiziert worden.

Die Frage war, ob die Gesprächspsychotherapie unter den gegebenen Bedingungen im kassenärztlichen Versorgungssystem in Deutschland keine Rolle mehr spielt. Für uns hat die Gesprächspsychotherapie überall dort eine essentielle Bedeutung, wo personenzentriert orientierte Psychotherapeuten ihre Therapien im Rahmen der Bestimmungen der kassenärztlichen Versorgung auf dem Fundament personenzentrierter Beziehungsgestaltung anlegen und durchführen. Dabei stellt die personenzentrierte Beziehungsgestaltung das die Veränderung und Entwicklung tragende Element dar.

Abschlussbemerkungen

Meine Absicht war es, am eigenen Beispiel die Situation von Gesprächspsychotherapeutinnen in der ambulanten kassenärztlichen psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland unter den augenblicklichen Bedingungen zu illustrieren. Seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 unterliegen personenzentrierte Psychotherapeuten einem Zwang, andere therapeutische Verfahren, und zwar diejenigen, die als Richtlinienverfahren anerkannt sind, in ihre Arbeit zu übernehmen. Dieser Zwang wird auf struktureller Ebene ausgeübt und durchgesetzt. Die von dieser Situation betroffenen Gesprächspsychotherapeutinnen mussten in kurzer Frist individuelle Lösungen entwickeln, ohne auf eine breite, auf theoretisch-wissenschaftlicher Ebene geführte Diskussion zurückgreifen zu können.

Unsere subjektive Erfahrung dieser Situation ist die einer Verunsicherung der eigenen therapeutischen Identität. Trotz der grundlegenden Unterschiede beider therapeutischer Ansätze in Bezug auf das zu Grunde gelegte Menschenbild, auf Vorstellungen und Modelle zur Ätiologie von Störungen und auf die Veränderung bewirkenden Faktoren, erleben wir uns auf der Suche nach Möglichkeiten, das eine zu tun ohne das andere lassen zu müssen.

Was wir befürchten, ist, wie oben bereits erwähnt, ein an der „Basis“ unbemerkt stattfindender schleichender Identitätswechsel in Richtung auf die Übernahme richtlinientherapeutischer Konzepte, gerade in der jüngeren Therapeutengeneration.

Unseres Wissens nach sind die Auswirkungen dieser Situation auf das Selbstverständnis und die praktische therapeutische Arbeit von Gesprächstherapeutinnen bedauerlicher Weise noch nicht systematisch untersucht worden.

Dabei drängen sich Fragen auf:

- Erleben Gesprächspsychotherapeutinnen, die in Deutschland in der kassenärztlichen Versorgung arbeiten, tatsächlich diese Verunsicherung der therapeutischen Identität? Begreifen sie sich noch als personenzentriert, und wenn ja, wie drückt sich dies unter den gegebenen Bedingungen in ihrer Arbeit aus?
- Übernehmen sie Konzepte anderer Therapieverfahren in ihre Arbeit?
- Wenn sie dies tun, auf welcher Grundlage und in welcher Form tun sie es?
- Über welche Systeme sichern sie ihre personenzentrierte Identität ab?
- Hat sich durch die wissenschaftliche Anerkennung der GPT in ihrem Selbstverständnis etwas verändert?
- Hätte eine sozialrechtliche Anerkennung der GPT Auswirkungen auf ihr therapeutisches Selbstverständnis und ihr therapeutisches Handeln im Praxisalltag?

Eine baldige sozialrechtliche Anerkennung der GPT wäre mehr als wünschenswert. Die langjährige Verweigerung der Anerkennung der GPT im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung und der Zwang zur Unterwerfung unter die Psychotherapierichtlinien verbunden mit der Adaptation von Verfahren der Richtlinienpsychotherapie wird bei vielen davon betroffenen Gesprächspsychotherapeuten Spuren hinterlassen.

Literatur

- Bämayr, A. (2002), Gutachterverfahren vor Psychotherapien. Eine Form der strukturellen Gewalt, in: Deutsches Ärzteblatt / PP 1,8, 345–348
- Biermann-Ratjen, E.-M. / Eckert, J. / Schwartz, H.-J. (1995), Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen, Stuttgart (Kohlhammer) 1979, ⁷1995 (überarb. u. erweiterte Auflage)
- Clarkin, J. F. / Yeomans, F. E. / Kernberg, O. F. (2001), Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie, Stuttgart (Schattauer)
- Finke, J. (2002), Der Kampf um Anerkennung. Die Geschichte der öffentlich-rechtlichen Etablierung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland, in: Person 6,2, 71–72
- Höger, D. (2000), „Ist das noch GT, wenn ich ...?“ Was ist eigentlich Gesprächspsychotherapie?, in: Psychotherapeuten Forum 7,5, 5–17
- Hohage, R. (2000), Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis. Diagnostik, Behandlungsplanung, Kassenanträge, Stuttgart (Schattauer) ³2000
- Keil, W. W. / Stumm, G. (2002), Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie, Wien New York (Springer)
- Köhlke, H. (2001), Das Gutachterverfahren in der Vertragspsychotherapie. Eine Praxisstudie zu Zweckmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit, Tübingen (dgvt-Verlag)
- Pelster, C. / Schulz, W. (2002), Das Übertragungsphänomen in der Praxis der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, in: Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung 33,1, 12–22
- Rogers, C. R. (1959a), A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework, in: Koch, Sigmund (ed.), Psychology. A study of a science. Vol. III: Formulations of the person and the social context, New York (McGraw Hill) 1959, 184–256; dt.: Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen, entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes, Köln (GwG) ²1991, 43
- Rudolf, G. (1996), Psychotherapeutische Medizin, Stuttgart (Enke) ³1996
- Weltgesundheitsorganisation (2000), Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Hg. Von Dilling, H. / Mombour, W. / Schmidt, M. H., Bern (Huber)
- Wöller, W. / Kruse, J. (2002), Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden, Stuttgart (Schattauer) ²2002

Autorin

Anette Schmoeckel, 1958, Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Ausbildungen in Gesprächspsychotherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, Hypnotherapie nach Milton Erickson, niedergelassen tätig in einer psychotherapeutischen Praxisgemeinschaft in Bielefeld.

Korrespondenzadresse

*Dipl.-Psych. Anette Schmoeckel
Niedernstraße 3
D-33602 Bielefeld
E-Mail: AnetteSchmoeckel@web.de*

Doris Müller und Marion Thimm

Von der Persönlichkeitsentwicklung zur Faktenvermittlung?

Was bleibt nach der neuen staatlichen Ausbildungsordnung vom spezifisch Personzentrierten in der Ausbildung zum Gesprächspsychotherapeuten¹?

Zusammenfassung: Die besonderen Anliegen und Gütekriterien der traditionellen Ausbildung in Gesprächspsychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland sowie die neuen Rahmenbedingungen der staatlichen Ausbildungsordnung werden dargestellt. Es wird problematisiert, inwieweit die bisherigen bewährten Ausbildungsziele, -inhalte und -methoden in den künftigen Ausbildungen verwirklicht werden können. Mögliche Vorteile der neuen Ausbildungsordnung werden benannt und Vorschläge entwickelt, welche Maßnahmen auch unter den veränderten Rahmenbedingungen die Qualität einer Ausbildung in Gesprächspsychotherapie sichern könnten.

Schlüsselwörter: GPT-Ausbildung in Deutschland, Qualitätsmerkmale, staatliche Ausbildungsordnung – Vor- und Nachteile

Résumé: Du développement personnel à la transmission des faits? Que reste-t-il de la spécificité du centrage sur la personne après le nouveau règlement national de la formation de psychotérapeute centré sur la personne? L'article décrit les demandes et critères de qualité particuliers de la formation traditionnelle en psychothérapie centrée sur la personne en Allemagne de même que les nouvelles conditions de base du règlement national de la formation. Les auteurs formulent la question de savoir dans quelle mesure les contenus et les méthodes des objectifs de formation qui ont fait leurs preuves jusqu'ici pourront être réalisés dans les formations futures. Les avantages possibles du nouveau règlement de la formation sont cités et des propositions sont développées quant aux mesures susceptibles d'assurer la qualité d'une formation en psychothérapie également dans les conditions de base modifiées.

Mots-clés: Formation PCP en Allemagne, caractéristiques de qualité, avantages et désavantages du règlement national de la formation.

Abstract: From personal development to the transmission of facts? How much may remain of the special quality of the person centered approach after the new state-run regulations for the training of psychotherapists? The specific issues and quality criteria of traditional training in client-centered therapy in Germany as well as the new general framework of the State Training Regulations are described. The issue of the extent to which previously accepted educational goals, contents and methods can be implemented in training in the future is raised. Possible advantages of the new training regulations are identified, and suggestions are developed as to which measures could secure the quality of training in client-centered therapy under the changed general framework.

Key words: Training in client-centered therapy in Germany, quality criterias, State Training Regulations, advantages and disadvantages

1 Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird im gesamten Text die männliche Form verwandt. Gemeint sind aber auch immer Gesprächspsychotherapeutinnen, Ausbildungskandidatinnen usw.

1. Ein (unvollständiger) Rückblick

Gesprächspsychotherapieausbildung wurde in der BRD (West) vor ca. 40 Jahren zunächst an Universitäten angeboten – die Wiege stand in Hamburg, initiiert durch Reinhard Tausch. In der damaligen DDR hingegen wurde die Ausbildung durch die Deutsche Gesellschaft für Psychologie organisiert und fand bis zur Wiedervereinigung an Universitäten statt. Bei erfolgreich abgeschlossener Ausbildung waren die Kollegen dort „Fachpsychologen in der Medizin“. Im Osten wie im Westen Deutschlands war die Nachfrage nach Gesprächspsychotherapieausbildung in den 70er und 80er Jahren sehr groß. Im Osten gehörte Gesprächspsychotherapie im Gesundheitssystem der DDR zu den Leistungen, die von Patienten kostenfrei in Anspruch genommen werden konnten, im Westen gehörte Gesprächspsychotherapie jedoch nicht zur regulären Kassenleistung. Dennoch war es damals möglich, auch ohne Kassenzulassung gesprächspsychotherapeutisch zu behandeln: Im Sozialgesetzbuch V der BRD, § 13, ist festgelegt, dass die Kassen verpflichtet sind, die Versorgung sicher zu stellen. Das bedeutete, dass Patienten, die nicht in einem angemessenen Zeitraum durch einen „Kassenpsychotherapeuten“ behandelt werden konnten, bei einem durch das Heilpraktikergesetz befugten Therapeuten aufgenommen werden konnten, und die Therapien durch Kostenerstattung finanziert wurden.

Im Westen Deutschlands konnten die Universitäten alleine in dieser Zeit die Nachfrage nach Ausbildung nicht abdecken. Nach der Gründung der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V. (GwG) in Westdeutschland wurde das Angebot an Ausbildungsmöglichkeiten schnell ausgeweitet. Die GwG erarbeitete Ausbildungsrichtlinien, die im Laufe der Jahrzehnte immer wieder überarbeitet und dem neuesten Erkenntnisstand angepasst wurden. Für das erfolgreiche Abschließen einer Gesprächspsychotherapie-Ausbildung nach dem GwG-Curriculum wurde ein Zertifikat vergeben, das mit der Verpflichtung zu „lebenslänglicher“ Supervision verbunden war. Dieser sehr modernen Forderung lag die auch von Carl R. Rogers vertretene Auffassung zugrunde, dass Menschen ständig in einem Entwicklungsprozess stehen – also auch Psychotherapeuten, die ihr lebenslanges Erfahrungslernen kontinuierlich selbst reflektieren sollen. Heute stellt man eine solche Forderung im Rahmen der Prozessqualitätssicherung – z. B. tut dies die jetzige deutsche Bundesregierung bei den Vorschlägen zur Gesundheitsreform: alle Ärzte und Psychotherapeuten sollen in Zukunft kontinuierlich Fortbildung nachweisen.

Schon in den 70er Jahren verlangte die GwG, dass nur erfahrene Gesprächspsychotherapeuten, die eine Ausbilder-Ausbildung bei der GwG absolviert hatten, Gesprächspsychotherapie-Ausbildung anbieten. Sie mussten sich durch die Anerkennung einer Verpflichtungserklärung, die auch berufsethische Aspekte enthielt, u. a. verpflichten, nach den Richtlinien der GwG auszubilden. Von der GwG autorisierte Ausbilder boten bald flächendeckend in der

alten Bundesrepublik Ausbildung in Gesprächspsychotherapie an. Sie konnten sich dabei auf die schon aus den USA vorliegenden Forschungsergebnisse über Wirksamkeit, Diagnostik und Erfolgskontrolle, die von den deutschen Universitäten übernommen und durch weitere Forschungen ergänzt wurden, stützen. So war jeder GwG-Ausbilder ausgerüstet mit diagnostischem und Evaluationsmaterial, das von der GwG zur Verfügung gestellt wurde.

Es ist beeindruckend, welch großen Zulauf die Methode fand. Hierfür gab es mehrere Gründe: einmal begünstigte der Zeitgeist nach 1968 humanistisch-psychologische und pädagogische Konzepte, in denen Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung zentrale Anliegen waren, auch war die Gesprächspsychotherapie-Ausbildung wesentlich preisgünstiger als z. B. die psychoanalytische Ausbildung, die Zulassungsbedingungen waren weniger strikt (es wurden auch Nicht-Psychologen und Nicht-Ärzte zur Ausbildung zugelassen) – und schließlich zog das Ausbildungskonzept, das sich von dem anderer Therapieschulen unterschied, viele Interessenten an.

2. Die besonderen Qualitätsmerkmale der bisherigen Ausbildung in Gesprächspsychotherapie

Im Gegensatz zu den meisten anderen Therapieschulen haben Gesprächspsychotherapeuten einen „Gründervater“, der sich speziell und eingehend mit Fragen der Erziehung und des Lernens beschäftigt hat und die persönliche Auseinandersetzung mit Lernenden außerordentlich geschätzt hat: „Jetzt komme ich ... auf eine Tätigkeit, ein Ziel zu sprechen, das mich begeistert: die Förderung des Lernens. Jedesmal, wenn es mir gelungen ist, eine Gruppe – und damit meine ich alle ihre Mitglieder, mich eingeschlossen – in eine Gemeinschaft von Lernenden zu verwandeln, dann hat sich fast eine unglaubliche Erregung ausgebreitet, Neugierde freizusetzen; Individuen zu erlauben, sich in neue Richtungen zu stürzen, die von ihren eigenen Interessen diktiert sind; den Forschungssinn zu entfesseln; Dinge so offen zu legen, dass sie hinterfragt und untersucht werden können; ...“ (Rogers 1969a, 106). Rogers fasste Lernen als einen selbstgesteuerten ganzheitlichen Prozess der Persönlichkeitsentwicklung auf, der durch ein hilfreiches Beziehungsangebot des Lehrenden und die Interaktion zwischen Lehrenden und Lernenden in einer angstfreien Atmosphäre gefördert wird.

Dementsprechend fand die gesamte GPT-Ausbildung mit einem Ausbilder in kleinen geschlossenen Gruppen statt, die in Theorie und Praxis einen Lern-, Erlebens- und Erfahrungsraum boten, der bei anderen Ausbildungen eher unüblich war. Es wurde darauf geachtet, dass die Verbindung zwischen den erworbenen Kenntnissen und ihrer Bedeutung für die Therapie und die eigene Person bearbeitet wurde. So war es möglich bei einer integrierten Durchführung der Ausbildung auch scheinbar „trockene“ Wissensinhalte (z. B. Therapieforschung oder Diagnostik) durch Experimentieren in der Gruppe in der Patienten- oder Forscherrolle erlebbar zu

machen und auf diesem Erfahrungshintergrund zu diskutieren. Diese Form des „learning by doing“ war besonders hilfreich bei der Vermittlung der psychotherapeutischen Grundprinzipien der Gesprächspsychotherapie. In den Trainingskursen konnten die Ausbildungskandidaten in Übungsgesprächen und Rollenspielen mit den Gruppenmitgliedern üben, kongruent, bedingungslos wertschätzend und empathisch zu sein. Da der wesentliche Wirkfaktor der Gesprächspsychotherapie das kongruente, unbedingt wertschätzende und empathische Beziehungsangebot ist, war es ein zentrales Anliegen der Ausbildung, den Ausbildungskandidaten zu ermöglichen, Kongruenz, Selbst- und Fremdempathie, Selbst- und Fremdwertschätzung zu entwickeln. Durch die differenzierten Rückmeldungen seitens der Gruppenmitglieder und der Ausbilder wurde die Selbstwahrnehmung und die Selbstreflexion bezüglich der Auswirkungen des eigenen psychotherapeutischen Verhaltens auf andere (wie auch auf sich selber) wesentlich gefördert, d. h. kognitive, soziale und emotionale Prozesse fanden statt. Die Lernforschung belegt, dass ein solches Lernen das nachhaltigste ist (vgl. Kunze 2003). Hier waren die Ausbilder besonders gefordert, durch ihr eigenes kongruentes, wertschätzendes und empathisches Beziehungsangebot Modell zu sein und eine angstfreie Atmosphäre in der Lerngruppe zu schaffen, die es den Gruppenmitgliedern ermöglichte sich den zuweilen auch schmerzlichen (Selbst-) Erfahrungen zu stellen und in ihrer Psychotherapeutenpersönlichkeit zu reifen.

