

# Was ist Gesprächspsychotherapie?

Eine Einführung für interessierte Laien und ratsuchende Patienten

Jochen Eckert<sup>1</sup>

## 1. Woher kommt sie?

Wie verschiedene andere Therapieverfahren hat auch die Gesprächspsychotherapie einen (Gründungs-) Vater. Es ist der amerikanische Psychologe Carl R. Rogers (1902-1987), aber sein Kind trägt viele Namen. Ursprünglich nannte er seine psychotherapeutische Methode »nicht-direktive Psychotherapie«, später »klientenzentrierte Psychotherapie«, und heute sprechen manche von »personenzentrierter Psychotherapie«. In Deutschland spricht man meist von Gesprächspsychotherapie, wenn das heilkundliche Behandlungsverfahren gemeint ist. Diesen Namen hat der Hamburger Psychologie-Professor Reinhard Tausch eingeführt. Verschiedene Namen sind zwar einerseits lästig und auch verwirrend, zugleich aber erzählen sie bereits etwas über die Geschichte des Verfahrens und über die dahinter liegende Idee.

Am Anfang, das war etwa 1942, betonte Rogers, wie wichtig es sei, dem Patienten bzw. Klienten mit seinem Erleben, seinen Erfahrungen »Raum« zu geben, ihm nicht mit Ratschlägen oder Deutungen zuvorzukommen oder ihm Themen vorzugeben, über die er zu sprechen habe. Die Grundhaltung des Therapeuten sollte nicht-direktiv, d.h. nicht lenkend sein.

Rogers war zu dieser ersten Formulierung »richtigen« Therapeutenverhaltens durch Beobachtungen gekommen. Er hatte viele andere Therapeuten und Berater bei ihrer praktischen Arbeit beobachtet, als erster Forscher die Gespräche auch auf Tonträger aufgezeichnet und dabei festgestellt, dass erfolgreiche Psychotherapeuten vor allem das tun: Sie hören genau zu, sind dabei emotional zugewandt, geben in der Regel keine eigenen Stellungnahmen ab, sondern fassen das zusammen, was sie glauben, von ihrem Klienten verstanden zu haben.

Im Titel eines Buches, das 1951 erschienen ist, taufte Rogers sein Verfahren in »klientenzentrierte Psychotherapie« um. Warum? Viele seiner Schüler und Leser hatten die nicht-lenkende Grundhaltung

---

<sup>1</sup> Bei dem Beitrag handelt es sich um eine gekürzte Fassung für die 3. Aufl. von: Stark, M.; Esterer, I. und Bremer, F (2001). Wege aus dem Wahnsinn. Therapien bei psychischen Erkrankungen. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

gründlich mißverstanden. Sie verwechselten nicht-lenkend mit Passivität und einfühlerndes Verstehen mit dem »Spiegeln«, d.h. Nachsprechen der Gefühle, die der Klient äußerte, und sie wurden damit natürlich vielen Klienten überhaupt nicht gerecht. Mit der neuen Bezeichnung wollte ROGERS betonen, dass der Therapeut sich nach den Möglichkeiten des Klienten zu richten habe, und viele Klienten brauchen offenbar etwas ganz anderes als einen »spiegelnden« Therapeuten, um in einen therapeutischen Prozeß eintreten zu können.

Die jüngste Bezeichnung »personenzentrierte Psychotherapie« stellt eine Art Oberbegriff dar und trägt damit auch dem Umstand Rechnung, dass die klientenzentrierte Methode nicht nur ein für die Krankenbehandlung von Patienten sinnvolles Modell ist, sondern auch für andere Bereiche zwischenmenschlichen Miteinanders, z.B. für die Pädagogik, die Seelsorge, ja sogar für betriebliche Organisationen (z.B. Personalführung).

## **2. Welche Idee steht dahinter?**

Die Theorie der Gesprächspsychotherapie geht davon aus, dass seelische Störungen in erster Linie dadurch entstehen, dass bestimmte Gefühle nicht gefühlt werden dürfen und dass bestimmte Erfahrungen, die wiederum mit bestimmten Gefühlen verbunden sind, nicht oder nicht vollständig oder nur verzerrt gemacht werden dürfen.

