

## 10 Gesprächspsychotherapie

*J. Eckert*

### 10.1 Was ist Gesprächspsychotherapie? – 234

10.1.1 Definition – 235

10.1.2 Theoretische Grundannahmen – 235

### 10.2 Beginn des Therapeut-Patient-Kontaktes – 238

10.2.1 Diagnostische Aufgaben des Erstinterviews – 238

10.2.2 Praxis des Erstinterviews – 245

### 10.3 Therapeutischer Prozess – 248

10.3.1 Beitrag des Therapeuten – 250

10.3.2 Beitrag des Patienten – 254

10.3.3 Therapeutisches Handeln – 256

10.3.4 Interventionsregeln – 261

### 10.4 Typische Behandlungsprobleme – 267

### 10.5 Therapieziele – 271

10.5.1 Therapiezielebenen – 271

10.5.2 Störungsspezifische Therapieziele – 272

10.5.3 Methodenspezifische Therapieziele – 273

10.5.4 Therapieziele und Ethik – 274

### 10.6 Beendigung der Behandlung – 274

10.6.1 Probleme des Patienten – 274

10.6.2 Probleme des Therapeuten – 276

### 10.7 Indikationen und Kontraindikationen – 276

10.7.1 Indikationen – 276

10.7.2 Kontraindikationen – 277

### 10.8 Evaluation – 278

10.8.1 Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie – 278

10.8.2 Messung des Therapieerfolgs – 279

10.8.3 Wissenschaftliche Belege – 279

### 10.9 Eine typische Kasuistik – 280

**Empfohlene Literatur – 286**

## 10.1 Was ist Gesprächspsychotherapie?

In diesem Kapitel wird das von dem amerikanischen Psychologen Carl R. Rogers (1902–1987) begründete psychotherapeutische Verfahren dargestellt, für das sich in Deutschland der nicht sehr geglückte, weil seine Besonderheit nicht kennzeichnende Name »Gesprächspsychotherapie« eingebürgert hat.

Auch die von Rogers ursprünglich gewählten Bezeichnungen »non-directive therapy« und »client-centered therapy« verdeutlichen die von ihm intendierte Unterscheidung und Abgrenzung von psychoanalytischer Psychotherapie und Verhaltenstherapie nur unzureichend. Rogers entwickelte in den 1940er-Jahren sein psychotherapeutisches Konzept (Rogers 1942, 1951) in deutlicher Abgrenzung von den damaligen theoretischen Hauptströmungen in der klinischen Psychologie und Psychotherapie, der Psychoanalyse und dem Behaviorismus, v. a. in folgenden grundlegenden Aspekten:

- ein an der Existenzphilosophie orientiertes **philosophisches Menschenbild**,
- die Phänomenologie als Erkenntnismethode,
- die Wahrung des **Prinzips der Sparsamkeit** bei den theoretischen Postulaten,
- der Verzicht auf die Annahme spezifischer biologisch determinierter Vorgänge (Triebtheorie) als Hauptfaktoren in der **psychischen Entwicklung von Menschen**,
- die Aufgabe des psychoanalytischen Strukturmodells, statt dessen Postulat eines im Prinzip offenen psychischen Systems: das **Selbst** bzw. das **Selbstkonzept** und
- das Primat der dem Menschen innewohnenden **Entwicklungstendenz** (»Aktualisierungstendenz« und »Selbstaktualisierungstendenz«) gegenüber (von außen systematisch) angeleiteten Lernprozessen.

Diese Annahmen bilden die Grundlage für ein Verständnis von Psychotherapie und für psychotherapeutisches Handeln, das sich sehr wesentlich vom Verständnis und vom Vorgehen anderer therapeutischer Verfahren unterscheidet und zu einer entsprechend spezifischen Therapeut-Patient-Beziehung und -Interaktion führt.

Das bedeutet jedoch nicht, dass es keine Übereinstimmungen zwischen Gesprächspsychotherapie und anderen psychotherapeutischen Verfahren gibt. Übereinstimmungen sind am deutlichsten in den Zielen der psychotherapeutischen Behandlung gegeben. Nur der Weg, den die Gesprächspsychotherapie zur Erreichung dieser Ziele einschlägt, ist ein unverwechselbar anderer als der, den Psychoanalyse, tiefenpsychologisch orientierte bzw. fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie beschreiten. Die nachfolgende Darstellung der Gesprächspsychotherapie soll auch verdeutlichen, dass dieser Weg

weder für alle Patienten noch für alle Psychotherapeuten gleich gut begehbar ist. Diesen Umstand herauszustellen ist u. a. deshalb wichtig, weil in der Gesprächspsychotherapie der »Weg« den Vorzug vor dem »Ziel« hat.