Die feste Lerngruppe mit ihren Möglichkeiten des Lernens wurde als tragend in der Ausbildung angesehen und die Gruppenkompetenz wurde bewusst gefördert. Jedes GwG-Curriculum enthielt von den Anfängen an den Ausbildungsteil „kollegiale Supervision“. Angesichts der Verpflichtung zur lebenslangen Supervision war das Ziel dieses Ausbildungsteils: die Kompetenzen der Gruppenmitglieder fördern, auch ohne Experten sich selbst zu reflektieren, sich gegenseitig im Sinne des personenzentrierten Beziehungsangebotes zu unterstützen und eine Gruppenarbeit zu moderieren, zu dokumentieren und zu evaluieren.

Nicht unerwähnt soll bleiben, dass die Ausbildung in Gesprächspsychotherapie eine Vorreiterin in Bezug auf Objektivierung und Qualitätssicherung war: Die Ausbildungskandidaten mussten ihre Therapiesitzungen auf Tonband oder Video aufnehmen, Vor- und Nachtests durchführen sowie nach jeder Sitzung den Patienten einen Beurteilungsbogen über die Sitzung ausfüllen lassen. Somit entstanden Psychotherapiedokumentationen, die sehr genau Auskunft über den psychotherapeutischen Prozess geben konnten.

Bei der Abschlussprüfung zum Gesprächspsychotherapeuten dienten diese Dokumentationen der einzelnen Ausbildungskandidaten als Prüfungsgrundlage. Das Prüfungsgeschehen selbst war als ganzheitlicher Prozess vorgesehen: Der Kandidat reflektierte sein psychotherapeutisches Handeln auf dem Hintergrund seines erworbenen theoretischen Wissens, seines Wissens über den jeweiligen dokumentierten Fall und seines Wissens über sich selbst.

Häufig war die Prüfung sowohl eine Darstellung des Gelernten als auch ein neuer Lernvorgang durch die konzentrierte Selbstreflexion und Reflexion durch Ausbildungsgruppe und Ausbilder – und damit entsprach sie der schon oben geäußerten Auffassung des „life long learning“.

3. Die neuen Rahmenbedingungen

Nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (1999) in der BRD war klar, dass die Psychotherapieausbildung staatlich geregelt wird. Das bedeutet, dass Ausbildung nur an staatlich anerkannten Instituten durchgeführt werden kann, das Curriculum und die Abschlussprüfung durch eine staatliche Prüfungsordnung geregelt ist, die von Therapieschulen unabhängig ist. Damit schwindet der Einfluss der Fachverbände auf Inhalte und Methodik der Ausbildung, die Kriterien, wer ausbilden darf, sind vom Staat festgelegt – und für die Ausbilder und Ausbilderinnen in Gesprächspsychotherapie gehört die Möglichkeit, Ausbildung alleine zu betreiben, der Vergangenheit an.

Weitere wesentliche Veränderungen, die die Ausbildung im Vergleich zu der traditionellen Ausbildung auch sehr verteuern, sind die geforderten 1200 Stunden Praxis in einer psychiatrischen Einrichtung, die nur von den wenigsten Kliniken vergütet werden, und weitere 600 Stunden Praxis in einer anerkannten Einrichtung (psychosomatische Klinik oder Lehrpraxis), in der mit Patienten gearbeitet werden kann – hier ist die Bezahlung noch nicht geregelt.

Bisher war der äußere Rahmen, in dem Gesprächspsychotherapieausbildung stattfand, wenig festgelegt – nun ist vorgeschrieben, wie die Ausbildungsstätte ausgestattet sein muss: Hörsaal, Büro, Therapieräume (Institutsambulanz), Fachbibliothek und technische Ausrüstung werden gefordert, ebenso Lehr-Personal, das den staatlichen Qualifikationskriterien genügt. Der bisherige Ausbilderstatus „Ausbilder der GwG“ gilt nicht mehr – und kann höchstens noch als Empfehlung dienen. Da die staatlichen Qualifikationskriterien nur für Supervisoren und Selbsterfahrungsleiter festgelegt sind (5 Jahre psychotherapeutische Praxis nach der Approbation im Schwerpunktverfahren; dreijährige Lehrtätigkeit; persönliche Eignung, die von der Institutsleitung beurteilt wird für Supervisoren, 5 Jahre psychotherapeutische Praxis für Selbsterfahrungsleiter) – und nicht für Dozenten, ist nicht garantiert, dass alle Ausbildungsteile kompetent angeboten werden. Hier haben die Institutsleitungen großen Ermessensspielraum: es ist möglich, dass die Wahl auf Dozenten fällt, die erstklassige Beziehungen zur Institutsleitung haben und fachlich vielleicht zweitklassig sind. Entsprechende Klagen von Ausbildungskandidaten, die an bereits bestehenden Instituten anderer Therapieschulen die Ausbildung absolvieren, wurden inzwischen laut (vgl. Ausschuss Psychologischer Psychotherapeut in Ausbildung [PPiA] der Delegiertenkonferenz des Berufsverbands Deutscher Psychologen [BDP] 2003).

Die Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als wissenschaftliches Verfahren durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie beflügelte die Gründung von Ausbildungsinstituten, die mit dem Schwerpunkt GPT ausbilden wollen. Sie stehen in den Startlöchern, um die staatliche Anerkennung zu erreichen – in der Hoffnung auf eine baldige sozialrechtliche Anerkennung der GPT, die eine Kassenfinanzierung der Ambulanzen sichern würde. Da z.Zt. täglich neue Gerüchte über die bundesdeutsche Gesundheitsreform in den Medien verkündet werden, gibt es keine Prognose über die Situation von Psychotherapie und Psychotherapeuten für den Zeitpunkt, in dem dieser Artikel erscheint. Sicher ist lediglich, dass auch in Zukunft nur solche psychotherapeutische Behandlungen von den Kassen finanziert werden, die in Psychotherapieverfahren durchgeführt werden, die vom Bundesausschuss Ärzte Krankenkassen zugelassen wurden und in den Psychotherapierichtlinien aufgeführt sind (Prieß 2003).

Schon jetzt bedeutet die Anerkennung der GPT als wissenschaftliches Verfahren, dass staatlich anerkannte Ausbildungsinstitute, die in den bisherigen Richtlinienverfahren (Psychoanalyse, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie) ausbilden, eingehende Grundkenntnisse in Gesprächspsychotherapie vermitteln müssen, und dass die GPT in jeder Abschlussprüfung Prüfungsgegenstand ist. Allerdings heißt das leider noch nicht, dass eine GPT-Kompetenz erworben werden muss, die z. B. zur Differentialdiagnose beitragen und die Indikationsstellung erleichtern könnte – sondern es geht letztlich lediglich darum, den Anforderungen der auf die GPT bezogenen Prüfungsfragen zu genügen. Für die BRD werden von dem Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) in Mainz zentrale Prüfungsfragen erarbeitet, die alle Absolventen von staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten bei der Abschlussprüfung beantworten müssen. In welcher Zusammensetzung und wie dieses Institut arbeitet, ist wenig transparent – der erste Entwurf des Fragenkatalogs war sehr medizinlastig und stieß auf heftige Kritik von Fachleuten. Die schriftliche Prüfung ist im Wesentlichen mit Kurzantworten oder mit „multiple-choice“-Antworten zu bearbeiten.

4. Die möglichen Nachteile der staatlichen Ausbildungsordnung

Neben der Freude, dass nach 20 jährigem Kampf ein Psychotherapeutengesetz verabschiedet wurde und eine Approbation zu einem eigenständigen Beruf „Psychologischer Psychotherapeut“ führt – und die Gesprächspsychotherapie, die in der klinischen Psychologie international immer anerkannt war², nun auch „politisch“

anerkannt ist – ist die Sorge entstanden, dass die staatlichen Ausbildungsvorschriften und veränderten Rahmenbedingungen es erschweren, die bewährten Durchführungsmodalitäten der Gesprächspsychotherapieausbildung aufrechtzuerhalten. Die vorgeschriebenen theoretischen Inhalte sind sehr umfangreich, ebenso der Gegenstandskatalog für die zentrale Prüfung. Um sie zu bestehen, muss – pädagogisch betrachtet: vorsintflutlich – Wissen mechanisch auswendig gelernt werden. Inwieweit unter diesen Bedingungen Lerngruppen entstehen können, die die für die GPT traditionellen Lernbedingungen nutzen können, ist ungewiss. Vorgeschrieben sind verschiedene Gruppengrößen (z. B. 15 Teilnehmer bei den Theorie seminaren, 4 Teilnehmer bei den Supervisionsgruppen). Diese strukturellen Voraussetzungen begünstigen eine methodische Trennung von Theorie, Praxis und Selbsterfahrung und verringern die Chance, theoretisches Wissen erfahrbar und damit in die Psychotherapeutenpersönlichkeit integrierbar zu machen. Die in der jetzigen staatlichen Prüfungsordnung vorgeschriebene Selbsterfahrung ersetzt u. E. das integrierte Lernen in den traditionellen Trainingskursen nicht: Hier war der Fokus nicht nur die „Selbsterfahrung bzw. Selbsterfahrung im psychotherapeutischen Handeln“, sondern auch das Erproben angemessener gesprächspsychotherapeutischer Interventionen u. a. in Bezug auf störungsspezifische Besonderheiten (z. B. wie begegne ich empathisch einem ängstlichen Patienten, wie einem aggressiven?).

„Wer sich in der Ausbildung von Psychotherapeuten dieser Anforderung (*gemeint ist die Anforderung, in der GPT-Ausbildung die Psychotherapeutenpersönlichkeit, zu entwickeln – Anm. d. Verf.*) entzieht und sich primär auf Wissensvermittlung, ... Training von kontrollierbaren Fertigkeiten ... abstützt, der kapituliert aus meiner Sicht vor diesen Schwierigkeiten der Vermittlung personenzentrierter Haltung. Und eine in dieser Weise gewichtete Ausbildung ist in meinen Augen keine Ausbildung in Personenzentrierter Psychotherapie oder Beratung mehr“ (Gutberlet 2003, 20).

Sowohl die Prüfungsordnung als auch die Organisation der Ausbildungsdurchführung, ebenso die große Freiheit der Institutsleitungen in Bezug auf die Personal- und Finanzpolitik werden auch für die bereits bestehenden Ausbildungsinstitute, die in Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und Verhaltenstherapie ausbilden, problematisiert. Die Mitglieder des Ausschusses „Psychologischer Psychotherapeut in Ausbildung (PPiA) der Delegiertenkonferenz des Berufsverbandes Deutscher Psychologen (BDP)“ kritisieren generell die Zustände bei der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten. Sie befragten PPiAs nach ihrer Situation in bereits zugelassenen Ausbildungsinstituten (mit verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologischen Schwerpunkten) und stellten dabei zahlreiche Missstände fest: Die Macht der Instituts- und Klinikleiter ist sehr groß und wird bisher nicht kontrolliert. Ausbildungsverträge sind nicht zwingend, die Auswahl des Lehrpersonals ist der Institutsleitung überlassen, und viele PPiAs beklagen die

2 Das von Auckenthaler (2001) belegte Zurückdrängen der Gesprächspsychotherapie bezieht sich mit einer einzigen Ausnahme durchweg auf Deutschland.

geringe Kompetenz der Dozenten. „Bedingt durch die derzeitige Lage sind die Institute privatwirtschaftlich organisiert. Das Interesse des Instituts und seiner Betreiber steht im Vordergrund, die Ausbildung, die Psychotherapie oder gar der Ausbildungskandidat spielen oft eine untergeordnete Rolle. Wie in allen Wirtschaftsunternehmen bedeutet dies Maximierung der Einnahmen, Minimierung der Ausgaben“ (Ausschuss Psychologischer Psychotherapeut in Ausbildung (PPiA) 2003, 353). Auch Ausbildungsinstitute mit dem Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie werden unter einem größeren finanziellen Druck stehen als früher die Universitäten und der „Einzelausbilder“, der vergleichsweise geringe Betriebskosten hatte. Eine konkrete Auswirkung der Berücksichtigung wirtschaftlicher Gesichtspunkte ist z. B. auf die Gestaltung der Gruppen zu erwarten: kleine Lerngruppen würden für die Kandidaten zu teuer – selbst wenn das Institut in der Preisgestaltung fair ist.

5. Die möglichen Vorteile der staatlichen Ausbildungsordnung

Neben den Befürchtungen bestehen auch Hoffnungen bezüglich der neuen Ausbildungssituation. Die umfangreiche klinische Praxis ist einerseits eine Hürde, andererseits aber auch eine Chance, viele Menschen mit sehr unterschiedlichen Beeinträchtigungen kennenzulernen – eine Chance, die eine Privatpraxis in so kurzer Zeit nicht bieten kann. Gleichzeitig sind die Ausbildungskandidaten schon während der Ausbildung in ihrem psychiatrischen Praktikum der „öffentlichen Kontrolle“ ausgesetzt und erleben schon frühzeitig das Spannungsfeld zwischen dem humanistisch-psychologischen Therapiekonzept und der medizinisch oft eher autoritär strukturierten Klinik. Dies könnte von Anfang an in der Ausbildung reflektiert werden. Erfahrungsberichte von ehemaligen Absolventen in Gesprächspsychotherapie, die z. B. in Kliniken angestellt wurden, zeigen, dass der „Milieuschock“ u. U. groß ist, wenn sie erleben, wie z. T. ohne böse Absicht mit Patienten umgegangen wird.

Die zentrale Prüfung ist sicher etwas objektiver als der „Ausbilder- und Gruppenentscheid“ der traditionellen GPT-Ausbildung – zumindest in Bezug auf die schriftliche Prüfung. Dadurch, dass in der „alten“ Ausbildung der Ausbilder, der die Kandidaten lange Zeit durch Theorie, Praxis und Selbsterfahrung begleitete, unter Einbeziehung der Gruppe auch die Prüfung abnehmen musste (Abschlusskolloquium und Zertifizierung von 5 dokumentierten Fällen), war sicher durch die dabei gewachsenen persönlichen Beziehungen die kritische Distanz gegenüber den Kandidaten nicht immer gegeben. Für den Prüfling wie auch den Prüfer könnte es erleichternd sein, dass Prüfer nicht gleichzeitig Selbsterfahrungsleiter sein sollen. Indem sich die Ausbildungsverantwortung auf mehrere Personen verteilt, ist der einzelne Ausbildungskandidat nicht mehr so sehr davon abhängig, ob er mit dem „einzigen“ Ausbilder zurechtkommt.

Insgesamt erscheint es von Vorteil, dass die Ausbildungskandidaten im Laufe ihrer Ausbildung mehrere Experten kennen lernen, sich mit den jeweiligen theoretischen Standpunkten und verschiedenen therapeutischen Stilen auseinandersetzen können und so eine größere Auswahl an Orientierungsangeboten haben, die zur Anregung und Reflexion eigener Standpunkte und des eigenen Stils dienen können.

Ein staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut wird schon aus Werbezwecken sich, seine Struktur, seine Ziele und die mitarbeitenden Personen bekannt machen, so dass zukünftigen PPiAs Struktur, Abfolge und Zeitplan der Ausbildung transparent sein wird. Demgegenüber war die Strukturiertheit der traditionellen Ausbildung sehr vom Stil des jeweiligen Ausbilders geprägt.

Mancherorts wird die Psychotherapieausbildung mit dem Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie an bestehenden Instituten, die bereits die Schwerpunkte Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie anbieten, durchgeführt werden. Hier besteht die Chance des gegenseitigen Austausches und schulenübergreifend voneinander Lernens.

Auch für die Lehrenden sind Vorteile in den neuen Rahmenbedingungen zu erkennen: sie müssen nicht mehr alleine akquirieren, die Verwaltung wird zentral geregelt, die Qualitätssicherung wird durch das Institut geleistet (hoffen wir wenigstens), Vertretung im Krankheitsfall ist einfacher. Wenn man einen Nachteil für die Lehrenden suchen will, könnte man ihn höchstens in der Einschränkung der curricularen Freiheit entdecken – und vielleicht in der Tatsache, dass man je nach Funktion (z. B. als Dozent) nicht mehr die Möglichkeit hat, Ausbildungskandidaten so gut kennen zu lernen.

6. Wie könnten wir im Rahmen der staatlichen Prüfungsordnung die bewährten Standards der GPT-Ausbildung bewahren?

Auch unter den gegebenen Bedingungen sehen wir Möglichkeiten, bei der Psychotherapieausbildung mit dem Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie wesentliche Merkmale des Personenzentrierten Konzepts zu verwirklichen. Die Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG) hat ein Curriculum entworfen, das den Ausbildungsinstituten zur Verfügung gestellt werden kann³. Es richtet sich nach den inhaltlichen Anforderungen der staatlichen Prüfungsordnung und ist zugleich in Bezug auf die Ausbildungskonzeption und die methodischen Vorschläge an den pädagogischen Vorstellungen von Rogers orientiert.

Grundlegend dabei ist das Bemühen, die Entwicklung der Therapeutenpersönlichkeit nicht auf die Lehrtherapie zu beschränken.