Den Grund dafür sieht die Theorie der Gesprächspsychotherapie darin, dass diese Gefühle und Erfahrungen von dem betroffenen Menschen als nicht zu sich, als nicht zu seinem Selbst passend bewertet und damit dem Bewußtsein ferngehalten werden. Dieser Vorgang der »Abwehr« bzw. Verfälschung bestimmter Gefühle und Erfahrungen ist in der Regel ein dem Menschen nicht bewußter Vorgang. Gespürt wird häufig nur eine unerklärliche Angst oder es stellen sich Symptome ein, z.B. eine Wahnvorstellung, deren Herkunft und Sinn dem Betroffenen verschlossen bleibt.

Wie kommen nun Menschen zu einem Selbst, das bestimmte Erfahrungen nicht machen darf, z.B. festzustellen, bei einer Aufgabe versagt zu haben, und bestimmte Gefühle, vor allem »negative«, wie Wut auf einen anderen Menschen, nicht fühlen darf?

Die Theorie der Gesprächspsychotherapie geht davon aus, dass Menschen nicht mit einem Bewußtsein von sich selbst, d.h. mit einem Selbst, geboren werden. Das Selbst eines Menschen entwickelt sich erst,

und zwar im Kontakt, in der Interaktion mit anderen Menschen, vor allem natürlich in Interaktion mit den wichtigsten Bezugspersonen in der Kindheit, in der Regel also mit Mutter und Vater.

Die Entwicklung des Selbst eines Menschen wird von einem (angeborenen) Bedürfnis beeinflusst, nämlich dem Bedürfnis nach positiver Aufmerksamkeit (»positive regard«). Die Theorie der Gesprächspsychotherapie geht nun davon aus, dass nur solche Erfahrungen und die mit ihnen verknüpften Gefühle Bestandteil des Selbst (= Selbstkonzept) werden können, die von den wichtigen Bezugspersonen als Erfahrung und Gefühl des Kindes erkannt und emotional positiv aufgenommen werden.

Ein Kind, dessen Mutter – aus welchen Gründen auch immer – es nicht aushält, wenn ihr Kind Wutanfälle bekommt, wird diese emotionale Erfahrung – »es macht mich wütend, wenn...« – nicht in sein Selbst integrieren können. Ist das Kind später Patient, wird es z.B. dem Therapeuten erzählen, dass es Angst davor hat, Wut zu spüren, denn Wütendsein sei gleichbedeutend mit Bösessein.

Stärke und Art seelischer Erkrankungen scheinen auch davon abzuhängen, wie »stabil« sich ein Selbstkonzept ausbilden konnte. Das Selbst von Menschen, die psychotisch erkranken, scheint sehr viel brüchiger zu sein als z.B. das von Menschen, die eine Eßstörung entwickeln. Zu einer Psychose kommt es, wenn eine emotionale Erfahrung vom Selbst nicht integriert, aber auch nicht abgewehrt werden kann. Das Selbstkonzept bricht dann zusammen. Der akut psychotische Mensch ist dann – zumindest für Außenstehende – nicht mehr er selbst, sondern »ver-rückt«.

Die Entstehung des Selbst und seiner Störung mit der Folge seelischer Erkrankung ist natürlich ein viel komplexerer Vorgang als hier angedeutet. Vielleicht reicht das Beschriebene aber aus, um daraus die wichtigste Aufgabe eines Gesprächspsychotherapeuten abzuleiten: Der therapeutische Prozeß soll so gestaltet werden, dass bisher nicht oder nur unvollständig zugelassene emotionale Erfahrungen als Erfahrungen (an-)erkannt werden, die zum Selbst gehören.

Der Weg dorthin führt über verschiedene Etappen. Anknüpfend an das o.g. Beispiel ist es häufig zunächst erforderlich, bewertende Erfahrungen zu hinterfragen. Unser Patient müßte vermutlich zunächst erkennen, dass immer dann, wenn er sich »böse« fühlt, er eigentlich wütend ist.

