

Editorial

Gesprächspsychotherapie

Die Herausgeber dieser Zeitschrift haben uns eingeladen, ein Heft mit Themen zur Gesprächspsychotherapie zu gestalten. Wir sind also Gast in einem Haus, in dem üblicherweise vor allem psychodynamisch orientierte Kollegen bewirtet werden. Das hat natürlich als erstes die Frage aufgeworfen, was wir denn Ihnen als Leser und Nicht-Gesprächspsychotherapeuten servieren können, an dem auch Sie Geschmack finden?

Leider können wir Sie nicht damit locken, dass wir Ihnen ein Psychotherapieverfahren offerieren, mit dem Sie ihre Patienten garantiert erfolgreicher und/oder ökonomischer, d.h. zum Beispiel in kürzerer Zeit behandeln können als mit dem von Ihnen angewandten Verfahren. Mit solchen Überlegenheitsfantasien sind alle postfreudianischen Behandlungskonzepte an- und auch so lange aufgetreten, bis sie von der Wirklichkeit der empirischen Therapieforschung eingeholt worden sind. Im Großen und Ganzen gilt auch heute noch die von Luborsky et al. schon 1975 zur Charakterisierung des Ergebnisses einer Meta-Analyse vergleichender Therapiestudien gewählte Feststellung des Dodo-Vogels aus „Alice in Wonderland“ zu dem Ergebnis des Wettrennens der anwesenden Tiere: Alle haben gewonnen und jeder verdient einen Preis. Der Abschied von der Vorstellung, mit der Wahl des richtigen Therapieverfahrens auch garantiert erfolgreicher zu sein als die Therapeuten der anderen Verfahren, war für viele nicht einfach.

Die Rolle der „Passung“

Der heutige Forschungsstand besagt, dass nicht das eingesetzte Therapieverfahren als solches für einen Behandlungserfolg ausschlaggebend ist, sondern der Grad der wechselseitigen Überein-

stimmung („Passung“) der vier wichtigsten, das Therapieergebnis beeinflussenden Faktoren: Die Art der Störung des Patienten und sein dazu entwickeltes subjektives Krankheitsmodell, das Behandlungsmodell (Therapieverfahren) des Therapeuten sowie die therapiebezogenen und interpersonellen Merkmale des Patienten auf der einen und des Therapeuten auf der anderen Seite.

Ein Beispiel für ein therapiebezogenes Merkmal des Therapeuten ist seine „purity“ (Luborsky 1985), d.h. der „Reinheitsgrad“ und die Überzeugtheit, mit der ein Therapeut seine Behandlung mit seinem Verfahren durchführt. Da für jedes Therapieverfahren gilt, dass das Therapieergebnis umso besser ist, je ausgeprägter die „purity“ ist, scheint es fast ausgeschlossen zu sein, „gute“ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeuten zu einem Verfahrenswechsel zu bewegen. Dafür sind offensichtlich Therapeuten anderer Orientierung als TfP anfälliger (Jaeggi 2003).

Die oben genannten vier Passungen bilden bekanntlich den Kern des *Allgemeinen Modells von Psychotherapie* von Howard und Orlinsky. Dieses Modell (Orlinsky 1994) bietet eine fundierte Grundlage für eine differenzielle Therapieindikation. Wenn sich also ein Patient mit einem Behandlungswunsch an Sie wendet und Sie stellen beispielsweise fest, dass die Passung Patient und Therapieverfahren überhaupt nicht stimmig ist, d.h. seine „Ansprechbarkeit“ für das von Ihnen praktizierte Verfahren gegen Null geht, dann wäre es gut für Sie zu wissen, in welchem Verfahren er denn besser aufgehoben wäre und mit höherer Wahrscheinlichkeit auch profitieren würde. Somit hätten wir einen sinnvollen Grund, Sie gründlich und umfassend über die Indikationskriterien für eine Gesprächspsychotherapie zu informieren. Eine solche Zielsetzung erscheint zwar sinnvoll und nützlich, aber

es wäre eine Wiederholung, denn über differenzielle Indikation sind Sie erst kürzlich in Heft 2/2007 dieser Zeitschrift ausführlich informiert worden, ebenso über Gesprächspsychotherapie (Eckert 2007).

Folgt man der Definition von Gesprächspsychotherapie, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) einer gutachterlichen Stellungnahme¹ zur sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie zu Grunde gelegt hat, dann hat sich nach Rogers' Zusammenfassung der damaligen Ergebnisse der empirischen Therapieforschung mit dem programmatischen Titel „Sechs notwendige und hinreichende Bedingungen für konstruktive Persönlichkeitsveränderung durch Psychotherapie“ (1957) die Gesprächspsychotherapie nicht weiter entwickelt. Unabhängig davon, ob diese Auffassung Ausdruck eines gesundheitspolitischen Kalküls ist oder Beleg für die fachliche Inkompetenz des mit dem Gutachten befassten Gremiums des G-BA, besteht offensichtlich ein Informationsbedarf bezüglich der konzeptuellen Weiterentwicklungen im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts. Daher ist einer der Beiträge diesem Thema gewidmet worden.