3 Exemplare des Curriculums sind bei Doris Müller erhältlich.

Das pädagogisch-methodische Vorgehen orientiert sich – zumindest in den am Ausbildungsinstitut durchgeführten Teilen – an den Grundprinzipien des personenzentrierten Konzepts und dessen Vorstellungen von einer hilfreichen Beziehung. Dementsprechend sollen die auf dieser Grundlage gestalteten Seminare, Trainings-, Selbsterfahrungs- und Supervisionsveranstaltungen neben kognitiven auch emotionale, körperliche und soziale Prozesse mit einbeziehen und in einer möglichst angstfreien und wertschätzenden Atmosphäre stattfinden, Organisation und Durchführung der Ausbildung auf der Grundlage des Vertrauens in die Aktualisierungstendenz des Individuums sollten die menschlichen Grundbedürfnisse respektieren und beziehungsstiftend sein. Gleichgültig, welches Thema behandelt wird, soll die Durchführungsmethodik ein hohes Ausmaß an Selbstwahrnehmung, Selbsterfahrung, Selbstreflexion und Selbstbestimmung ermöglichen.

Um auch bei einer „molekularen“ Struktur der Ausbildung (Seminare mit purer Selbsterfahrung bzw. purer Theorie usw.) eine ganzheitliche, humanistisch-pädagogische Methodik für alle am Institut stattfindenden Ausbildungsteile zu entwickeln und so das gesprächspsychotherapeutische Konzept authentisch zu vermitteln, sollte sich ein Ausbildungsinstitut mit einem Schwerpunkt GPT einen Teamentwicklungsprozess gönnen. Darin sollte sich das Team zu einem „Lehrkörper“ entwickeln können, dessen Mitglieder im Umgang miteinander modellhaft die Prinzipien vorleben, die sie später im Unterricht kongruent vermitteln sollen.

Eine Reihe von inhaltlichen, methodischen und organisatorischen Möglichkeiten könnten genutzt werden. So könnte unter anderem

- ein „Jahrgang“ über eine gewisse Zeit hinweg eine feste Ausbildungsgruppe bilden, die die wesentlichen Ausbildungsteile gemeinsam absolviert und damit die Lernmöglichkeiten in einer vertrauten Gruppe nutzen kann. Er wird von einem „Klassenleiter“ begleitet, der durch sein Beziehungsangebot die Lernatmosphäre fördert und zur Vertrauensperson werden kann, wenn er nicht Prüfer ist,
- die bewährten Ausbildungsteile (vgl. oben Punkt 2) „praktisches Training“ und „Kollegiale Supervision“ könnten, auch wenn sie nicht vorgeschrieben sind, beibehalten werden. Raum hierfür gibt die „freie Spitze“ (930 von den insgesamt 4200 Ausbildungsstunden können von den Ausbildungsinstituten selbstbestimmt inhaltlich gestaltet werden),
- die vorgeschriebenen Praktika in der psychiatrischen Klinik könnten vom Institut durch Angebote zur Reflexion der Praxis begleitet werden (einzeln oder in der Gruppe). Sie können sowohl zur Entlastung der Teilnehmer dienen als auch die Chance nutzen, die Behandlung psychisch Kranker gesprächspsychotherapeutisch zu reflektieren,
- durch eine im personenzentrierten Sinne geeignete Anleitung und Methodik könnte bei der vorgesehenen Pflichtlektüre und beim Vorbereiten und Präsentieren von Referaten das selbstgesteuerte, expertenunabhängige Lernen gefördert werden,
- die vorgeschriebene Supervision könnte speziell in einer Ausbildung in GPT vorrangig die Unterstützung der Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer mit dem Ziel der „facilitative supervision“ anstreben und auf der Effektivität des Erfahrungslernens („experiential supervision“) aufbauen. Dabei könnte vermittelt werden, wie auch die kollegiale Supervision der Auffassung entspricht, dass das Vertrauen in die Aktualisierungstendenz die Entwicklung der therapeutischen Selbst- und Sozialkompetenz ermöglicht.

Über allem stünde dabei das Prinzip, dass Dozenten, Supervisoren und Lehrtherapeuten ihre besondere Bedeutung für den Lernfortschritt der Teilnehmer zunehmend zurücknehmen zugunsten einer wechselseitigen Förderung in der Gruppe.

Wir können uns also durchaus vorstellen, dass auch unter den jetzigen Rahmenbedingungen die Ausbildung in Gesprächspsychotherapie hochqualifiziert und im personenzentrierten Sinne durchgeführt werden kann, ebenso dass Vorschriften letztlich nicht das „Lernen in Freiheit“ verhindern müssen: „Wenn ich von meiner eigenen Erfahrung und der anderer her urteile, ist das Ausmaß der Freiheit, die der Gruppe gegeben werden kann, nicht das eigentlich Wichtige. Die Lernenden wie der Lehrende müssen unter Umständen die Einengungen einer starren Prüfung, eines vorgegebenen Curriculums und Themas und andere Einschränkungen akzeptieren. Das Wichtige ist vielmehr, dass die Freiheit, die innerhalb dieser Schranken gegeben wird, echt ist, dass sie vom Leiter nicht zögernd oder vorsichtig gegeben wird. Dann können sie – sogar in einem scheinbar schmalen Bereich ihrer Arbeit – die Freiheit der Wahl erfahren, die Freiheit des Ausdrucks, die Freiheit zu sein“ (Rogers 1969a, 76).

Literatur

- Auckenthaler, A. (2001), Die Gesprächspsychotherapie vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen in Klinischer Psychologie und Psychotherapie, in: Person 5,2, 98–102
- Ausschuss Psychologischer Psychotherapeut in Ausbildung (PPiA) der Delegiertenkonferenz des Berufsverbands Deutscher Psychologen (BDP) (2003), Ein Plädoyer gegen Willkür, in: Report Psychologie, 28, 353–355
- Gutberlet, M. (2003), Die personenzentrierte Haltung: die Kraft, die Veränderung schafft?, in: Person. Internationale Zeitschrift für Personenzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung, 7,1, 15–23
- Kunze, D. (2003), Lerntransfer im Kontext einer personenzentriert-systemischen Erwachsenenbildung, Köln (GwG)
- Prieß, C. (2003), Gesundheitsreform, in: Psychotherapeuten Forum, 10,3, 23–31
- Rogers, C. R. (1969a), Freedom to learn. A view of what education might become, Columbus (Charles Merrill); dt.: Lernen in Freiheit. Zur Bildungsreform in Schule und Universität, München (Kösel) 1974

Autorinnen

Dipl.-Psych. Doris Müller, 1945, niedergelassene Psychotherapeutin, Supervisorin u. Dozentin in der Erwachsenenbildung, GwG-Ausbilderin seit 1976.

Dipl.-Psych. Marion Ruth Thimm, 1946, niedergelassene Psychotherapeutin, Supervisorin, Dozentin in der Erwachsenenbildung, GwG-Ausbilderin seit 1974.

Korrespondenzadressen

*Doris Müller
Danziger Str. 13
D-86842 Türkheim
E-Mail: d.a.mueller@t-online.de*

*Marion Thimm
Rüdesheimerplatz 3
D-14197 Berlin*

Jobst Finke und Ludwig Teusch

Schwierigkeiten und Chancen in der Person-zentrierten Weiterbildung von Ärzten

Zusammenfassung: Die GPT (Gesprächspsychotherapie) mit ihren Positionen der Nichtdirektivität, der Klientenzentriertheit und der Prozessoffenheit stellt für das ärztliche Denken etwas sehr Ungewohntes, fast Provozierendes dar. Dieses Denken wurde im Laufe einer durch Studium und erste Berufsjahre bestimmten Sozialisation geprägt und beinhaltet neben bestimmten kognitiven auch emotionale und aktionale Einstellungen, die manchen Positionen der GPT entgegenstehen. Für die Situation einer Ausbildung von Ärzten bedeutet dies eine Herausforderung sowohl für die Auszubildenden wie die Ausbilder. Bei den offiziell anerkannten Weiterbildungsgängen für die ärztliche Psychotherapie spielt die GPT zwar formal nur eine Nebenrolle, doch beeinflusst sie faktisch oft sehr die psychotherapeutische Einstellung von Mediziner*innen. Von bestimmten Positionen der GPT und der von den Autoren durchgeführten Weiterbildungspraxis profitieren Ärzte in starkem Maße, jedoch ergeben sich aus manchen Positionen auch Schwierigkeiten für die überdauernde Identifikation mit diesem Verfahren.

Schlüsselwörter: Psychotherapie-Weiterbildung von Ärzten, die Therapietheorie der GPT und ärztliches Denken, der Stellenwert der GPT in der ärztlichen Psychotherapie

Résumé : Difficultés et potentialité de la formation continue centrée sur la personne pour les médecins. La psychothérapie centrée sur la personne avec ses positions de non-directivité, de centralisation sur la personne et d'ouverture pour le processus représente quelque chose de très inaccoutumée, presque de provocant. Cette façon de penser repose sur une socialisation définie par les études universitaires et par les premières années professionnelles. En plus des attitudes cognitives, elle inclut également des attitudes sur le plan des émotions et des actions qui ne sont pas en accord avec certaines positions de la psychothérapie centrée sur la personne. En ce qui concerne la formation des médecins, cela signifie un défi tant pour les participants que pour les formateurs. Dans les cours, dispensés aux médecins, de formation psychothérapeutique officiellement reconnus, la psychothérapie centrée sur la personne effectivement n'occupe qu'une place secondaire. Cependant elle influence tout de même l'attitude des médecins dans la psychothérapie. Certains bénéficient considérablement de certaines positions de la psychothérapie centrée sur la personne et de la formation relative, telle qu'elle est offerte par les auteurs de cet article. Pourtant, de certaines positions résultent des difficultés à s'identifier plus profondément avec cette approche.

Mots-clés : Formation continue de psychothérapie pour médecins, théorie du processus thérapeutique centrée sur la personne et la façon de penser des médecins, relevance de la psychothérapie centrée sur la personne dans la psychothérapie médicale

Abstract: Difficulties and chances in training physicians in Client-centered Therapy. We report on our experience in teaching physicians in Client-centered Therapy (CCT). Non-directiveness and empathic and non-invasive attitude are the typical characteristics of the CCT which challenge the attitudes of physicians. At the beginning of a workshop in CCT it is difficult for physicians to incorporate an attitude of listening and empathic understanding towards the client. But after overcoming some first difficulties they get a great profit from this education in CCT, which helps them to change the therapeutic attitude towards the client in many situations. This method has not been yet acknowledged by German health insurance institutions, therefore there are still only a few physicians which continue to identify themselves with CCT after finishing education.

Key-words: Education of physicians in psychotherapy, the core-features of Client-centered-Therapy and the attitude of physicians, the position of CCT in medical psychotherapy in Germany

Einleitung

In Deutschland erfolgt die von den Ärztekammern anerkannte psychotherapeutische Qualifikation der Ärzte im Rahmen der Facharztweiterbildung¹ (Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) und im Rahmen des Erwerbs des so genannten Zusatztitels Psychotherapie. Die GPT (Gesprächspsychotherapie) ist im Rahmen dieser Weiterbildungsgänge bisher nur als so genanntes Zweitverfahren (neben dem gewählten Hauptverfahren müssen „Kenntnisse und Erfahrungen“ in einem zusätzlichen Psychotherapieverfahren nachgewiesen werden) vorgesehen. Wir berichten über unsere Erfahrungen in der Vermittlung von GPT im Rahmen dieser ärztlichen Weiterbildungsgänge. Die GPT stellt aufgrund verschiedener Charakteristika eine Herausforderung für das ärztliche Denken und die ärztliche Haltung dar. Hier zeigen die Schwierigkeiten aber auch die besonderen Chancen auf, die sich für Ärzte in einer gesprächspsychotherapeutischen Weiterbildung ergeben.

1. Die Schwierigkeit von Ärzten in der person-zentrierten Weiterbildung

Die ersten Vertreter der modernen Psychotherapie, nämlich der Psychoanalyse, waren, historisch bedingt, fast ausschließlich Ärzte. Aber von Ärzten, namentlich von Psychiatern, wurden auch schon früh Vorbehalte gegen diese Form von Psychotherapie, vor allem hinsichtlich des Wissenschaftsverständnisses ihrer Theoriebildungen, angemeldet (Jaspers 1913/1959). Ein wesentlicher Kritikpunkt war schon damals das später von Habermas (1968, 300) so genannte „szientistische Selbstmissverständnis“ der Psychoanalyse, nämlich ihr Verständnis als einer quasi medizinischen Disziplin, die im Sinne naturwissenschaftlicher Gesetzeswissenschaft Aussagen über die Person und ihre Störungen zu machen können glaubt. Erst in den 60er- und 70er-Jahren begann hier unter dem Einfluss von Philosophen wie Habermas (1968), Lorenzer (1970) und Ricoeur (1965/1974) eine methodologische Besinnung und Revision. Nachdrückliche Hinweise, wie etwa die, dass die Psychoanalyse eine hermeneutische und keine Beobachtungswissenschaft sei, „weil hier nicht beobachtet, sondern interpretiert wird“ (Ricoeur 1965/1974, 374) und dass die psychoanalytische Neurosenlehre lediglich als eine „Erzählfolie“ zu gelten habe, deren Aufgabe es sei, die Erzählung des Patienten zu strukturieren (Habermas 1968,

321 ff), führten dann bei den Psychoanalytikern selbst zunehmend dazu, die eigene Disziplin als eine hermeneutische zu sehen und insofern vom medizinisch geprägten Methodenideal zögernd Abstand zu nehmen.

Zu dieser Zeit fanden in Deutschland zwei andere, und zwar zunächst fast ausschließlich von Psychologen vertretene Psychotherapieverfahren starke Verbreitung, die Personzentrierte Therapie und die Verhaltenstherapie. Um zunächst von letzterer zu reden, so mochte es damals für Außenstehende merkwürdig erscheinen, dass die Psychoanalytiker meist Mediziner, die Verhaltenstherapeuten meist Psychologen waren, entsprach doch eigentlich die Verhaltenstherapie mit ihrer lerntheoretischen Fundierung dem naturwissenschaftlich-experimentellen Ansatz und mit ihrer Ausarbeitung spezifischer Behandlungstechniken der pragmatisch-handwerklichen Ausrichtung von Medizinern. Allerdings begann sich schon in den 80er Jahren zu zeigen, dass die o. g. berufsspezifische Aufteilung rein historische Gründe hatte. Die Mediziner „okkupierten“ zunehmend die Verhaltenstherapie, heute wird in den meisten psychiatrischen Lehrbüchern fast ausschließlich die Verhaltenstherapie als Psychotherapieverfahren ausführlicher gewürdigt. Das wirft die Frage der Haltung von Medizinern gegenüber dem anderen o. g. Verfahren, der person-zentrierten Therapie, auf, ist diese doch gegenüber einem kausal-analytischen Denken, etwa hinsichtlich der Erklärung des Verhaltens der Person und ihrer Störungen, recht zurückhaltend und verzichtete sie zunächst auch auf eine spezielle Störungslehre sowie auf eine explizite Beschreibung von Behandlungstechniken.

In diesem Zusammenhang soll gefragt werden, welche Sozialisierungsbedingungen und -inhalte es im Einzelnen sind, die Ärzten den Zugang zu den personzentrierten Grundpositionen erschweren. Durch das Studium und mehr noch die ärztliche Tätigkeit schon unmittelbar nach dem Studium werden charakteristische Einstellungen gefördert, so u. a.

Diagnose-orientierter Interventionismus

Schon im Studium wird der Mediziner darauf geprägt, durch geschicktes Befragen des Patienten und durch zielführendes Auswerten von klinischen, laborchemischen und elektrophysiologischen Befunden möglichst schnell eine umfassende Diagnose zu erstellen und aus dieser ein wirksames Behandlungskonzept abzuleiten. Diese Fixierung auf das Erfassen eines ursächlichen Zusammenhanges der unterschiedlichen Krankheitszeichen macht es Medizinern in GPT-Kursen zunächst schwer, die Haltung eines scheinbar absichtslosen Hinhörens und eines scheinbar ziellosen Zentrierens auf das innere Erleben des Patienten zu verwirklichen. Besonders zu Beginn eines Kurses geraten sie, z. B. in Rollenspielen, immer wieder in die Versuchung, in ein Explorieren von Symptomen und äußeren Lebensereignissen zu verfallen. Fast reflexartig intervenieren sie dann im Sinne des Bestrebens, einen kausalen Zusammenhang von

1 Der Unterschied zwischen Aus-, Weiter- und Fortbildung ist im Arbeitsrecht geregelt. Ausbildung findet statt vor Erlangen der beruflichen Qualifikation, bei den Ärzten ist dies die Approbation. Weiterbildung führt zur definierten Zusatzqualifikation, hier dem Facharztstitel oder dem so genannten Zusatztitel, danach findet die Fortbildung statt, die die ständige Angleichung an neue Wissensstandards gewährleisten soll.

Beschwerden mit diesen Ereignissen oder Einflüssen herauszuarbeiten. Sie sind dabei angestrengt darum bemüht, eine „Ordnung“ in der Erzählung des Patienten zu erfassen, wobei die zugrundeliegende Ordnungsvorstellung nicht an hermeneutischen, sondern an kausal-genetischen Kriterien orientiert ist.