### **3. Wie wird behandelt?**

Um das o.g. Ziel zu erreichen, strebt der Gesprächspsychotherapeut im Kontakt mit dem Patienten eine bestimmte Beziehung an, die aus der Sicht des Therapeuten durch folgende Merkmale gekennzeichnet ist:

- Der Therapeut bleibt „kongruent“, d.h. er kann sich aller seiner Erfahrungen, die in ihm bei dem Versuch, sich in den Patienten einzufühlen, aufsteigen oder sich in ihm ankündigen, bewußt werden und muß sie nicht verbergen. Die Übereinstimmung von Erfahrung und Selbstkonzept wird in der Theorie der Gesprächspsychotherapie Kongruenz genannt.
- Der Therapeut zeigt den Erfahrungen des Patienten gegenüber »unbedingte Wertschätzung«, d.h. er strebt an, seine Wertschätzung nicht an bestimmte eigene Bedingungen zu knüpfen. Wann immer er spürt, dass er den Patienten nicht unbedingt wertschätzt bzw. bedingungslos anerkennt, versucht er das bei sich selbst und beim Patienten zu verstehen mit dem Ziel der Wiederherstellung der »unbedingte Wertschätzung«.
- Der Therapeut versteht auf dem Wege der Einfühlung, der Empathie, das Erleben des Patienten und teilt ihm das auf diesem Wege Verstandene mit.
- Der Therapeut kann das Verstandene dem Patienten so mitteilen, dass dieser es zumindest in Ansätzen wahr- und annehmen kann.

Der Gesprächspsychotherapeut »behandelt« also durch Empathie, das ist ein Verstehen des anderen im Zustand der Kongruenz, begleitet von unbedingter Wertschätzung für das Verstandene. Vom Patienten aus betrachtet findet eine Therapie dann statt, wenn der Patient in der Lage ist, zumindest in Ansätzen, dieses Beziehungsangebot des Therapeuten anzunehmen, d.h. wenn er zuläßt, empathisch verstanden zu werden, wenn er zulassen kann, zu erleben, dass in den empathischen Äußerungen des Therapeuten sein, d.h. des Patienten, Erleben zum Ausdruck kommt.

Menschen sehnen sich einerseits danach, verstanden zu werden, und zwar richtig und vollständig, und sie fürchten sich andererseits davor, weil sie davon ausgehen, dass sie dann abgelehnt werden. Patienten unterscheiden sich in dem Ausmaß der Angst vor dem Verstandenwerden. Besonders ausgeprägt ist sie z.B bei einem akut psychotischen Patienten, der im Therapeuten nicht mehr seinen Therapeuten erkennt, sondern einen von einem Geheimdienst »umgedrehten« Agenten. Mildere Formen der Angst, verstanden

zu werden, drücken sich in der Angst aus, „durchschaut zu werden“. Viele Patienten gehen davon aus, daß sie abgelehnt werden, wenn andere entdecken, wieviel Wut und Enttäuschung in ihnen steckt.

Von außen betrachtet lassen sich folgende Charakteristika einer Gesprächspsychotherapie feststellen:

- Therapeut und Patient sitzen beide auf Stühlen, meist an einem Tisch »über Eck«, so dass ein Blickkontakt, wenn er gewünscht wird, aktiv hergestellt werden kann.
- Der Therapeut sagt viel weniger als der Patient. Der Therapeut hört vor allem zu.
- Wenn der Therapeut etwas sagt, dann meist zu dem gefühlsmäßigen Erleben des Patienten und den Bewertungen, die der Patient dazu hat (»Sie finden es peinlich, wenn Sie aus der Fassung geraten und wütend werden«).
- Der Therapeut gibt in der Regel keine Ratschläge (also nicht: »Wenn Sie so sehr unter Ihrer Frau leiden, dann lassen sie sich doch scheiden«) und auch keine Themen vor (also nicht: »Heute sollten wir mal über Ihre Mutter sprechen«).

Das konkrete therapeutische Vorgehen, vor allem, welche Erfahrungen und Konflikte Thema der Therapie werden, hängt von verschiedenen Faktoren ab, u.a. von der Art der Störung.