Da sowohl die Gesprächspsychotherapie als auch die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nicht symptomzentrierte Ansätze sind, ist es sicherlich auch von Interesse zu wissen, welche weiteren Gemeinsamkeiten beide Ansätze aufweisen und worin die Unterschiede bestehen.

Die therapeutische Beziehung

In seinem Roman „Was Hemingway von Freud hätte lernen können“ stellt der amerikanische Psychoanalytiker, Gruppenforscher und Romanancier I. Yalom fest: „Jede Untersuchung der Natur

der therapeutischen Beziehung führt früher oder später zu dem Diktum von Carl Rogers: *Es ist die Beziehung, die heilt*. Diese Vorstellung, das vielleicht grundlegendste Axiom der Psychotherapie – und Axiom ist durchaus kein zu starker Begriff – postuliert, dass die mutative Kraft, die den Prozess der persönlichen Veränderung bestimmt, auf der Art der Beziehung zwischen Patienten und Therapeut beruht. Andere Überlegungen sind dem gegenüber durchaus zweitrangig“ (Yalom 2003, S. 237).

An der Richtigkeit dieses Axioms zweifelt heute kaum noch jemand, lässt doch die empirische Beweislage zur Bedeutung der therapeutischen Beziehung für den Therapieerfolg keine Zweifel mehr zu: „The strongest evidence linking process to outcome concerns the therapeutic bond or alliance, reflecting more than 1000 process-outcome findings“ (Orlinsky et al 2004, S. 323).

Aber was ist die therapeutisch hilfreiche Beziehung? Ist sie die „milde positive Übertragung“, d.h. die Gewissheit, mit welcher der Patient Gutes vom Therapeuten erwartet, die für Freud (1912) „Trägerin des Erfolges“ (S. 371) war? Oder ist sie gekennzeichnet durch die von Rogers genannten drei Aspekte der gesprächspsychotherapeutischen Beziehung auf Seiten des Therapeuten (1957): Empathie, Bedingungsfreie Positive Beachtung und Kongruenz, wie lange Zeit in der empirischen Psychotherapieforschung in Deutschland angenommen worden ist?

Wir müssen uns wohl damit anfreunden, dass diese Frage zweitrangig ist. Ausschlaggebend für den Therapieerfolg ist nämlich nicht die spezifische Art der Ausgestaltung der therapeutischen Beziehung, sondern ob der Patient die therapeutische Beziehung, wie er sie erfährt und bewertet, als für sich hilfreich erlebt.

Hinzu kommt, dass die Wirksamkeit einer spezifisch gestalteten Beziehung davon abhängt, in welchem therapeutischen Kontext sie geschieht. So zeigte sich, dass zwischen Verhaltenstherapeuten und Gesprächspsychotherapeuten kein Unterschied bezüglich des mittleren Ausmaßes an „Einfühelndem Verstehen“ und „Wertschätzung“ gefunden werden konnte. Es zeigte sich jedoch ein Unterschied in den Wir-

¹ „Tragende Gründe zum Beschluss über eine Entscheidung zu den Psychotherapie-Richtlinien: Ergebnis des Bewertungsverfahrens über die Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen“ vom 21. November 2006. Nachzulesen auf der Homepage des G-BA.

kungszusammenhängen: Während bei den Verhaltenstherapeuten kein Zusammenhang zwischen „Einfühelndem Verstehen“ sowie „Wertschätzung“ und dem Therapieerfolg bestand, korrelierten diese beiden Beziehungsmerkmale bei den Gesprächspsychotherapeuten signifikant mit dem Therapieerfolg, d.h. die Wirksamkeit einer bestimmten therapeutischen Beziehung ist in einem signifikanten Ausmaß kontextabhängig.

Beiträge dieser Ausgabe

Vor diesem Hintergrund starten wir das Heft mit einem Beitrag von **Eva-Maria Biermann-Ratjen** und **Anna Auckenthaler**, die zum einen die Besonderheit der Konzeption der therapeutischen Beziehung von Carl Rogers herausarbeiten und zum anderen aufzeigen, welche Missverständnisse dieser Konzeption sich im Laufe der Zeit in der empirischen Psychotherapieforschung etabliert haben.

In jüngster Zeit ist – vor allem unter Verhaltenstherapeuten – eine Tendenz zu beobachten, bestimmte Aspekte der therapeutischen Beziehung als so wesentlich zu betrachten, dass sie als eigenständige Merkmale bzw. Variablen des Therapeuten aus der Therapeut-Klient-Interaktion herausgelöst und in ihnen gewidmeten Handbüchern abgehandelt werden. Dazu gehören u.a. die „Achtsamkeit“ und die „Präsenz“ des Therapeuten. Mit diesen beiden Begriffen, ihrer Herkunft und ihrer Verträglichkeit mit dem gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebot befasst sich der Beitrag von **Rosina Bossi**.