Die Rollenimplikationen medizinischen Expertentums

Die Eigenart des Gegenstandes medizinischen Expertentums, der Körper des Patienten, macht es, dass der Mediziner hinsichtlich eines wichtigen Aspektes über den Patienten immer mehr weiß als dieser selbst. Er verfügt hier über ein Wissen, das den Patienten selbst so gar nicht unmittelbar zugänglich ist. Aus dieser selbstverständlich gewordenen Haltung dessen, der immer zu wissen hat, was „mit dem Patienten los ist“, was ihm „fehlt“ und was „gut für ihn“ ist, erwächst eine kustodiale Haltung, aber auch ein starker Druck, handelnd einzugreifen, z. B. durch Ratschläge und Interventionen, die unmittelbar eine Änderung herbeiführen sollen. Diese ausgeprägt therapeuten-zentrierte Einstellung des Arztes erschwert ihm natürlich das Einnehmen einer klientenzentrierten Haltung, erschwert ihm ein Sich-Zurücknehmen auf eine Position des reinen Alter-Egos des Patienten, wie es gerade für die Personzentrierte Psychotherapie typisch ist.

„Herr über Leben und Tod“

Das Handeln des Arztes, auch das Unterlassen von Handlungen, entscheidet nicht selten sehr unmittelbar über Leben und Tod des Patienten. Dieser Umstand, dass viele Entscheidungen des Arztes sich im Kontext einer vitalen Gefährdung des Patienten vollziehen, setzt den Arzt auch unter einen besonderen Verantwortungsdruck. Dieser macht es ihm schwer, eine oft sinnvolle Gelassenheit an den Tag zu legen und immer ein gutes Maß an Vertrauen in die Selbstheilungskräfte des Patienten, fernab jeder besserwisserischen Ungeduld, zu haben. Aufgrund des Entscheidungsdrucks, immer das Richtige zu tun, ist es schwer für ihn, nicht „dem Wunsch zu verfallen, herbeizustürzen und die Dinge in Ordnung zu bringen“ (Rogers 1961 a, 37).

Anforderungsdruck, Angst und Unsicherheit durch Abwehr zu bewältigen

Der junge Arzt, der seinen ersten Nachtdienst macht, ist nicht selten mit einer Verantwortung konfrontiert, die seine praktische Erfahrung noch gar nicht entspricht. Er wird zu einem schwerverletzten Patienten gerufen, die Augen der erfahrenen Krankenschwestern oder des Pflegers sind prüfend auf ihn gerichtet, wie er sich jetzt wohl entscheidet, wie er die Notoperation durchführt (er operiert in dieser Nacht zum ersten Mal allein). Vorher hat er noch einige Fragen an die Angehörigen und muss diese beruhigen.

Natürlich hat er jetzt Angst und muss ein Gefühl panischer Unsicherheit niederhalten. Denn gerade jetzt darf er diese Angst nicht zeigen, muss er vielmehr Souveränität ausstrahlen. – Dieser kurze anekdotische Hinweis soll nachvollziehbar machen, dass und warum sich Ärzte z. B. in Selbsterfahrungsgruppen und auch in der Supervision zumindest anfangs schwer damit tun, Ängste, Zweifel oder gar Ratlosigkeit einzugestehen und nicht selten dazu neigen, auch den Patienten gegenüber, mit denen sie ja auch in der Psychiatrie meist noch vor jeder Psychotherapieausbildung zu tun haben, eine fassadenhafte Untangierbarkeit zeigen.

Für nicht wenige Ärzte in einer GPT-Weiterbildung ist es jedoch oft eine regelrechte Entdeckung zu erfahren (z. B. in der Rolle als Patient im Rollenspiel), wie sehr scheinbar absichtsloses, gefühlverbalisierendes Vorgehen die eigene Selbstexploration vertieft und zu wichtigen Einsichten führt. Für uns war es dabei nicht selten eine interessante Beobachtung, dass anfangs emotional steif wirkende Kollegen bereits nach einem 50-stündigen GPT-Kurs gelöster und weniger fassadenhaft waren. Bevor wir hier jedoch näher über unsere Erfahrungen in der person-zentrierten Weiterbildung von Ärzten berichten, sollen zunächst die formalen Rahmenbedingungen geschildert werden, innerhalb derer sich diese Weiterbildung vollzieht.

2. Ärztliche Weiterbildung Psychotherapie

Berufsrechtliche Vorgaben

Die Fort- und Weiterbildung der Ärzte liegt in Deutschland ganz in der Zuständigkeit der Bundes- und vor allem der Landesärztekammern. Neuerdings, d. h. seit Einführung des so genannten Psychotherapeutengesetzes, gilt entsprechendes für die Psychologen, hier sind die inzwischen eingerichteten Psychologenkammern zuständig.

Bis einschließlich 1995 waren von den Ärztekammern anerkannte psychotherapeutische Qualifikationen nur über die Form des so genannten Zusatztitels zu erlangen (Zusatztitel „Psychotherapie“ und Zusatztitel „Psychoanalyse“; hier soll nur von Ersterem die Rede sein). Der Zusatztitel „Psychotherapie“ konnte in einer so genannten berufsbegleitenden und in einer so genannten klinischen Form erworben werden, wobei die letztere Form eine 1,5-jährige Tätigkeit in einer psychotherapeutischen Klinik bzw. in einer psychotherapeutischen Abteilung einer Klinik vorsah. Dieser letztgenannte Weiterbildungsgang ist 1996 mit einer Einführung der zwei Gebietsbezeichnungen (Facharzttitel) „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ sowie „Facharzt für psychotherapeutische Medizin“ (kürzlich wiederum unbenannt in „Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie“) aufgehoben worden bzw. darin aufgegangen. In diesen Weiterbildungsgängen ist neben dem Erlernen eines so genannten Hauptverfahrens (Psychoanalyse/Tiefenpsychologie oder

Verhaltenstherapie) die Unterrichtung in einem weiteren Psychotherapieverfahren, dem so genannten Zweitverfahren, vorgesehen. Für den berufsbegleitend zu erwerbenden Zusatztitel „Psychotherapie“² und für den „Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie“ ist als ein solches Zweitverfahren auch die GPT anerkannt. Deshalb soll im Folgenden von der Vermittlung des personenzentrierten Ansatzes innerhalb dieser beiden Weiterbildungsgänge die Rede sei. Beim Erwerb des Facharztes für psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist als Zweitverfahren nur das jeweils andere Hauptverfahren vorgesehen. In diesem Zusammenhang sei aber auch darauf hingewiesen, dass mit der Anerkennung der GPT als wissenschaftliches „Hauptverfahren“ durch den wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer (Finke 2003) die Voraussetzungen geschaffen sind, in der ärztlichen Weiterbildung auch die GPT als ein Hauptverfahren zu etablieren. Ein entsprechender Antrag seitens der ÄGG ist sowohl gegenüber der Bundesärztekammer wie gegenüber sämtlichen Landesärztekammern gestellt worden.

Bisher aber muss sich, wie gesagt, die GPT in der ärztlichen Weiterbildung auf die Rolle eines Zweitverfahrens beschränken. Dabei ist in beiden Weiterbildungsgängen, also „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ sowie der Zusatztitel „Psychotherapie“ auch der vorgesehene Weiterbildungsumfang recht beschränkt, dies gilt besonders für den letztgenannten Weiterbildungsgang. Im folgenden sind die einzelnen Bausteine mit jeweiliger Stundenzahl aufgeführt, dabei ist für den „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ hier nur der psychotherapeutische (nicht der psychiatrische) Anteil dieses Weiterbildungsganges genannt.

	Zusatztitel „Psychotherapie“	„Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“
Theorie	140 Stunden	100 Stunden
Selbsterfahrungsgruppe	140 Stunden	140 Stunden
Balintgruppe	70 Stunden	70 Stunden
Autogenes Training	32 Stunden	32 Stunden
Kontrolltherapie mit Supervision nach jeder 4. Sitzung	150 Stunden	120 Stunden
Zweitverfahren (GPT)	50 Stunden	100 Stunden

In diesem Zusammenhang soll auch noch darauf hingewiesen werden, dass es für Ärzte in Deutschland noch eine weitere Möglichkeit der psychotherapeutischen Qualifikation gibt, nämlich in Form der so genannten psychosomatischen Grundversorgung. Dieser Titel wird allerdings nicht von den Ärztekammern verliehen, sondern von der Kassenärztlichen Vereinigung. Hier soll unterhalb der Schwelle von Psychotherapie im engeren Sinne (d. h. der kassenrechtlich so genannten Richtlinientherapie) dem Allgemeinarzt, dem Internisten,

dem Gynäkologen ermöglicht werden, in Gesprächen von jeweils wenigstens 20 Minuten Dauer leichtere Fälle somatoformer aber auch psychisch-neurotischer Störungen zu behandeln. Die entsprechende Qualifikation ist zu erwerben in einem 90-stündigen Ausbildungsgang, bestehend aus drei Elementen: Theorie, Patienten-zentrierte Selbsterfahrung (Balintgruppe) und Technik der Gesprächsführung. Hinsichtlich dieses letztgenannten Elementes wird die GPT als eine Methode der Wahl im Kommentar der kassenärztlichen Psychotherapierichtlinien (Faber und Haarstrick 1991) ausdrücklich genannt. Wir haben im Rahmen des u. g. Weiterbildungsinstitutes auch in diesem Zusammenhang Gesprächspsychotherapie vermittelt.

3. Unsere Erfahrungen in der Weiterbildung von Ärzten

Es gab bisher nur wenige Zentren in Deutschland, in denen Ärzte in einer von den Ärztekammern anerkannten Form eine gesprächspsychotherapeutische Weiterbildung erhalten konnten, so in Berlin, Erlangen, Leipzig, Regensburg und Essen. Hier berichten wir über unsere Essener Erfahrungen.

In Essen führen wir die Weiterbildung von Ärzten in GPT auf dem Hintergrund von zwei verschiedenen Institutionen durch. Die eine Basis sind die Essener Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie und neuerdings auch (als Klinikverbund) das Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel, auf der die GPT im Rahmen der o. g. Facharztweiterbildung vermittelt wird. Die andere Basis ist ein tiefenpsychologisches Weiterbildungsinstitut (Ärztliche Arbeitsgemeinschaft Rhein/Ruhr), über das die berufsbegleitende Qualifikation für den Zusatztitel Psychotherapie vermittelt wird. Wir haben in über 20 Jahren ca. 250 Ärzte im Rahmen der beiden genannten Weiterbildungsgänge in GPT ausgebildet (Gastpar 1996).

Inhalte der GPT-Kurse

Wir vertreten ein sehr handlungsbezogenes, gesprächstechnische Fertigkeiten „trainierendes“ Unterrichtskonzept (Finke 1996). Unsere Kurse enthalten schwerpunktmäßig drei inhaltliche Elemente, Theorie, Verbalisierungsübungen und Rollenspiele mit Video- bzw. Tonbandanalysen. In der eher knapp gehaltenen Theorievermittlung beziehen wir uns vor allem auf die Therapietheorie und versuchen hier zu zeigen, wie aus den drei so genannten Basismerkmalen, die ja Einstellungsmerkmale darstellen, differenzielle Handlungskonzepte abzuleiten sind. Es ist dabei unsere Absicht, die gesprächspsychotherapeutische Praxis als ein komplexes System unterschiedlicher Interventionskategorien darzustellen, mit dem Anforderungen entsprochen werden kann, wie sie sich aus verschiedenen Klientenmerkmalen und Therapiesituationen ergeben.

² Das Erlangen dieses Zusatztitels ist offen für Nervenfachärzte, Allgemeinärzte, Internisten, Gynäkologen und Hautärzte.

In den Verbalisierungsübungen gilt es, zu Klientenaussagen angemessene Interventionen schriftlich zu formulieren, dabei sollen die Weiterbildungsteilnehmer dafür sensibilisiert werden, auf unterschiedliche Aspekte und mögliche Akzentsetzungen innerhalb einer Patientenaussage zu achten und die jeweils angemessene Interventionskategorie zu finden. Im Rollenspiel zeigt sich dann allerdings erst oft, wie schwer es Anfängern fällt, das in Verbalisierungsübungen schon vermittelte Wissen in komplexen Handlungssituationen umzusetzen. In den Analysen der Video- bzw. Tonbandaufzeichnungen dieser Rollenspiele wird sowohl an umfassenden Einheiten (Klima der therapeutischen Situation, Beziehungsangebot des Therapeuten wie des Patienten usw.) wie an den Einzelinterventionen (z. B. durch Aufzeigen verschiedener Interventionsalternativen und deren jeweilige situationspezifische Angemessenheit) gearbeitet. Dabei werden, zumindest ansatzweise, auch störungsspezifische Aspekte erörtert.

1. Woche – Kursus Gesprächspsychotherapie: Block I

Uhrzeit	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag
14.00 Uhr– 19.00 Uhr	Persönlichkeitstheorie und Therapietheorie der GPT	Carl Rogers im Gespräch mit Gloria: Video-Präsentation und Diskussion	Störungsbezogene Gesprächspsychotherapie bei Angststörungen	Störungsbezogene Gesprächspsychotherapie bei schizophrenen Störungen
	Theorie und Praxis des einführenden Verstehens mit Rollenspiel	Rollenspiel in Kleingruppen mit Besprechung Bandaufzeichnungen	Rollenspiel in Kleingruppen	Rollenspiel in Kleingruppen
-	Microcounseling“ anhand von Textvorlagen	Rollenspiel in Kleingruppen mit Besprechung Bandaufzeichnungen	Besprechung der Bandaufzeichnungen mit „Microcounseling“	Besprechung der Bandaufzeichnungen mit „Microcounseling“
				Abschlussbesprechung bis 19.45 Uhr

2. Woche – Kursus Gesprächspsychotherapie: Block II

Uhrzeit	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag
14.00 Uhr– 19.00 Uhr	Theorie und Praxis des einführenden Verstehens	Theorie und Praxis des Beziehungsklärens	Störungenbezogene GPT bei Depression	Fallvorstellung mit Besprechung
	Rollenspiel in kleinen Gruppen	Rollenspiel in kleinen Gruppen	Rollenspiel in kleinen Gruppen	Rollenspiel in kleinen Gruppen
	Diskussion der Bandaufzeichnungen mit „Microcounseling“	Diskussion der Bandaufzeichnungen mit „Microcounseling“	Diskussion der Bandaufzeichnungen mit „Microcounseling“	Empirische Forschung in der GPT
				Abschlussbesprechung bis 19.45 Uhr

Abb. 1: Kursprogramm der GPT – Basisausbildung

Stichpunktartig lassen sich unsere Erfahrungen wie folgt zusammenfassen:

Problematische Wirkung des gemeinsamen Arbeitsplatzes

In Kursen, die ausschließlich von ärztlichen Mitarbeitern unserer Klinik belegt waren, wie wir sie vor allem in früheren Jahren durchführten, zeigten sich oft die eingangs genannten Schwierigkeiten in potenziert Form. In der offensichtlichen Absicht, sich vor Kollegen am gleichen Arbeitsplatz nicht „blamieren“ zu wollen, zeigten viele Teilnehmer ein überkontrolliertes, fassadenhaftes Verhalten. Manche gaben sich extrem zurückhaltend, andere versuchten ihre Ängste, die offensichtlich besonders durch die Rollenspiele induziert wurden, durch ständiges kritisches Hinterfragen der einzelnen Implikationen des Person-zentrierten Ansatzes oder durch die Auswahl sehr gekünstelt wirkender Rollenspiel-Situationen zu

bewältigen. Dies zeigt die Grenzen und Problemseiten einer vorwiegend klinikinternen Weiterbildung auf (Teusch und Zech 1996). Obschon dieses Abwehrverhalten keinesfalls in allen Kursen mit Ärzten aus der gleichen Klinik auftrat, erwies sich jedoch die Hinzunahme von externen Teilnehmern als günstig. Viele Externe kamen aus dem genannten Institut, bei dem sie die Qualifikation für den Zusatztitel Psychotherapie erwerben wollten. Sie verhielten sich meist, obwohl eben auch Ärzte, sehr viel offener, gefühlssponter und selbstexplorativer, da sie sich vermutlich viel weniger durch Konkurrenzdruck belastet fühlten. Wir haben deshalb in der Folgezeit immer darauf geachtet, eine in diesem Sinne gemischte Gruppe zu erreichen. Wir konnten dann nicht selten auch beobachten, dass anfangs recht gehemmte und emotional eher steife Kollegen im Laufe der Veranstaltung in ihrem Ausdrucksverhalten viel gefühlssponter und kongruenter wurden.

Verbesserung der eigenen Gesprächsführung

Immer wieder berichteten am Ende des Kurses die Teilnehmer fast begeistert über die Entdeckung, wie sehr weiterführend ein scheinbar unstrukturiertes Sich-Einlassen auf die „innere Welt“ des Patienten sein kann. Dies war oft mit dem Eindruck verbunden, nun erst die entscheidenden Impulse für eine konstruktive Gesprächsführung gewonnen zu haben. „Jetzt weiß ich erst, wie ich mit

meinem Patienten eigentlich umgehen soll“, so lautete nicht selten das Resümee. Dabei wurde ebenso die Vermittlung einer gesprächstechnischen Kompetenz als sehr hilfreich empfunden, dies übrigens auch von Teilnehmern, die ihre tiefenpsychologische Ausbildung schon weitgehend abgeschlossen hatten (Finke 1990).