Wird die Behandlung ambulant durchgeführt, so treffen sich Therapeut und Patient in der Regel einmal in der Woche zu einer 50-minütigen Sitzung. Die Dauer einer gesprächspsychotherapeutischen Behandlung ist ebenfalls von einer Reihe von Faktoren abhängig, u.a. von der Dauer und Schwere der Erkrankung. Die durchschnittliche Dauer ambulanter Gesprächspsychotherapien beträgt rund 70 Sitzungen innerhalb von zwei Jahren. Bei Patienten mit einer akuten Belastungsreaktion, z.B. bei Angstzuständen nach einer aufgrund eines Herzinfarkts erfolgten Operation am offenen Herzen, sind oft acht bis zwölf Therapiesitzungen ausreichend.

Bei Patienten mit der Diagnose Persönlichkeitsstörung oder mit einer Psychose in der Vorgeschichte muss mit Behandlungszeiträumen von drei Jahren und länger gerechnet werden. Im fortgeschrittenen Stadium einer solchen Behandlung spielt häufig nicht mehr die Zahl der Kontakte eine Rolle, sondern der Zeitraum, in dem der Therapeut zur Verfügung steht. Manchen Patienten genügt es, wenn sie alle vier Wochen mit ihrem Therapeuten sprechen, anderen sogar ein kurzes Telefongespräch. Wichtig ist in

diesem Stadium vor allem, dass der Therapeut für den Patienten weiter emotional erreichbar und evtl. auch verfügbar ist.

#### **4. Wann und wo sie wird angewendet?**

Der klassische Anwendungsbereich für Gesprächspsychotherapie sind die sog. neurotischen Erkrankungen, also Ängste, Depressionen, psychosomatische Erkrankungen, Sexualstörungen usw..

Aber er ist nicht darauf begrenzt. Gesprächspsychotherapie ist mit den Worten des Therapieforschers Klaus Grawe "nachweislich ein sehr wirksames Verfahren für ein weites Spektrum an Störungen".

Die Gesprächspsychotherapie hat sich jenseits der klassischen Neurosentherapie in vielen Fällen als eine erfolgreiche Behandlungsmethode bei Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und psychotischen Erkrankungen erwiesen, und zwar sowohl als alleinige Behandlungsmethode als auch bei gleichzeitiger medikamentöser Behandlung.

Dass so viele unterschiedliche Störungen erfolgreich behandelt werden, hängt paradoxerweise damit zusammen, dass sich der Gesprächspsychotherapeut nicht auf das Symptom bzw. die Störung zentriert, sondern auf die Person, d.h. auf die Erfahrungen der Person und auf die Verarbeitung dieser

Erfahrungen. Dieses Vorgehen hängt mit dem Menschenbild der Gesprächspsychotherapie zusammen.

Gesprächspsychotherapeuten haben ein hohes Vertrauen in die Entwicklungsmöglichkeiten von Menschen. Diese wollen sie fördern. Daher »greifen« sie nicht ein, d.h. beachten mehr die Person als das Symptom, und bieten in der Therapie eine Beziehung an, die seelische Entwicklung ermöglicht, nicht bahnt.

Das Menschenbild der Gesprächspsychotherapeuten bringt es mit sich, dass sie Patienten sehr respektvoll und vertrauensvoll begegnen. Sie wollen auch nicht, dass Patienten lernen, Probleme zu lösen oder möglichst schnell symptomfrei zu sein – womit sie sich nicht selten auch im Widerspruch zu den Wünschen ihrer Patienten sehen. Zugespitzt kann man sagen, der Gesprächspsychotherapeut will von seinem Patienten nichts anderes, als ihn zu verstehen, was zur Folge hat, dass sich auch der Patient selber besser versteht.

Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, daß sich aus der Art der Erkrankung (Diagnose) kaum Hinweise darauf ergeben, ob eine Gesprächspsychotherapie hilfreich sein kann oder nicht. Nicht die

Diagnose, z. B. Schizophrenie oder Depression, entscheidet darüber, ob eine Gesprächspsychotherapie eine geeignete Behandlung ist, sondern ob der Patient das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot als für sich hilfreich erlebt. Das finden Patient und Therapeut nur durch einige sog. Probesitzungen heraus.