Der dann folgende Beitrag von **Diether Höger** widmet sich wieder einem Thema, das auch die theoretischen Grundannahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie nachhaltig verändert hat: Die Erkenntnisse der Bindungsforschung und -theorie haben große Bedeutung für die Gesprächspsychotherapie und die Psychotherapie im Allgemeinen.

Vielfach haben Praktiker und Forscher darauf hingewiesen, dass die Behandlung bestimmter psychischer Störungen, vor allem von Persön-

lichkeitsstörungen, sofern sie Ausdruck einer sogenannten Strukturellen Störung sind, dazu geführt haben, dass alle Therapieverfahren ihre Standardprozeduren modifizieren mussten, um den Besonderheiten dieser Störungen gerecht werden zu können, und dass sich im Zuge dieser Adaptation, die Verfahren „näher gekommen“ sind. Beispiele für erforderliche Modifikationen im Bereich psychoanalytischer Therapien sind die Abstinenzregel und das Ausmaß der Strukturierung der Behandlung. **Henriette Petersens** ausführliche Darstellung der Behandlung einer Patientin mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts verschafft einen Eindruck von dieser Notwendigkeit: Es wird deutlich, dass die Fähigkeit der Therapeutin, eigene Ohnmacht auszuhalten oder trotz Rückschlägen den Glauben an die Möglichkeiten der Patientin zu einer positiven Entwicklung nicht zu verlieren, mehr Gewicht und Bedeutung haben als immer präzises empathisches Verstehen bzw. – wäre sie eine psychodynamisch orientierte Therapeutin – zutreffende Deutungen.

Der Beitrag von **Jeannette Bischkopf, Lars Auszra** und **Imke Herrmann** stellt ein im Rahmen des Klientenzentrierten Konzepts entwickeltes therapeutisches Konzept vor, die Emotionsfokussierte Therapie, deren Wirksamkeit inzwischen für bestimmte Störungen, z.B. Depressionen, empirisch belegt ist. Seine Grundlage bildet eine Emotionstheorie, die auf die Arbeiten von Greenberg et al. zurückgehen. Es gibt einen kurzen Hinweis des Verhaltenstherapeuten Grawe, dass diese Theorie mit den Ergebnissen der empirischen Emotionsforschung am besten übereinstimmt, aber es fehlen vor allem systematische Vergleiche mit psychoanalytischen Auffassungen. Hier präsentieren wir Ihnen eine noch zu leistende Aufgabe.

Das Heft schließt mit einem Beitrag von **Dorothea Kunze** über die Anwendung des klienten-/personenzentrierten Konzepts in nicht-klinischen Anwendungsfeldern. Die Autorin stellt zunächst dar, dass die klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie eine ausreichende Grundlage für die Fundierung von Beratungsarbeit in unterschiedli-

chen nicht-klinischen Anwendungsfeldern bietet, und belegt das mit Beispielen aus der Praxis.

Sie schließt ihre Ausführungen mit Überlegungen, welche Interventionen im Rahmen einer klienten-/personenzentrierten Beratung konzeptkompatibel sind, und kommt zu dem Ergebnis, dass spezielle Interventionstechniken dann adäquat sind, wenn sie die Entfaltung klienten-/personenzentrierter Grundprinzipien in der therapeutischen Interaktion nicht behindern, sondern stützen und fördern.

Wir bleiben bei der eingangs gewählten Metapher und hoffen, dass unsere Speisekarte Ihnen, liebe Leser, ein Menü anbietet, das Ihnen eine willkommene Abwechslung von der gewohnten Hausmannskost ist.

*Jochen Eckert und Eva-Maria Biermann-Ratjen
(Hamburg)*

Literatur

- Eckert J (2007). Die differenzielle Indikationsstellung zur Gesprächspsychotherapie. *PDP* 6: 89–98.
- Freud S (1912). Zur Dynamik der Übertragung. In: *GW VIII* (S. 364–374). London: Imago.
- Jaeggi E (2003). Abtrünnige, Komplettierer und Optimierer. Was veranlasst Psychotherapeuten, ihrem erlernten Verfahren nicht die Treue zu halten? In: Kernberg OF, Dulz B, Eckert J (Hrsg.). *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihre unmöglichen Beruf* (S. 438–443). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Luborsky L, Singer B, Luborsky L (1975). Comparative studies of psychotherapy: Is it true that „Everybody has won and all must have prizes“? *Arch Gen Psychiatry* 32: 995–1008.
- Luborsky L, McLellan AT, Woody GE, O'Brien CP, Auerbach A (1985). Therapist Success and its Determinants. *Arch Gen Psychiatry* 42: 602–611.
- Orlinsky DE (1994). Learning from many masters. *Psychotherapeut* 39: 2–9.
- Orlinsky DE, Rønnestad MH, Willutzki U (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. In: Lambert MJ (Hrsg.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 307–389). New York: Wiley.
- Rogers CR (1957a). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J Consul Psychol* 21: 95–103.
- Yalom ID (2003). *Was Hemingway von Freud hätte lernen können*. München: Goldmann (btb).