Überdauernde Identifizierung mit der Gesprächspsychotherapie nur begrenzt

So sehr auch nicht wenige Kursteilnehmer am Ende einer Veranstaltung überaus angetan berichteten, dass sie nun einen neuen Zugang zum Patienten gefunden hätten und auch in ihren gesprächstechnischen Fertigkeiten viel dazugelernt hätten, so schien es uns doch, dass wir nur bei recht wenigen Kursteilnehmern eine überdauernde Identifizierung mit dem Verfahren GPT erreichen konnten. Als Kriterium für eine solche Identifizierung gilt dabei für uns z. B. die Bereitschaft des jeweiligen Kollegen, seine Kenntnisse und Erfahrungen mit der GPT in weiteren Kursen zu vertiefen oder gar die große Ausbildung im Rahmen der GwG zu machen. Einer solchen Identifizierung stehen natürlich vor allem formale Gründe entgegen. Da ist einmal der geringe Umfang der Weiterbildung im Zweitverfahren zu nennen und sodann natürlich auch der Umstand, dass die GPT bisher kein kassenrechtlich anerkanntes Verfahren ist. Letzteres bedeutet eben auch, dass der später Psychotherapie ausübende Arzt in seinen Antragsstellungen zur Psychotherapie, in seinen Fallberichten und in seinen Darstellungen von Behandlungsplänen nie wieder aufgefordert ist, sich mit gesprächspsychotherapeutischen Aspekten auseinander zu setzen. Vielmehr muss er sich bei diesen Gelegenheiten der psychoanalytischen oder der lerntheoretischen Terminologie bedienen. Hinzu kommt, dass die GPT ihrerseits bisher ja eher zurückhaltend im detaillierten Ausformulieren einer vor allem auch speziellen Störungslehre war, sodass der personenzentrierte Arzt bei diagnostischen oder ätiologisch-genetischen Erörterungen, wie sie etwa bei Visiten- oder Teamgesprächen auf den Stationen einer Klinik üblich sind, sich immer einer „fremden Sprache“ bedienen musste, eben schon weil seine eigene Sprache in dieser Hinsicht eher unterentwickelt war.

Ausblick

Es ist aber zu hoffen, dass sich auch letzteres ändern wird. Seitdem die GPT im vollen Sinne vom Beirat der Bundesärztekammer als wissenschaftliches Verfahren anerkannt ist, besteht auch eine Chance auf Zulassung als kassenrechtlich anerkanntes Verfahren. Ist diese nämlich erreicht, so wird zur Nutzung der neuen Rechte auch der Personenzentrierte Therapeut sich intensiv in eine eigenestörungstheoretische Sprache einüben müssen, da er gehalten sein wird, in seinen Anträgen auf Bewilligung von (Kassen-) Psychotherapie in ebenso komplexer wie detaillierter Weise ein spezifisches

Bedingungsmodell der Störung seines jeweiligen Patienten zu entwerfen.

So darf man hoffen, dass sich auch im ärztlichen Bereich auf breiterer Grundlage eine personenzentrierte Identität ausbilden wird. Wir würden dies nicht nur als Psychiater und Psychotherapeuten begrüßen, sondern meinen, dass der personenzentrierte Ansatz ein wichtiges Medium der Begegnung des Arztes mit seinem Patienten überhaupt ist (Ripke 1994). Eine personenzentrierte Medizin ist das, was wir uns wünschen und was auch dem Ansehen der Medizin insgesamt förderlich sein wird.

Literatur

- Faber, F.R./Haarstrick, R. (1991), Kommentar Psychotherapie-Richtlinien, Neckarsulm / München (Jungjohann)
- Finke, J. (1990), Can psychotherapeutic competence be taught?, in: *Psychotherapy and Psychosomatics* 53, 64–67
- Finke, J. (1996), Vermittlung psychotherapeutischer Fertigkeiten und gesprächspsychotherapeutische Basisausbildung im neuen Weiterbildungscurriculum, in: Gastpar, M./Finke, J./Teusch, L. (Hg.), *Psychotherapie in der Psychiatrie*, Köln (Deutscher Ärzte-Verlag), 26–32
- Finke, J. (2002), Der Kampf um Anerkennung. Die Geschichte der öffentlichen Etablierung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland, in: *Person* 6,2, 71–72
- Gastpar, M. (1996), Konzeption und Tradition der psychotherapeutischen Weiterbildung in der Klinik für Allgemeine Psychiatrie der Rheinischen Landes- und Hochschulklinik Essen, in: Gastpar, M./Finke, J./Teusch, L. (Hg.), *Psychotherapie in der Psychiatrie*, Köln (Deutscher Ärzte-Verlag), 72–76
- Jaspers, K. (1913/1959), *Allgemeine Psychopathologie*, Berlin/Göttingen/Heidelberg (Springer)
- Habermas, J. (1968), *Erkenntnis und Interesse*, Frankfurt (Suhrkamp)
- Lorenzer, A. (1970), *Spracherstörung und Rekonstruktion*, Frankfurt (Suhrkamp)
- Ricoeur, P. (1965/1974), *Die Interpretation – Ein Versuch über Freud*, Frankfurt (Suhrkamp)
- Ripke, T. (1994), *Patient und Arzt im Dialog*, Stuttgart (Thieme)
- Rogers, C.R. (1961a), *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*, Boston (Houghton Mifflin); dt.: *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*, Stuttgart (Klett) 1973
- Teusch, L./Zech, P. (1996), Die Privatsphäre in der Psychotherapieausbildung – was soll klinikextern, was intern vermittelt werden? In: Gastpar, M./Finke, J./Teusch, L. (Hg.), *Psychotherapie in der Psychiatrie*, Köln (Deutscher Ärzte-Verlag), 33–38

Autoren

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.

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.

Korrespondenzadressen

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

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

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

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.

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.

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*

Gert-W. Speierer

Personzentrierte Ansätze in der Medizinischen Psychologie

Zusammenfassung: *Es wird über die Arbeit mit dem Personzentrierten Ansatz an der Abteilung für Medizinische Psychologie an der Universität Regensburg (Deutschland) berichtet. Dabei geht es um Forschung und Lehre zur Arzt-Patient-Kommunikation für Studierende der Medizin, personzentrierte Selbsterfahrungsgruppen sowie Klientenzentrierte Psychotherapie in medizinischen und ähnlichen Settings.*

Résumé: *L'approche centrée sur la personne dans la psychologie médicale. Un rapport est donné sur le travail sur l'approche centrée à la personne au département de la psychologie médicale à l'université de Regensburg (Allemagne). Il s'agit de la recherche et de l'apprentissage sur la communication docteur-patient pour les étudiants de médecin, des groupes de rencontre, et de la psychothérapie centrée sur le client en l'entourage médical et pareil.*

Abstract: *The person-centred approach in medical psychology. A report is given of person-centred work at Regensburg University Department of Medical Psychology in Germany. It includes training and research in person-oriented doctor-patient communication, person-centred self-experiencing groups and client-centred therapy within medical and related settings.*

Einleitung

Deutschlandweite repräsentative und valide Erhebungen über personzentrierte Ansätze in der Medizinischen Psychologie liegen derzeit nicht vor. In einer Umfrage (Koch et al. 2003) der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie zur Beschreibung der Situation des Faches wird lediglich ersichtlich, dass Gesprächspsychotherapie in 8 von 21 Einrichtungen der Medizinischen Psychologie angewendet wird. Weitergehende Angaben finden sich nicht.

Statt dessen folgt hier ein Bericht über Arbeiten der Einheit für Medizinische Psychologie der Universität Regensburg. Sie ist die einzige Medizinisch-Psychologische Einrichtung in Deutschland, die kontinuierlich seit 1976 personzentrierte Ansätze in Lehre, Forschung, Aus- und Weiterbildung sowie Krankenbehandlung verfolgt.

Gegenstände der Medizinischen Psychologie sind die Vermittlung einer psychologischen Einstellung, psychologischer Kenntnisse und Erfahrungen an Studierende der Medizin sowie medizinrelevante psychologische Forschung.

Lehre

In der Lehre für MedizinstudentInnen steht in Regensburg das patientenorientierte Gespräch im Mittelpunkt (Speierer 1981, 1985, Speierer/Hochkirchen 1989). In ihm werden die Arzt-Patienten-

Beziehung als informierte Partnerschaft gestaltet auf der Grundlage einer Einstellung, in der Ärztin und Arzt der Person der Patientin bzw. des Patienten in ihren Grundbedürfnissen nach Beziehung und Autonomie, in ihren Erwartungen und Vorstellungen, Gefühlen und Handlungsentwürfen wertschätzend, achtsam und einfühlsam sowie in menschlicher Offenheit begegnen können. Kontinuierlich seit 1976 haben ca. 6000 MedizinstudentInnen in Regensburg in dazu entwickelten Übungen zum patientenorientierten Gespräch Erfahrungen sammeln können.

Forschung

In der Forschung wurden zahlreiche personzentrierte Themen untersucht:

1. Dokumentation und Evaluation von Dimensionen des Erlebens und der Erlebensentwicklung, sowie des Stellenwerts des Beziehungsangebots des Facilitators in klientenzentrierten bzw. personzentrierten Selbsterfahrungsgruppen. In diesem Bereich wurden seit 1976 über 75 Gruppen mit durchschnittlich 11 TeilnehmerInnen (MedizinstudentInnen, ÄrztInnen, Diplom-PsychologInnen, SozialpädagogInnen) über durchschnittlich 40 Stunden Dauer durchgeführt. Über 40 dieser Gruppen wurden mit speziell entwickelten und empirisch evaluierten Fragebogen für Gruppenerwartungen, Gruppenerfahrungen und Erleben in den Gruppensitzungen erforscht.

In ca. 20 Gruppen wurde das Gruppengeschehen mittels Tonbandaufzeichnungen registriert, in ca. 10 Gruppen wurde die Gruppeninteraktion mit Videoaufnahmen dokumentiert. Die Ergebnisse der Gruppenforschung wurden in einer Monographie (Speierer 1976) und in Einzelveröffentlichungen (z. B. Speierer/Hochkirchen 1986, Speierer 2002c, Speierer 2003a, 2003b) vorgestellt.

2. Empirische Ergebnisse zu Indikation, Diagnosen, Vorgeschichte, Dauer, Effekten und Dauerhaftigkeit von Effekten der ambulanten Gesprächspsychotherapie wurden in mehreren Studien untersucht und zusammenfassend veröffentlicht (Speierer 1979, 1980). Darüber hinaus wurden personorientierte Ansätze in der Kinderheilkunde gesammelt und dargestellt (Speierer 1983). Personbezogene Anteile positiver Veränderungen durch Psychotherapie unterschiedlicher Orientierungen wurden herausgearbeitet (Speierer 1988).

3. Zur Störungstheorie der Klientenzentrierten Gesprächstherapie wurde nach 10 Jahren Vorarbeit das Differenzielle Inkongruenzmodell entwickelt und in einer Monographie (Speierer 1994) umfassend dargestellt. Zusammenfassungen erfolgten in englischsprachigen (Speierer 1998) und deutschen Sammelbänden (Speierer 2002b). Darüber hinaus entstanden zahlreiche Einzelarbeiten zu Störungstheorie, Diagnosen und Indikationen der Gesprächspsychotherapie, ihre Interventionen (Speierer 1995), Prozesse und Ergebnisse.

4. Für eine differenzielle Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlungsplanung in der Gesprächspsychotherapie wurde das Regensburger Inkongruenz Analyse Inventar (RIAI) entwickelt (Speierer 1997, Speierer/Helgert 1998, Vymetal/Hoskova/Speierer 1998, Speierer/Helgert/Rösner 1999).

5. Auf der Datenbasis des RIAI mit inzwischen über 700 PatientInnen entstanden 15 Arbeiten zu störungsübergreifenden und störungsspezifischen Besonderheiten von GesprächspsychotherapiepatientInnen bei Therapiebeginn und deren therapeutische Veränderungen bei Behandlungsende (z. B. Speierer 2000, 2001, 2002a).

Personenzentrierte Aus- und Weiterbildung

1. Persönlichkeitsmerkmale und die soziale Wahrnehmung von MedizinstudentInnen auch im Vergleich zu StudentInnen anderer Fakultäten waren Gegenstände mehrerer Studien zur Erkundung von Kooperation und Konkurrenz unter den StudentInnen (z. B. Speierer/Weidelt 1984).

2. Neben der Konzeption des Patientenorientierten Gesprächs (s. o.) wurden entsprechende Übungen zum Erlernen im Studium

und für die ärztliche Weiterbildung entwickelt. (z. B. Speierer 1981, Speierer/Hochkirchen 1989) Seither haben ca. 1000 ÄrztInnen in entsprechenden Weiterbildungskursen bundesweit an den dazu entwickelten Übungen zum patientenorientierten Gespräch Erfahrungen gewonnen.

3. Ein Weiterbildungsgang der Fachhochschule Frankfurt in Personenzentrierter Beratung und Krisenintervention wurde konzeptionell und durch Lehrveranstaltungen unterstützt (Speierer 1992, 1997).

4. Ein Weiterbildungsgang zum Sozialtherapeuten (klientenzentriert/gesprächspsychotherapeutisch orientiert) wurde entwickelt (Jacobs/Luderer/Speierer/Tasseit 1998). In ihm werden SozialpädagogInnen sowie PsychologInnen und ÄrztInnen in einem 3-jährigen Curriculum in gesprächspsychotherapeutischer Behandlung von Abhängigkeitsstörungen weitergebildet. Seit 1998 wurden 4 Kurse begonnen, 2 davon als Pilotkurse erfolgreich abgeschlossen und in 3 Studien (Jacobs 2003, Schulz, 2003, Speierer 2003b) evaluiert.

Ausblick

Sicherlich sind mit dieser Darstellung die Möglichkeiten personenzentrierter Arbeit in der Medizinischen Psychologie nicht erschöpft. Freilich ist ihr derzeit gültiger Gegenstandskatalog dem zeitgemäßen Trend in Medizin und Psychologie entsprechend überwiegend an medizinisch behavioralen und biologistischen Modellvorstellungen orientiert. Sie geben einer sozialwissenschaftlichen und humanistisch begründeten personenzentrierten Sicht von Kranksein, Krankheit und der Interaktion der im Gesundheitswesen Tätigen miteinander und mit den Kranken jenseits von Lippenbekenntnissen nur begrenzte Freiräume und dies noch eher im Rahmen der Freiheit von Lehre und Forschung als in der praktischen Anwendung. Junge WissenschaftlerInnen mit personenzentrierter Identität sollten dennoch den Mut finden, sich dort zu positionieren. Die Gesprächspsychotherapie ist nunmehr auch in Deutschland als wissenschaftlich in seiner Wirksamkeit überprüfbares Heilverfahren anerkannt. Daher besteht berechtigte Hoffnung, dass deren Vermittlung in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung wieder vermehrt Interesse finden wird. Ihre Anwendungen werden gerade in einer Zeit, die immer mehr auf die Selbstverantwortung und Eigeninitiative der PatientInnen setzen muss, neue Anziehungskraft gewinnen. Dies gilt sowohl für das patientenorientierte Gespräch und die Zusammenarbeit mit Angehörigen von Patienten, wie für die Krisenintervention, die psychosomatische Grundversorgung und schließlich für die Einzel-, Kinder- und Gruppentherapie in ambulanten wie stationären Einrichtungen.