## **5. Welche Risiken gibt es?**

Unabhängig von der jeweiligen psychotherapeutischen Schule fürchten Psychotherapeuten vor allem folgende Entwicklungen: Die Symptomatik des Patienten verschlimmert sich oder chronifiziert, der Patient bricht seine bedeutsamen sozialen Beziehungen bis auf die zum Therapeuten ab, er bricht die Therapie erfolglos ab, er wird suizidal, d.h. selbstmordgefährdet oder psychotisch.

Nicht in jedem Fall ist das Auftauchen von psychotischen Symptomen oder Selbstmordgedanken ein therapeutischer Fehler. Bestimmte Symptome dienen auch als Ausdrucksmittel, das dem Gesprächspsychotherapeuten unter Umständen ein genaueres Verstehen des Patienten ermöglicht. So beruht das Auftauchen von Selbstmordgedanken nicht zwangsläufig auf einem »Kunstfehler« des Psychotherapeuten, sondern kann Ausdruck einer Reaktion auf die schmerzhaften Erfahrungen sein, mit denen der Patient in der Therapie in Kontakt gekommen ist.

Wird ein Patient während einer gesprächspsychotherapeutischen Behandlung psychotisch oder suizidal, dann kann das aber auch durch den Therapeuten selbst verursacht sein. Nach meinen Erfahrungen kommt es zu solchen schädlichen Entwicklungen, wenn der Therapeut etwas in der therapeutischen Beziehung »übersehen« hat bzw. etwas nicht wahrhaben will. Der Grund dafür sind häufig heftige Zuneigungs- oder Abneigungsgefühle, die der Patient zum Therapeuten entwickelt. Dem Patienten sind diese Gefühle zum Therapeuten meist nicht bewußt, und der Therapeut seinerseits nimmt sie nicht wahr oder mißversteht sie.

Wie können Therapeuten sich und ihre Patienten vor schädlichen Entwicklungen der therapeutischen Beziehung schützen? Gesprächspsychotherapeuten lassen ihre Behandlungen bei einem anderen Therapeuten oder in einer Gruppe von therapeutischen Kollegen supervidieren, d.h. sie berichten dort von Behandlungen, bei denen sie das Gefühl entwickelt haben, etwas nicht verstanden zu haben oder wenn sie mit dem Behandlungsverlauf unzufrieden sind oder sich ein diffuses Unbehagen eingestellt hat.

Gesprächspsychotherapeuten sind durch die Regelungen ihrer Fachverbände zu »lebenslanger« Supervision verpflichtet.

## **6. Was ist besonders wichtig?**

Einen Psychotherapeuten sollte man sich nicht aus dem Branchenbuch nach dem Zufallsprinzip heraussuchen. Psychotherapeuten haben meistens einen »Ruf«, d.h. es ist in der Regel bekannt, welcher Therapeut »gut« ist oder an wen man sich mit welchen spezifischen Problemen am besten wendet. Als Patient bekommt man von dem Ruf Kenntnis, indem man sich z.B. bei anderen Patienten nach deren Erfahrungen erkundigt. Häufig gibt es auch Einrichtungen, in denen man sich beraten lassen kann, ob eine Psychotherapie als Behandlung in Frage kommt und wenn ja, welche Art von Therapie und bei wem. Solche Beratungen führen zum Beispiel Psychiatrische und psychosomatische Polikliniken durch. Findet man auf direktem Wege Zugang zu einem Therapeuten, dann ist es die Regel, zunächst eine gewisse Anzahl, meist drei bis fünf, Vorgespräche zu vereinbaren, bevor man die eigentliche Therapie verabredet. Am Ende dieser Vorgespräche sollte sich beim Patienten der sichere Eindruck einstellen: Ja, mit diesem Menschen kann ich sprechen, ich habe dabei ein gutes Gefühl und auch die Hoffnung, dass es mir helfen wird. Wenn die psychische Erkrankung des Patienten bereits eine oder mehrere stationäre Behandlungen erforderlich gemacht hat, sollte er das dem Therapeuten ebenso wenig verschweigen wie frühere Suizidversuche. Er sollte sich seinerseits beim Therapeuten vergewissern, dass dieser die Behandlung nicht automatisch abbricht, wenn solche Krisen erneut auftreten sollten.