Ausgewählte Literatur

(Gesamtverzeichnis beim Verfasser)

- Jacobs, S./Luderer, H.-J./Speierer, G.-W./Tasseit, S. (1998), Weiterbildung zum Sozialtherapeuten klientenzentriert/gesprächspsychotherapeutisch orientiert, Köln (GwG-Verlag)
- Jacobs, S. (2003), Evaluation der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung von Alkoholismus im Rahmen der Weiterbildung zum Sozialtherapeuten klientenzentriert/gesprächspsychotherapeutisch orientiert, in: Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung (im Druck)
- Koch, U./Faller, H./Schröder, C./Kasten E./Wildgrube, K. (2003), Bestandsaufnahme zur Beschreibung des Fachs Medizinische Psychologie, in: Mitglieder Rundbrief April 2003 der DGMP
- Schulz, W. (2003), Dokumentation und Evaluation der „Weiterbildung zum Sozialtherapeuten klientenzentriert/gesprächspsychotherapeutisch orientiert“ in: Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung (im Druck)
- Speierer, G.-W. (1976), Dimensionen des Erlebens in Selbsterfahrungsgruppen, Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht)
- Speierer, G.-W. (1979), Ergebnisse der ambulanten Gesprächspsychotherapie, in: Fortschritte der Medizin, Nr. 35, 1527–1533
- Speierer, G.-W. (1980), Diagnose und Indikation in der Gesprächstherapie. In: IFT-Texte 3: Brengelmann, J. C. (Hg.), Entwicklung der Verhaltenstherapie in der Praxis, München (Gerh. Röttger-Verlag), 408–433
- Speierer, G.-W. (1981), Übungen zum ärztlichen Gespräch im medizinisch-psychologischen Unterricht: Materialien und Übungen zur Selbsterfahrung von Medizinstudenten, in: Gesellschaft für Medizinische Psychologie (Hg.), Bericht über den 3. Kongreß ‚Psychologie in der Medizin‘, Gießen 1981
- Speierer, G.-W. (1983), Personenorientierte Kinderheilkunde, in: Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, 3, 293–309
- Speierer, G.-W. (1985), Das patientenorientierte Gespräch. Baustein einer personenzentrierten Medizin, München (Causa-Verlag)
- Speierer, G.-W. (1988), A common concept of positive change in client-centered and other forms of psychotherapy. Paper presented at International Conference on Client Centered and Experiential Psychotherapy in Leuven, Sept. 12–16
- Speierer, G.-W. (1992), Medizin, Ökologie, klientenzentrierte Psychologie und Krisenintervention, in: Straumann, U. (Hg.), Beratung und Krisenintervention, Köln (GwG), 55–83
- Speierer, G.-W. (1994), Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung, Heidelberg (Asanger)
- Speierer, G.-W. (1995), Therapeutische Verhaltensweisen in der Gesprächspsychotherapie heute. Ergebnisse einer Umfrage bei allen GwG-AusbilderInnen (FacilitatorInnen), in: GwG-Zeitschrift Nr. 99, 33–41
- Speierer, G.-W. (1997), Personenzentrierte gesprächspsychotherapeutische Krisenintervention, in: Moshagen, D. H. (Hg.), Klientenzentrierte Therapie bei Depression, Schizophrenie und psychosomatischen Störungen, Heidelberg (Asanger), 113–121
- Speierer, G.-W. (1997), Das Regensburger Inkongruenzanalyse Inventar (RIAI): Erste Ergebnisse, in: Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 28,1, 13–21
- Speierer, G.-W. (1998), Psychopathology according to the Differential Incongruence Model, in: Greenberg, L. S./Watson, J. C./Lietaer, G. (Eds.), Handbook of Experiential Psychotherapy, New York (The Guilford Press), 410–427
- Speierer, G.-W. (2000), AlkoholpatientInnen: Psychopathologie, Begleitsymptome, Indikationsstellung, Therapieziele und Behandlungseffekte aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie, in: Speierer, G.-W. (Hg.), Neue Ergebnisse der ambulanten und stationären Gesprächspsychotherapie, Köln (GwG), 31–48
- Speierer, G.-W. (2001), Störungsspezifische Erlebensmuster bei Psychotherapie-PatientInnen, in: Langer, I. (Hg.), Menschlichkeit und Wissenschaft. Festschrift zum 80. Geburtstag von Reinhard Tausch, Köln (GwG), 244–256
- Speierer, G.-W. (2002a), Das Erleben von GesprächspsychotherapiepatientInnen bei Behandlungsbeginn: Ressourcen, Belastungen, Einschränkungen und andere Symptome. Eine Untersuchung mit dem RIAI, in: Iseli, C./Keil, W./Korbei, L./Nemeskeri, N./Rasch-Owald, S./Schmid, P. F./Wacker, P. (Hg.), Identität, Begegnung, Kooperation – Person-/Klientenzentrierte Psychotherapie und Beratung an der Jahrhundertwende, Köln (GwG-Verlag), S. 321–342
- Speierer, G.-W. (2002b), Das Differentielle Inkongruenzmodell der Gesprächspsychotherapie, in: Keil W./Stumm G. (Hg.), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie, Wien, New York (Springer), 163–185
- Speierer, G.-W. (2002c), Qualitätskontrolle und Prozessevaluation in der personenzentrierten Selbsterfahrungsgruppe: Empirische Ergebnisse, in: PERSON, 6,1, 65–76
- Speierer, G.-W. (2003a), Experienced Quality of Relationship and Evaluation in Person Centred Self-Experiencing Groups. Paper Presented at 6th World Conference on Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling (PCE 2003) July 6–11, 2003, Egmond aan Zee, the Netherlands. Zur Veröffentlichung eingereicht Juli, 2003
- Speierer, G.-W. (2003b), Evaluation der Gruppenselbsterfahrung in der Weiterbildung zum Sozialtherapeuten klientenzentriert/gesprächspsychotherapeutisch orientiert, in: Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung, 3, 159–164
- Speierer, G.-W./Helgert, N. (1998), Das Regensburger Inkongruenzanalyse Inventar, Internet: <http://www.biologie.uni-regensburg.de/med.psychologie/speierer>
- Speierer, G.-W./Helgert, N./Rösner, S. (1999), Aktuelle Ergebnisse zur Validierung und Normierung des Regensburger Inkongruenzanalyse Inventars (RIAI) (Internet)
- Speierer, G.-W./Hochkirchen, B. (1986), Erlebensentwicklung und der Prozeß der individuellen Problembearbeitung in der klientenzentrierten Selbsterfahrungsgruppe, in: Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie, 5,1, 33–46
- Speierer, G.-W./Hochkirchen, B. (1989), Ausbildung in Patient-Arzt-Interaktion in unserem medizinpsychologischen Unterricht. Vortrag anl. Internationales Symposium für Medizinische Psychologie Wien 27.–29. 10. 89, in: Rossmann, S./Frischenschlager, O. (Hg.), Wege zu einer neuen Medizin. Der Beziehungsaspekt in der Ausbildung, Wien (Facultas), 125–126
- Speierer, G.-W./Weidelt, J. (1984), Wie Medizinstudenten sich selbst und ihre Kommilitonen sehen. Ursachen unbefriedigender ärztlicher Kollegialität und Zusammenarbeit, in: Münchner Medizinische Wochenschrift, 126,1, 4–6
- Vymetal, J./Hoskovcova, S./Speierer, G.-W. (1998), Regensburger Inventar analyzy inkongruenci (RIAI), in: C. S. Psychiatrie, 94,2, 64–68

Autor

Speierer, Gert-Walter, (1941), Univ. Prof., Dr. Med., Dipl.-Psych., seit 1976 Leiter der Einheit Medizinische Psychologie der Universität Regensburg; 1973/74 Zusammenarbeit mit Carl Rogers im La Jolla Programm San Diego USA, Gastprofessor an der Karls- Universität Prag, Ausbilder (GwG), Lehrtherapeut und Supervisor (ÄGG) in Gesprächspsychotherapie.

Korrespondenzadresse

*Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Gert- W. Speierer
Medizinische Psychologie der Universität Regensburg
Postfach
D-93040 Regensburg
Tel.: 0941 / 943 31 14, Fax.: 0941 / 943 31 27
E-Mail: gert.speierer@biologie.uni-regensburg.de
Internet: <http://www.uni-regensburg.de/med.psychologie/speierer>*

Sichtweisen und Positionen der Verbände zum Personenzentrierten Ansatz in Deutschland

Zusammenfassung: *In den folgenden Beiträgen stellen sich in alphabetischer Reihenfolge die drei Verbände vor, die den Personenzentrierten Ansatz in Deutschland vertreten: ÄGG, DPGG und GwG.*

Résumé: *Ci après se présentent par ordre alphabétique les trois associations ÄGG, DPGG et GwG, qui s'engagent pour l'approche centrée sur la personne en Allemagne.*

Abstract: *In the following the three associations representing the person-centred approach in Germany will present themselves arranged in alphabetical order: ÄGG, DPBB und GwG.*

Jobst Finke

Die ÄGG stellt sich vor

Die Vorläuferorganisation der ÄGG (Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie) entstand 1977 als „Arbeitsgemeinschaft gesprächspsychotherapeutisch tätiger Ärzte in der GwG“. Diese wollte ein Forum sein, in dem speziell ärztliche Belange von GwG-Mitgliedern erörtert werden konnten. Da es sich in der Folge u.a. wegen der zunehmenden Formalisierung der ärztlich-psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung als wichtig erwies, gegenüber den hier federführenden Ärztekammern und anderen ärztlichen Verbänden (z. B. KBV) eine offizielle ärztliche Organisation als Vertreter gesprächspsychischer Interessen zu haben, wurde 1986 die o. g. Arbeitsgemeinschaft in die ÄGG e.V. überführt.

Die oben genannten Überlegungen erwiesen sich als richtig. So konnten wir auf Grund unserer Initiative gegenüber den Landesärztekammern erreichen, dass in fast allen deutschen Bundesländern die GPT zumindest als „Zweitverfahren“ (s. den Beitrag von Finke und Teusch in diesem Heft) in der ärztlich-psychotherapeutischen Weiterbildung anerkannt ist. Nach der kürzlichen Anerkennung der GPT als wissenschaftliches „Vollverfahren“ durch den wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer sehen wir jetzt unsere

Aufgabe darin zu erreichen, dass die GPT neben der Psychoanalyse und Verhaltenstherapie auch als Hauptverfahren in der ärztlichen Weiterbildung anerkannt wird. Seit 1990 haben wir uns auch zusammen mit der GwG, zu der wir weiterhin ein sehr freundschaftliches Verhältnis pflegen (die meisten unserer Mitglieder sind auch Mitglied in der GwG), gegenüber der KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) um eine kassenrechtliche Anerkennung der GPT bemüht. Gegenwärtig versuchen wir zusammen mit der GwG und der DGPP erneut, diese Anerkennung durchzusetzen.

Eine weitere Aufgabe sehen wir darin, mit Chefärzten psychiatrisch-psychotherapeutischer Einrichtungen, die dem PCA nahe stehen, Kontakt zu halten und diese auch zu motivieren, die GPT in der Weiterbildung ihrer Assistenten gebührend zu berücksichtigen.

Die ÄGG veranstaltet pro Jahr zwei wissenschaftliche Tagungen, eine davon regelmäßig am Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel und die andere an wechselnden Orten Deutschlands und hoffentlich bald auch in anderen Ländern, denn wir verstehen uns nicht als eine rein deutsche Gesellschaft und sind dies auch nicht. Die ÄGG hat ca. 50 Mitglieder, die PERSON ist ihre offizielle Verbandszeitschrift.

Jochen Eckert, Gisela Clausen, Diether Höger, Doris Müller und Werner W. Wilk¹

Die Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG)

Die DPGG wurde 1998 gegründet und hat in der Vereinssatzung als ihr Ziel formuliert:

Die Gesellschaft vertritt die fachpolitischen und die daran gebundenen berufspolitischen Interessen der psychologischen Gesprächspsychotherapeutinnen und Gesprächspsychotherapeuten.

Die Gesellschaft fördert die Gesprächspsychotherapie und die ihr zugrundeliegende, auf Carl R. Rogers zurückgehende Klientenzentrierte Theorie in

- Forschung
- Lehre (Aus-, Weiter- und Fortbildung) und
- Anwendung (Prävention, Behandlung, insbesondere heilkundliche Psychotherapie und Rehabilitation).

Solche Ziele finden sich auch in anderen Satzungen von Vereinen, die sich auf Carl Rogers und seinen therapeutischen Ansatz berufen und die zudem bei der Gründung der DPGG bereits bestanden. In Deutschland sind das die Gesellschaft für wissenschaftlich Gesprächspsychotherapie (GwG) und die Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG). Die Frage liegt nahe: Warum ein weiterer Verein mit Satzungszielen, die sich auch bei anderen finden? Auch der Chefredakteur der Zeitschrift „Psychotherapeuten FORUM“ wollte sie gern beantwortet haben und stellte sie dem 1. Präsidenten der DPGG:

Frage: Herr Prof. Eckert, Sie haben zusammen mit Kolleginnen und Kollegen einen Fachverband für Gesprächspsychotherapie gegründet. Was versprechen Sie sich davon?

Antwort: Eine Bündelung der Interessenvertretung der psychologischen Gesprächspsychotherapeuten. Eine solche Bündelung ist notwendig, weil durch das Psychotherapeutengesetz ein neuer Beruf geschaffen worden ist. Mit der Schaffung dieses Berufes des Psychologischen Psychotherapeuten gehen einschneidende Veränderungen im Ausbildungswesen und im Berufsbild des Psychotherapeuten einher.

Frage: Bisher wurden die Interessen der Gesprächspsychotherapeuten von der mitgliederstarken GwG wahrgenommen. Inwiefern ist es sinnvoll, eine zweite Interessenvertretung einzurichten. Schwächt das nicht die Schlagkraft der GwG?

Antwort: Uns liegt nichts an einer Schwächung der GwG, sondern an einer Stärkung der Lobby für das Verfahren Gesprächspsychotherapie. Für die Förderung des Verfahrens Gesprächspsychotherapie ist es sicherlich sogar günstig, wenn wir bei den

Verhandlungen im Zusammenhang mit dem Psychotherapeutengesetz mit mehr als einer Stimme sprechen. Das hat sich bei Verhandlungen auf Länderebene auch bereits gezeigt.

Übrigens hat die bereits vor Jahren erfolgte Gründung der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG) die GwG offensichtlich auch nicht geschwächt.

Frage: Auch wenn Sie von Verstärkung sprechen: Es gibt Stimmen, die sprechen von einer Spaltung der GwG durch die Gründung der DPGG.

Antwort: Die Gefahr einer Spaltung besteht nur dann, wenn einer der beiden Beteiligten das so sieht bzw. sehen will und entsprechend handelt. Wir suchen die Kooperation, was sich u. a. darin zeigt, dass GwG-Mitglieder bei uns nur den halben Mitgliedsbeitrag zu zahlen haben.

Frage: Dennoch: warum stärken sie nicht die GwG von innen, sondern gründen einen neuen Verband?

Antwort: Die GwG hat das Klientenzentrierte Konzept für verschiedene Berufsgruppen – Psychologen, Pastoren, Pädagogen, Sozialarbeiter usw. – in sehr unterschiedlichen Anwendungsfeldern – Beratung, Organisations- und Personalentwicklung usw. – zu vertreten, d. h. sie muss zum Teil sehr unterschiedliche Interessenlagen miteinander in Einklang bringen. Die Wahrung dieser Interessenvielfalt geht sicherlich in manchen Situationen auf Kosten der Wahrnehmung der Interessen einer einzelnen Berufsgruppe.

Frage: Was sind Ihre nächsten Ziele?

Antwort: Wir müssen dafür sorgen, dass Psychologische Psychotherapeuten mit dem Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie ausgebildet werden können und dass das Verfahren Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen wird.

Nehmen wir ein Ergebnis vorweg: Deutsche Psychologen und Psychologinnen können sich inzwischen zum Psychologischen Psychotherapeuten mit dem Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie ausbilden lassen. Dieses Ziel ist erreicht worden, denn am 16.9.2002 stellte der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie in einem Gutachten fest, dass die vom Beirat festgelegten Kriterien für die Zulassung des Verfahrens für die vertiefte Ausbildung erfüllt seien.

¹ Die Autorinnen und Autoren sind seit der Gründung der DPGG Präsidiumsmitglieder.

Was war der Anlass für die Gründung der DPGG?

Sieht man von der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie einmal ab, dann berührt das deutsche Psychotherapeutengesetz (PsychThG) vor allem die Interessen der Berufsgruppe der Diplompsychologen. Im Zuge der Umsetzung des PsychThG wurde deutlich, dass diese Interessen nicht nachdrücklich und effektiv vertreten werden können, wenn das durch einen Verband geschieht, der nicht nur die Interessen anderer Berufsgruppen – u. a. Seelsorger, Pädagogen und Sozialarbeiter – zu vertreten, sondern auch die Entwicklung des Klientenzentrierten Konzepts in anderen Anwendungsfeldern als Psychotherapie – u. a. Beratung, Personalentwicklung – zu fördern hat. Zu dieser Auffassung kam eine Gruppe von gut 30 Psychologinnen und Psychologen, die sich erstmals im Februar 1997 in Hannover im Hotel Körner getroffen hatten, um sich vor dem Hintergrund des PsychThG Gedanken über die Zukunft der Gesprächspsychotherapie und des Klientenzentrierten Konzepts zu machen. Beim dritten Treffen dieser Gruppe, die inzwischen nach dem Ort ihrer Treffen „Körnerkreis“ genannt wurde, wurde einstimmig die Notwendigkeit gesehen, einen Verband zu gründen, der in Analogie zur Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG) die spezifischen Interessen von psychologischen Gesprächspsychotherapeuten vertritt.

Bis dahin wurden die psychologischen Gesprächspsychotherapeuten nur von einem Verband vertreten. Entsprechend hatten sie in den mit der Umsetzung des PsychThG befassten Gremien auch jeweils nur eine Stimme, während die beiden anderen psychotherapeutische Grundorientierungen (Verhaltenstherapie und Psychoanalyse bzw. Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie) durch mehr als nur einen Verband repräsentiert wurden und somit in der Regel auch mehr als eine Stimme hatten. Mit der Gründung der DPGG verdoppelte sich somit das Gewicht der Gesprächspsychotherapie im Hinblick auf die politische Interessenvertretung.

Konkret hat sich das in der Form niedergeschlagen, dass in den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) zwei Gesprächspsychotherapeuten – je einer aus der DPGG und der GwG – gewählt worden sind. Diesem Gremium kam insofern besondere Bedeutung zu, als ihm der Gesetzgeber die Aufgabe übertragen hatte, in Zweifelsfällen den für die Zulassung von Therapieverfahren zuständigen Behörden zur Seite zu stehen: „Soweit nach diesem Gesetz die wissenschaftliche Anerkennung eines Verfahrens Voraussetzung für die Entscheidung der zuständigen Behörde ist, soll die Behörde ihre Entscheidung auf der Grundlage eines Gutachtens eines wissenschaftlichen Beirates treffen, der gemeinsam von der auf Bundesebene zuständigen Vertretung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie der ärztlichen Psychotherapeuten in der Bundesärztekammer gebildet wird“ (§ 11 PsychThG).

Der Weg zur wissenschaftlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie

Im WBP wurde ein Kriterienkatalog für die Feststellung der Wirksamkeit eines Psychotherapieverfahrens für seine Zulassung als Schwerpunktverfahren in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten erstellt. Im ersten Anlauf wurde zwar die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie für verschiedene Anwendungsbereiche von Psychotherapie festgestellt, aber für die Zulassung als Schwerpunktverfahren in der Psychotherapeutenausbildung fehlte die Anerkennung in einem weiteren Anwendungsbereich. In zwei Anwendungsbereichen fehlte jeweils eine Wirksamkeitsstudie zur Anerkennung des Bereiches. Es galt also in einem dieser beiden Bereiche noch eine passende Wirksamkeitsstudie zu finden, die bei der Literatursichtung übersehen worden war, oder eine geeignete Studie aufzulegen und nachzuliefern oder einen Fehler bei der bisherigen Bewertung zu finden. Letzteres gelang Prof. Reinhard Tausch, der feststellte, dass eine Studie falsch eingeordnet war. Sie gehörte in einen der Anwendungsbereiche, in dem noch eine Studie fehlten. Der WBP schloss sich dieser Auffassung von Prof. Tausch an und ordnete diese Studie anders zu. Damit war den Kriterien des Beirats Genüge getan und am 16. 9. 2002 erfolgte die offizielle Empfehlung des WBP in Form eines Gutachtens, die Gesprächspsychotherapie als Schwerpunktverfahren in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten zuzulassen.

Zwischen der Gründung des WBP bis zur Anerkennung der Gesprächspsychotherapie lagen drei Jahre, in denen anderen Verfahren, und zwar der Systemischen Therapie und dem Psychodrama, eine Anerkennung versagt wurde, und die Anerkennung der neuropsychologischen Therapie nur für *einen* Anwendungsbereich ausgesprochen wurde. Und die Verfahren, die als so genannte Richtlinienverfahren in der kassenärztlichen Versorgung integriert waren, nämlich psychoanalytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie, galten ohne Prüfung durch den WBP als wissenschaftlich anerkannt, so dass wir heute für Deutschland die etwas makabre Feststellung machen können: Die Gesprächspsychotherapie ist das einzige psychotherapeutische Verfahren, das auf Grundlage des Psychotherapeutengesetzes wissenschaftlich anerkannt ist.

Um diese Schieflage etwas auszugleichen haben die Vertreter der Richtlinienverfahren beschlossen, ihre Verfahren ebenfalls durch den WBR nach dessen Kriterien prüfen bzw. evaluieren zu lassen. Diese Prüfung ist noch nicht abgeschlossen, aber es ist jetzt schon deutlich, dass diese Prüfungen keine „Selbstgänger“ sein werden.

Zur inneren Organisation der DPGG

Ordentliches Mitglied der DPGG kann werden, wer

1. ein Diplom in Psychologie besitzt,
2. eine abgeschlossene Ausbildung in Gesprächspsychotherapie an einer von der DPGG anerkannten Weiterbildungseinrichtung

bzw. in Zukunft an einer staatlich anerkannten Ausbildungsstätte vorweisen kann sowie

3. die Approbation oder staatliche Erlaubnis zur Ausübung heilkundlicher Psychotherapie hat.

Anstelle von Punkt 2. und 3. ist auch der Nachweis von Forschung und Lehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts – insbesondere in Gesprächspsychotherapie möglich.

Möglich ist außerdem eine außerordentliche Mitgliedschaft. Erforderlich ist dafür das Diplom in Psychologie sowie der Nachweis einer begonnenen Ausbildung (vgl. oben Punkt 2).

Die Mitglieder werden über Rundbriefe informiert, sie können sich auch, wie jeder andere Interessierte, auf der Homepage der DPGG umschauen (www.dpgg.de) oder die DPGG-Nachrichtenseite in der Zeitschrift des Deutschen Psychotherapeutenverbandes „PsychotherapeutenForum“ lesen. Last not least erhalten sie regelmäßig die Zeitschrift PERSON.

Nach der Satzung der DPGG sind die Mitglieder in *Landesgruppen* organisiert, die einen Landesvertreter und dessen Stellvertreter wählen. Die Landesvertreter bilden die *Leitungskonferenz*, die mindestens zweimal im Jahr tagt, um die Aktivitäten auf der Landesebene zu koordinieren und das Präsidium zu beraten.

Das *Präsidium* hat fünf Mitglieder und wird von der *Mitgliederversammlung* gewählt und beruft für besondere Aufgaben *Ausschüsse* ein. Ständige Ausschüsse sind vorgesehen für die Zusammenarbeit mit Universitäten, Forschung, Ausbildungswesen und die Mitgliederbetreuung.

Die Organisation nach außen

Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem Deutschen Psychotherapeutenverband (DPTV). Eine weitere Kooperationsvereinbarung besteht mit der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG). In der Vergangenheit wurde mit beiden Verbänden in Bezug auf die berufsrechtliche und sozialrechtliche Anerkennung der GPT erfolgreich kooperiert. Die Zusammenarbeit mit den deutschsprachigen Nachbarverbänden in Österreich und der Schweiz hat sich in Form einer gemeinsamen Herausgeberschaft der Zeitschrift PERSON konkretisiert.

Es bestehen Kooperationen mit Universitäten, an denen GPT gelehrt wird, vor allem im Hinblick auf Forschung und Lehre, sei es, dass Praktiker für Lehrveranstaltungen vorgeschlagen werden, sei es die gemeinsame Planung von Weiterbildungsveranstaltungen, auf die im folgenden Abschnitt näher eingegangen wird.

Forschung und Lehre, Fort- und Weiterbildung

Neben der berufspolitischen Aufgabe, zur Integration der Gesprächspsychotherapie in das deutsche Gesundheitswesen beizutragen, hat die DPGG fachverbandliche Aufgaben wahrgenommen. Als besonders wichtig wird die Etablierung eines regelmäßigen Weiter- und Fortbildungsangebotes angesehen.

Deshalb findet einmal jährlich – jeweils am letzten Aprilwochenende – im Anschluss an die Mitgliederversammlung eine Weiterbildungsveranstaltung statt: Auf das „Kleine Forum“, bei dem in ein bis drei Vorträgen mit Diskussion ein aktuelles fachliches oder berufspolitisches Themen behandelt wird, folgt im Jahr darauf das „Große Forum“. In ihm wird in der Regel das Thema des vorangegangenen Kleinen Forums aufgegriffen, um es in einer einseinhalbtägigen Veranstaltung in Vorträgen, Arbeitskreisen und Plenumsdiskussionen zu vertiefen und anzureichern.

Bisher wurden zwei Große Foren abgehalten:

- 2000 in Bonn zum Thema „Gesprächspsychotherapie: Beziehung – Vertrauen – Heilung. Die Sehnsucht des Menschen, verstanden zu werden“
- 2002 in Berlin zum Thema „Notfallpsychologie und Traumatherapie aus gesprächspsychotherapeutischer Sicht“.

2004 wird das Thema „Diagnostik und Therapie von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung“ behandelt werden.

Die DPGG sieht eine ihrer Aufgaben auch darin, einen hohen Standard in der Ausbildung, die ja jetzt an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten erfolgt, zu gewährleisten. Sie hat daher in Kooperation mit der GwG ein Mustercurriculum für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten mit Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie ausgearbeitet.

Was spricht für eine Mitgliedschaft in der DPGG?

Diese Frage wird von Interessenten häufiger an uns gerichtet. Wir tun uns mit einer vollständigen Antwort schwer, weil ein Aspekt der Antwort dazu führen könnte, dass diese an Wahrhaftigkeit verliert: Wir bieten den Mitgliedern eine überschaubare Heimat, denn wir sind ein kleiner, übersichtlicher Verein mit knapp 100 Mitgliedern. Die meisten kennen sich untereinander, und die Foren sind willkommene Gelegenheiten, sich wiederzusehen und auszutauschen.

Sollten diese nun von sehr vielen Kolleginnen und Kollegen attraktiv gefunden werden, könnte es mit der Überschaubarkeit vorbei sein. In der Tat sind wir ein wenn auch langsam, so doch kontinuierlich wachsender Verein. Wir werden jedoch alles daran setzen, auch bei abnehmender Überschaubarkeit nichts an Attraktivität für unsere Mitglieder zu verlieren.

Helga Kühn-Mengel

Der Personenzentrierte Ansatz in Deutschland

Entwicklungen und Herausforderungen aus Sicht der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG e.V.)

Die GwG e.V. ist ein Fachverband für Psychotherapie und Beratung. Darin kommt die programmatische Zielsetzung zum Ausdruck, die Ideen, Überzeugungen und Erkenntnisse des Personenzentrierten Ansatzes in allen Bereichen des menschlichen Zusammenlebens zur Anwendung und zur Verbreitung zu bringen.

Entsprechend wird hier zu den Entwicklungen in den Bereichen Psychotherapie und Beratung berichtet.

I. Gesprächspsychotherapie im Aufwind

Einhellige Unterstützung durch die Psychotherapeutenkammern

Die Gesprächspsychotherapie (GPT) ist seit über 30 Jahren in Ost- und Westdeutschland in der ambulanten und stationären Krankheitsbehandlung durch Ärzte und Psychologen weit verbreitet. Entsprechend wurde sie bei der Einführung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) im Jahre 1999 bundeseinheitlich als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren berücksichtigt. Dennoch wurden der Ausbildung in Gesprächspsychotherapie nach den gesetzlichen Bestimmungen wider Erwarten Hindernisse in den Weg gestellt:

Das Gesetz sieht eine zur Approbation führende Ausbildung an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten vor. Die Landesbehörden entscheiden, in welchen Psychotherapieverfahren diese Ausbildung erfolgen kann. Haben die Landesbehörden Zweifel, können diese einen gesetzlich vorgesehenen Wissenschaftlichen Beirat um gutachtliche Beratung bitten.

Auf die im September 1998 erfolgte Anfrage von zwei der 16 Bundesländer zur GT wegen bestehender „Restzweifel“ bestätigte dieser Wissenschaftliche Beirat zwar die Wissenschaftlichkeit der GT und stützte sich dabei auf 29 von ihm anerkannte Wirksamkeitsstudien. Dennoch empfahl er den Landesbehörden, die GT nicht als Ausbildungsverfahren zuzulassen, dazu mangle es der GT an **einer** (!) weiteren Wirksamkeitsstudie.

Der rechtlich und fachlich höchst umstrittene Beirat war damit weit und rechtswidrig über die ihm zugewiesene Aufgabenstellung hinausgegangen. Es dauerte nahezu drei weitere Jahre, bis dieser wissenschaftspolitische Skandal durch verschiedene Interventionen im September 2002 beendet werden konnte.

Für die Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPen) dauert er noch an: Um die psychotherapeutische

Behandlung von Kindern und Jugendlichen neben den Psychologen auch anderen Grundberufen zu öffnen, sieht das Gesetz eine gesonderte Ausbildung von KJPen vor. Eine KJP-Ausbildung in GT bleibt vorerst noch versperrt, weil der Beirat seine Empfehlung nur für die Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten (PPen) ausgesprochen hat.

Diese altergruppenspezifische Aufgliederung eines Psychotherapieverfahrens ist weder fachlich noch rechtlich begründbar. Der Entscheidung können nur sachfremde, berufspolitisch motivierte Erwägungen zugrunde liegen. Die Absurdität wird schon daran erkennbar, dass in GT ausgebildete Psychologische Psychotherapeuten selbstverständlich auch Kinder und Jugendliche mit Gesprächspsychotherapie behandeln dürfen.

Mehrere Ausbildungsstätten, die KJPen in GT ausbilden wollen, führen deshalb Klageverfahren mit guten Erfolgsaussichten gegen die Landesbehörden.

II. Perspektiven für Gesprächspsychotherapie

1. Unterstützung durch die Kammern

Das Anliegen der GT findet in der Psychotherapeutenchaft breite und nachhaltige Unterstützung. Nachdem der Beirat sich – vorerst für den Bereich der PP-Ausbildung – berichtigt hatte, verabschiedeten nahezu alle Landes-Psychotherapeutenkammern als gesetzlich vorgesehene Interessensvertretung der Psychotherapeuten Beschlüsse zur Unterstützung der GT.

Der Beirat habe „nun nachvollzogen, was in der internationalen Fachöffentlichkeit schon seit langem unumstritten war“, jetzt müsse die „volle leistungsrechtliche Anerkennung der GT“ (Kassenanerkennung) erfolgen. In der ungeteilten Unterstützung durch die Kammern der neuen Heilberufe kommt die Überzeugung zum Ausdruck, dass die Einbeziehung der Gesprächspsychotherapie im Gesamtinteresse der psychotherapeutischen Versorgung liegt.

2. Ausbildung

Die bisher nach den Richtlinien des Fachverbandes GwG auf anerkannt hohem Niveau durchgeführte GT-Ausbildung wird seitens der Psychologen nicht mehr nachgefragt werden, da nur die zur

Approbation führende Ausbildung an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten eine verlässliche Berufsausübungsperspektive bietet. Attraktiv wird die GwG-Ausbildung für diejenigen bleiben, die wegen eines anderen Grundberufs eine zur Approbationserteilung führende Ausbildung nicht absolvieren können, sich aber psychotherapeutisch qualifizieren möchten.

Die GwG hat ein nachhaltiges Interesse daran, dass der von dem wissenschaftlichen Beirat attestierte hohe Ausbildungsstandard der GwG-Ausbildung auch im Rahmen der Ausbildung nach den gesetzlichen Bestimmungen erhalten bleibt. Das ist nicht selbstverständlich, weil die Anforderungen an das Lehrpersonal an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten unter dem Standard liegen, den die GwG mit ihren Anforderungen an die Ausbildungsberechtigung etabliert hat. Zu diesem Zweck hat die GwG eine Broschüre zur Gesprächspsychotherapieausbildung herausgegeben, die inhaltlich gemeinsam mit der DPGG erarbeitet wurde. In ihr sind auch die von der GwG zur Ausbildung qualifizierten Ausbilder aufgeführt.

Die Broschüre dient zum einen der Information von GT-Ausbildungsinteressenten. Zum anderen wurde sie allen Ausbildungsstätten, die in einem anderen Verfahren ausbilden, zur Verfügung gestellt, da diese gesetzlich gehalten sind, Grundkenntnisse auch in GT zu vermitteln.

Der Etablierung der Gesprächspsychotherapie in die approbationsfähige Ausbildung stehen allerdings kaum kompensierbare Wettbewerbsnachteile entgegen, solange die Gesprächspsychotherapie nicht auch als „Kassenverfahren“ anerkannt ist: Die Kosten für eine Ausbildung sind um ca. € 30.000 günstiger, wenn sie in einem Kassenverfahren erfolgt, weil die Krankenkassen sich dann an der praktischen Ausbildung durch Kostenübernahme beteiligen. Zudem ist die Ausbildung in einem Kassenverfahren mit erheblich günstigeren Berufsausübungserwartungen verbunden.

Zur zügigen Etablierung von GT-Ausbildungsstätten hat die GwG Gründungs-Initiativen in einem „GT-Ausbildungsstätten-Verbund“ organisiert. Diese Ausbildungsstätten haben sich auf Ausbildungsstandards verpflichtet, die die Aufrechterhaltung der hohen Ausbildungsqualität in Gesprächspsychotherapie auch an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten garantieren. Interessenten für eine GT-Ausbildung in Gesprächspsychotherapie sollen diese Ausbildungsstätten zuvörderst empfohlen werden.

Gesprächspsychotherapeuten, denen bei Inkrafttreten des PsychThG keine Approbation erteilt wurde, dürfen Psychotherapie nur noch dann ausüben, wenn sie nach dem so genannten Heilpraktikergesetz eine Erlaubnis zur eingeschränkten Ausübung der Heilkunde erwirkt haben.

Sie dürfen sich aber nicht als Psychotherapeuten ankündigen, da diese Bezeichnung unter den Titelschutz des PsychThG gestellt wurde.

Dem weit überwiegenden Teil der von der GwG ausgebildeten Gesprächspsychotherapeuten wurde aber die Approbation erteilt. Meist sind sie auch zu der Kassenversorgung zugelassen. Dazu mussten sie sich allerdings bei der Einführung des Gesetzes in einem der beiden Kassenverfahren, d. h. der Psychoanalyse/tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie ausweisen. Nach den Unterlagen der GwG arbeiten ca. 1.200 ausgebildete Gesprächspsychotherapeuten in der Kassenversorgung.

3. Sozialrechtliche Anerkennung

Über die Berücksichtigung von Psychotherapieverfahren in der Kassenversorgung entscheidet in Deutschland der „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“, ein paritätisch von Vertretern der Krankenkassen und der Leistungserbringer besetztes Selbstverwaltungsgremium.

Die drei Verbände ÄGG, DPGG und GwG hatten nach der Anerkennung der GT als Ausbildungsverfahren schon im Oktober 2002 geeignete Materialien zur Prüfung der GT vorgelegt.