## **7. Was kostet es?**

Gesprächspsychotherapie, die in Institutionen, wie Kliniken oder städtische bzw. kirchliche Beratungsstellen, durchgeführt werden, werden in der Regel nicht mit dem Patienten abgerechnet. Anders im ambulanten Bereich. Wenn Sie Ihre Behandlung privat bezahlen können oder wollen, werden Sie im Schnitt für die Therapiesitzung mindestens die Summe aufwenden müssen, die z.B. Ersatzkassen für eine Therapiestunde zahlen, derzeit (im Jahr 2001) also ca. 140,- DM oder mehr.



Sind Sie darauf angewiesen, daß Ihre Krankenkasse die Behandlung zahlt, ist es derzeit noch problematisch: Die gesetzlichen Krankenkassen sind nicht verpflichtet, Gesprächspsychotherapien zu bezahlen. Die frühere Praxis der Krankenkassen, die Kosten für eine Gesprächspsychotherapie im sog. Erstattungsverfahren zu übernehmen, ist seit einem entsprechenden Gerichtsurteil den Kassen untersagt. Die Vertreter der Gesprächspsychotherapie bemühen sich, das Verfahren wieder als Kassenleistung anerkennen zu lassen. Bis dahin haben Sie als Kassenpatient folgende Möglichkeiten: Sie beschweren sich bei Ihrer Krankenkasse, daß Ihnen eine psychotherapeutische Behandlung, die wissenschaftlich international anerkannt, wirksam und wirtschaftlich ist, vorenthalten wird, und versuchen, eine Ausnahmeregelung zu erwirken indem Sie begründen, warum Sie eine gesprächspsychotherapeutische – und keine andere - Behandlung brauchen. Oder Sie finden einen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten, der eine Kassenzulassung hat und auch in Gesprächspsychotherapie ausgebildet ist.

## **8. Wenn Sie mehr wissen wollen**

### **Adressen:**

Der älteste Fachverband für Gesprächspsychotherapie und Beratung heißt »Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)« und hat seinen Sitz in Köln:

Bundesgeschäftsstelle der GwG, Richard-Wagner-Str. 12, 50674 Köln. Tel.: 0221 / 25 29 17, Fax: 0221 / 25 12 76. Die Bundesgeschäftsstelle verschickt auf Anfrage auch Listen von Gesprächstherapeuten nach Regionen geordnet.

Ein weiterer Fachverband vereint die Psychologischen Psychotherapeuten und hat seinen Sitz in Hamburg: »Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG)«. Anschrift: DPGG- Sekretariat. c/o Psychologisches Institut III, Frau S. Adomeit. Von-Melle-Park 5, 20146 Hamburg. Tel. 040 – 4 28 38.5366; Fax: 040 – 4 28 38 – 6170.

### *In Österreich:*

Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personenzentrierte Gesprächsführung (ÖGwG), Marienstr. 4, A-4020 Linz

Arbeitsgemeinschaft Personzentrierte Gesprächsführung (APG), Postfach 524, A-1171 Wien

*In der Schweiz:*

Schweizerische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie und personzentrierte Beratung (SGGT),  
Sekretariat, Brühlbergstr. 56, CH-8400 Winterthur

### **Literaturempfehlungen:**

Als Einstieg empfehle ich ein Buch vom Begründer des Verfahren:

Rogers, Carl R.: Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Fischer-Taschenbuch, Frankfurt.

Eine unter didaktischen Gesichtspunkten vorgenommene Darstellung findet sich bei:

Eckert, Jochen: Gesprächspsychotherapie. In: Reimer, Ch.; Eckert, J.; Hautzinger, M. und Wilke, E.: Psychotherapie. Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. 2. Aufl., S. 122-189. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.

Einblick in Behandlungspraxis von Gesprächspsychotherapeuten erhalten Sie durch ein Fallbuch:

Eckert, Jochen; Höger, Diether u. Linster, Hans (Hrsg.): Praxis der Gesprächspsychotherapie. Störungsbezogene Falldarstellungen. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.