Die Einschätzung von Zeitbedarf und Erfolgsaussichten ist aber nach den Erfahrungen aus der Vergangenheit schwierig: Die historisch entstandene, gesetzlich verfestigte Situation, dass in dem Bundesausschuss nur bisherige „Marktteilnehmer“ darüber entscheiden, ob sie neue Anbieter bzw. alternative Leistungsangebote zum Markt zulassen, beinhaltet die Neigung zur „Hinterzimmerpolitik“ und die Tendenz zur Verteidigung des Status quo; fach- und sachgerechte Innovationen können sich nur schwer durchsetzen.

4. Weiterentwicklung der Psychotherapie

Mit der Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als Vertragsleistung wird ein Schritt zur Beendigung des lange andauernden, von ökonomischen Interessen überlagerten Schulenstreites getan. Die neue Verfahrenskoexistenz kann das gegenseitige voneinander Lernen im Interesse der Patienten fördern und durch Kooperation auf das entwicklungsfeindliche Schulendenken progressiv verändernd einwirken. Die Dringlichkeit, zur Weiterentwicklung der Psychotherapie Abgrenzungen zu überwinden und der wachsenden Kluft zwischen Vorschrift und Praxis entgegenzuwirken, wird von vielen Seiten betont. In den Reihen der Gesprächspsychotherapie ist die Bereitschaft dazu vorhanden.

Carl Rogers, Begründer der Gesprächspsychotherapie und der empirischen Psychotherapieforschung, beschrieb den Zweck seiner Forschung: *„Der Sinn liegt vor allem darin, durch eine Vermehrung des objektiv überprüfbaren Wissens zum allmählichen Ableben verschiedener „Schulen“ der Psychotherapie, einschließlich der Klientenzentrierten, beizutragen. In dem Maße, in dem wir solidere Kenntnisse*

darüber gewinnen [...] in dem Maße werden dogmatische und rein theoretische Formulierungen an Bedeutung verlieren.“

Pionieren mit Visionen ist wohl eigen, aktuell zu bleiben!

III. Der Personenzentrierte Ansatz in der Beratung

1. Berater – ein neues Berufsbild?

Beratungsleistungen in den verschiedensten Bereichen der Gesellschaft sind ein „Wachstumsmarkt“. Die quantitativ stark ansteigende Forderung nach Beratungsleistungen geht mit zunehmender Ausdifferenzierung und Spezialisierung der Beratungsleistungen einher. Das verlangt nach einer standardisierten Qualifizierung und Professionalisierung der im Beratungsbereich Tätigen, um eine professionell verantwortbare und ethischen Prinzipien verpflichtete Beratung zu gewährleisten.

Die GwG hat deshalb im Jahre 2001 die Initiative dazu ergriffen, die in Deutschland im Bereich der psychosozialen Beratung engagierten Verbände und Institutionen in einer „AG Beratungswesen“ zu organisieren. Auf der Grundlage einer inzwischen verabschiedeten Plattform „Psychosoziales Beratungsverständnis“ wird sich die bisher federführend von der GwG geleitete und organisierte „AG Beratungswesen“ in naher Zukunft als Dachverband „Deutsche Gesellschaft für Beratung (DGFB)“ konstituieren.

2. Weiterbildungen nach dem Personenzentrierten Ansatz

Neben dem Engagement für eine die fachlichen Ausrichtungen übergreifende Organisation des Beratungswesens entwickelt und verwirklicht die GwG-Akademie zusammen mit Fachgremien der GwG auf der Grundlage des Personenzentrierten Ansatzes inhaltliche Konzepte für die sich ausdifferenzierenden Segmente des Beratungswesens. Dazu gehören insbesondere

- a. Weiterbildungsgang Sozialtherapie (Suchttherapie), der von dem „Verband der Rentenversicherer“ anerkannt ist
- b. Weiterbildung zum Supervisor, die in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Supervision durchgeführt wird
- c. Weiterbildung in „Personal- und Organisationsentwicklung“, die seit 4 Jahren durchgeführt wird
- d. Weiterbildung in „Mediation“
- e. Der Weiterbildungsgang „Personenzentrierte Beratung“ übergreift die unterschiedlichen Anwendungsfelder und enthält anwendungsspezifische Module für Personenzentrierte Beratung.

Von besonderer Bedeutung für die Verbreitung des Personenzentrierten Ansatzes in der Beratung ist der Studiengang „Personenzentrierte

Beratung: Counsellor“. Die GwG-Akademie hat dazu mit der Fern-Universität Hagen einen Kooperationsvertrag zur gemeinsamen Durchführung des Studiums „Personenzentrierte Beratung: Counsellor“ geschlossen. Das Fernstudium umfasst fünf Semester. Angestrebt ist, dass der Studiengang mit dem akademischen Grad „Master of Counselling“ abschließt. Dazu befindet sich der Studiengang im Prüfverfahren durch die zuständige Akkreditierungs-Agentur, einer Einrichtung im Auftrag der zuständigen Ministerien.

3. Antworten mit dem Personenzentrierten Ansatz auf aktuelle gesellschaftliche Herausforderungen am Beispiel „Schule“

Das deutsche Schulwesen ist in der Krise. Das gilt nicht erst seit „PISA“ und den dramatischen Ereignissen in Erfurt, die Krise ist seitdem aber in den Mittelpunkt öffentlichen Interesses gerückt. Sowohl die Leistungsfähigkeit der Institution Schule als auch die soziale Kompetenz der Schüler und Lehrer stehen in der Kritik.

Die GwG hat dazu ein Fortbildungsprogramm für eine „Personenzentrierte Schule“ entwickelt und allen Schulbehörden und Schulen durch eine Broschüre bekannt gemacht. Das Fortbildungsprogramm soll den an „Schule“ Beteiligten insbesondere helfen, Schule als gemeinsames Werk von Lehrern und Schülern zu begreifen und Konflikte zwischen kognitivem und sozial-emotionalem Lernen zu lösen.

„Personenzentrierte Schule“ realisiert die Grundannahmen des Personenzentrierten Ansatz, dass bei günstigen Bedingungen Lehrer und Schüler und damit die Schulgemeinde sich selbständig und eigenverantwortlich in Richtung auf Wachstum und Selbstaktualisierung entwickeln. Die in Deutschland zunehmende Tendenz zur „Selbständigen Schule“ schafft die organisatorischen Rahmenbedingungen, in denen eine „Personenzentrierte Schule“ Chancen zur Entfaltung und Verwirklichung hat.

Zusammenfassung

Wir können feststellen, dass der zeitweise „aus der Mode gekommene“ Personenzentrierte Ansatz in Deutschland wieder zunehmende Akzeptanz erfährt und aufgegriffen wird.

Der Personenzentrierte Ansatz beinhaltet den Auftrag, zu einer humanen Gesellschaft beizutragen.

In diesem Sinne sind die Bereiche Psychotherapie und Beratung in besonderer Weise geeignet, den negativen Entwicklungen in unserer sozial verarmenden, überwiegend erfolgsorientierten Kultur durch die Verwirklichung der Prinzipien des Personenzentrierten Ansatzes positiv entgegenzuwirken und zur humanen Gestaltung in allen Lebenszusammenhängen unserer Gesellschaft beizutragen.

Rezension

Margarethe Letzel

Josef Giger-Bütler: „Sie haben es doch gut gemeint“. Depression und Familie

Beltz Verlag, Weinheim, 2003, ISBN 3-407-85788-8, 244 Seiten, € 17,90

Depressionen sind ein weit verbreitetes Leiden – und doch wissen auch Fachleute bisher noch wenig Erhellendes darüber. In den letzten Jahren wurden nicht zuletzt auch deshalb mehr und mehr biologische Erklärungen gesucht. Der Wunsch, zu verstehen, was da eigentlich passiert, wenn Betroffenen das Leben zur bleiernen Qual wird, ist groß. Schleichend oder schlagartig kommen solche Zustände – und können sich hartnäckig festsetzen. Erkrankte, Angehörige und nicht zuletzt auch Helfende sind oftmals ratlos und tappen im Nebel. Diesen Nebel etwas aufzuhellen, dieses Unterfangen hat Josef Giger nun unternommen. Der langjährige Psychotherapeut schreibt von seinen Erfahrungen und Schlussfolgerungen, die er aus der Arbeit mit depressiven Klienten gezogen hat. Entstanden ist ein lebendiges, tiefgreifendes Buch zu einer so schwierigen, oft lähmenden Thematik. Mit seiner klaren, erlebensnahen Sprache ist es ein Buch, das sich zunächst an Betroffene und ihr Umfeld richtet, bietet jedoch zugleich von seinen fachlichen Schlussfolgerungen her auch für Fachleute eine neue Perspektive. Dem Autor ist es gelungen, offen hinzuschauen und hinzuhören, was depressive Menschen erleben und wie sie ihr Leben leben und leiden. Das klingt unspektakulär. Es ist jedoch genau dieses präzise, unverstellte Hinschauen, anhand dessen er verblüffend einleuchtend entwickelt, welches einerseits die Faktoren sind, die zum depressiven Erleben führen und was andererseits den Ansatzpunkt eröffnet, um aus diesem Leiden auszusteigen.

Doch der Reihe nach: Nimmt man das Buch als Fachperson in die Hand, so ist man zunächst ein Stück irritiert. Jedenfalls war für mich durch den mysteriösen Titel zunächst nicht so klar ersichtlich, was der Autor will. Betreibt er Ursachenforschung, wie der Untertitel „Depression und Familie“ suggerieren könnte? Lange Auflistungen im Inhaltsverzeichnis zu verschiedenen Familienkonstellationen, die depressionsfördernd sind, verstärken den Eindruck zunächst, dass es hier vor allem um Kausalkonstruktionen gehe, nach dem Motto: Wenn das und das gegeben, dann folgt die Depression. Das wäre eine Form der Theoriebildung, die andernorts oft nicht recht überzeugt und vor dem Hintergrund neuerer systemtheoretischer

Ansätze immer weniger tragfähig wirkt. Doch um diese Art Ursachenforschung geht es Josef Giger-Bütler nicht. Solches würde auch nicht unbedingt zum neugierigen Weiterlesen reizen. Stutzen lassen vielmehr Kapitelüberschriften wie „Depression und Überforderung – eine unheilvolle Allianz“ oder neue Kategoriebildungen (und verblüffenderweise Gigers-Bütlers einzige zum Phänomen der Depression!) wie „die latente und die manifeste Depression“, weiter Zwischentitelsätze wie „Das Kind ist ,da und doch nicht da‘: Anpassung um jeden Preis“ oder Formulierungen wie „Das Erkennen (die Diagnose) der depressiven Lebensstrategie“.

Und tatsächlich: Die Lektüre zeigt, dass der Autor mit dem vorliegenden Buch aus der phänomenologischen Beschreibung heraus einen eigenständigen Ansatz zu einer Theorie der Depression entwickelt hat. Es ist dabei nicht sein Anspruch, vorausgehend die gängigen übrigen psychologischen Theorien zu depressiven Erkrankungen zu referieren. Ein Umstand, der sowohl das Buch für eine breitere Leserschaft zugänglich hält, aber auch der praxisorientierten Fachperson, die sich nicht durch einen Wust bisheriger Theoriebildung durchbeissen will, sicher nicht ungelegen kommt. Das Buch ist stark untergliedert, lesefreundlich aufgemacht, indem etwa zusammenfassende Abschnitte farblich abgehoben präsentiert sind. Eine Variation von Schrifttypen sowie eine klare graphische Gestaltung von Listen tragen zusätzlich zur Überschaubarkeit bei. Für Fachleute allerdings, die vielleicht gern schneller zur fachlichen Quintessenz des neu Entwickelten gelangen möchten, können die sehr vielen Beispiele und detaillierten Darstellungen von Variationen starrer kognitiver Konstrukte depressiver Menschen eventuell auch etwas langatmig werden. Fachpersonen, die sich davon jedoch nicht abhalten lassen, stoßen auf einen anregenden Fundus kreativer Gedanken zu einem sehr schwierigen psychopathologischen Thema. Mit Sicherheit ist es dem Autor aus seiner psychotherapeutischen Erfahrung mit dem Erleben depressiver Klienten zum einen gelungen, überaus respektvoll dieses Erleben Depressiver zu beschreiben. Das Lesen wird Betroffenen viele Aha-Erlebnisse eröffnen, Momente, in denen sie sich erkannt fühlen und mit dem

Verstanden-Werden sich auch selbst – vielleicht erstmals – verstehen. Damit wird das Phänomen Depression, das sowohl für Betroffene, aber auch für Fachleute so oft rätselhaft und schwer fassbar ist, nachvollziehbar, verstehbar und aus diesem Verstehen heraus weniger mysteriös und damit konkreter veränderbar. So gesehen könnte das Buch für Klienten auch zur die Therapie begleitenden und vertiefenden Lektüre werden. Jedenfalls ist Giger-Bütlers psychotherapeutischer Ansatz bei der Behandlung Depressiver ganz darauf ausgerichtet, dass die Betroffenen sich selbst verstehen lernen und daraus selbst aktiv werden, neue Verhaltensweisen zu finden und zu entwickeln.

Giger-Bütler selbst stellt hierzu zunächst folgende Forderungen für eine Theorie der Depression auf (die geneigten Lesenden beachten bitte die Reihenfolge dieses Forderungskataloges): 1. Eine solche Theorie müsse für den Betroffenen evident sein. 2. Sie müsse einen Weg zur Veränderung und Heilung aufzeigen. 3. Sie müsse umsetzbar sein. 4. Ursache, Verlauf und Heilung sollten schlüssig erklärbar sein.

Damit legt Giger-Bütler selbst die Vorgaben für die Beurteilung seines Buches fest und hängt die Messlatte hoch. Bemerkenswert dabei ist: Er setzt nicht eine Theorie der Depression ins Zentrum seiner Überlegungen, sondern den depressiven Menschen mit seinem Erleben. Dass er diesen Bezugspunkt zu keinem Zeitpunkt verlässt, macht seine Überlegungen sowohl für die Betroffenen als auch für Fachleute so unmittelbar nachvollziehbar und wertvoll. Ohne explizite Bezugnahme beweist er damit, wie sehr er in der Personzentrierten Psychotherapie verankert ist.

Giger-Bütler entwickelt die These von der depressiven Lebensstrategie. Bereits der Begriff „Strategie“ impliziert etwas Aktives und setzt damit dem eigentlich passiven und ohnmächtig-ausgelieferten Erleben Depressiver etwas entgegen, das stützen lässt. Depression ist seiner Definition nach eine überlebte Überlebensstrategie, deren wesentliches Merkmal chronische Überforderung ist, die das Leben blockiert. Es ist dabei nicht einfach Überforderung im Sinne

eines „Immer-höher, Immer-schneller, Immer-effizienter“ gemeint, bei der der Erkrankte einfach nicht mehr mitkonnte. Vielmehr geht es um die grundlegende Überforderung, die es bedeutet, wenn man nicht sich selbst sein darf, sondern ständig den Erwartungen anderer entsprechen soll, eine Überforderung, die aus der chronischen psychischen Entfremdung von sich selbst resultiert. Das ist der Stoff, aus dem – wie Giger-Bütler anschaulich darstellt – aus heiter-hellem Himmel der Absturz in die Depression erfolgen kann. Seine präzise Darstellung solcher Konstellationen, die für den Betroffenen plötzlich Depression bedeuten, zeigt auf der Ebene des menschlichen Erlebens, durch welche trivialen Ereignisse es zum fast völligen Zusammenbruch sich selbst organisierender Prozesse kommen kann. Scheinbar kausale Erklärungen greifen zu kurz, die der Autor wohl aus gutem Grund auch nicht anbringt. Systemtheoretische Beschreibungen über sich selbst organisierende Prozesse würden hier den theoretischen Hintergrund liefern für die von Giger-Bütler aus der Praxis heraus klarsichtig skizzierten Vorgänge, wie es scheinbar „grundlos“ zu solch schweren Zusammenbrüchen kommen kann – womit Giger-Bütler auch systemtheoretisch arbeitenden Psychotherapieforschenden reichhaltiges Material aus der Praxis zur Verfügung stellt.

Die Depression ist seiner Auffassung nach der Kulminationspunkt der depressiven Lebensstrategie und ist zugleich weiser Ausdruck des Organismus, dass es so nicht mehr weitergeht. Die Depression wird mit dieser Auffassung zur Chance für eine grundlegende Neuorientierung. Vor diesem Hintergrund wird ersichtlich, weshalb der Autor zu äußerster Vorsicht beim Einsatz anti-depressiver Medikamente rät: Die Gefahr ist groß, dass die manifeste Depression wieder latent wird und der psychische Schaden immer größer. – Es ist ein differenzierter Fächer reicher Berufserfahrung, den Josef Giger-Bütler öffnet, und der Betroffenen, Angehörigen und auch Fachleuten fürs Verstehen und Verändern einer solch schwierigen Lebenssituation viele Anhaltspunkte bereitstellt, weshalb dem Buch eine weite Verbreitung zu wünschen wäre.

**5. Castrop-Rauxeler
Gesprächspsychotherapie-Symposium**

12./13. November 2004

**Sucht und Sehnsucht–
Psychotherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit**

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Evangelisches Krankenhaus Castrop-Rauxel
Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG)

Programme, Anmeldung und Information

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. L. Teusch

Sekretariat Frau Ott

Telefon: 023 05 / 102 - 2858

Fax: 023 05 / 2860