**! Der Weg der Gesprächspsychotherapie ist dadurch gekennzeichnet, dass das Erleben des Patienten und seine Bewertung dieses Erlebens im Fokus des therapeutischen Wahrnehmens und Handelns stehen, d. h. die Wahrnehmung ist weder primär konflikt- noch symptomzentriert.**

Dieses Kapitel konzentriert sich auf die Darstellung der Grundlagen der Gesprächspsychotherapie und des gesprächspsychotherapeutischen Handelns. Eine noch ausführlichere Darstellung findet sich in einem neu erschienenen Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie (Eckert et al. 2006). Allgemeinere Gesetzmäßigkeiten des psychotherapeutischen Prozesses und allgemeinere, d. h. nichtschulenspezifische Prinzipien des psychotherapeutischen Handelns werden hier nicht behandelt. Sie finden sich in den Darstellungen der anderen Verfahren und in den speziellen Kapiteln, z. B. Kap. 31 »Krisenintervention und Kurzpsychotherapie«.

Einige auch für Gesprächspsychotherapien wichtige Aspekte der Psychotherapie werden im ► Kap. 6 »Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie« behandelt und deshalb nicht erneut aufgegriffen. Das betrifft v. a. folgende Themen:

- Krisen in der Therapie, die eine (zeitweilige) Modifikation des therapeutischen Vorgehens erforderlich machen (► Abschn. 6.4), und
- Möglichkeiten der Einbeziehung Dritter in eine Einzeltherapie (► Abschn. 6.3.6)

Ich gehe davon aus, dass die Entscheidung für eine Ausbildung in einem bestimmten Therapieverfahren nicht zufällig erfolgt bzw. erfolgen sollte.

**! Therapeuten brauchen eine therapeutische Identität, und die ist umso eher gewährleistet, je mehr ihre eigenen persönlichen Überzeugungen und Werthaltungen mit dem philosophischen Menschenbild, das einem Therapieverfahren zugrunde liegt, übereinstimmen.**

In der ■ Abb. 2.2 »Wirkfaktoren und Zusammenhänge im therapeutischen Prozess« wird dieser Umstand als notwendige »Passung zwischen Behandlungsmodell und Therapeut« bezeichnet. Ein wesentlicher Bestandteil eines Behandlungsmodells ist die Art und Weise, wie die therapeutische Beziehung gestaltet wird. Sollte der Leser nach der Lektüre dieses Kapitels eine erste Entscheidung darüber treffen können, ob das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot eines ist, das ihm eher »fremd« oder eher »nahe« ist, dann ist ein wesentliches Lernziel dieses Kapitels erreicht.

### 10.1.1 Definition

#### Definition

Carl Rogers definiert das von ihm begründete Verfahren folgendermaßen:

Die klientenzentrierte Orientierung ist eine sich ständig weiterentwickelnde Form der zwischenmenschlichen Beziehung, die Wachstum und Veränderung fördert.

Sie geht von folgender Grundhypothese aus: Jedem Menschen ist ein Wachstumspotential zu eigen, das in der Beziehung zu einer anderen Person (etwa einem Therapeuten) freigesetzt werden kann. Voraussetzung ist, dass diese Person ihr eigenes reales Sein, ihre emotionale Zuwendung und ein höchst sensibles, nicht urteilendes Verstehen in sich selbst erfährt, zugleich aber dem Klienten<sup>1</sup> mitteilt.

Das Einzigartige dieses therapeutischen Ansatzes besteht darin, dass sein Schwerpunkt mehr auf dem Prozess der Beziehung selbst als auf den Symptomen oder ihrer Behandlung liegt, dass seine Hypothesen sich auf Material stützen, das aus therapeutischen und anderen zwischenmenschlichen Beziehungen gewonnen wurde, insbesondere auf Tonband- und Filmaufzeichnungen von Interviews, und dass diese Hypothesen der Überprüfung durch geeignete Untersuchungsmittel grundsätzlich offenstehen. (Rogers 1975, zit. nach Rogers 1983a, S. 17)

Diese Definition betont vier wesentliche Aspekte, in denen sich die Gesprächspsychotherapie von den anderen Therapieverfahren unterscheidet:

- Eine **Persönlichkeitstheorie**, die in der humanistischen Psychologie und in der Existenzphilosophie wurzelt und durch die Annahme gekennzeichnet ist, das sich das menschliche Sein und Werden durch Begegnung, Wachstum, Selbstbestimmung sowie Wahlfreiheit auszeichnet.
- Ein Menschenbild, das von der **Existenzphilosophie** beeinflusst ist. Der Mensch sei bestrebt »das Selbst zu sein, das er in Wahrheit ist« (Kierkegaard).
- Ein therapeutischer Prozess, in dessen Zentrum nicht das Symptom, sondern eine **spezifische Therapeut-Patient-Beziehung** steht, die sich durch ein tiefes Vertrauen des Therapeuten in die Entwicklungsmöglichkeiten (Ressourcen) von Menschen

auszeichnet. Gelingt diese Beziehung, werden diese Ressourcen freigesetzt und ermöglichen Veränderungen auch auf der Symptomebene.

- Ein **Verständnis von Psychotherapie** als einer psychologischen Tätigkeit, deren Wirkung und Wirkweise mit geeigneten Methoden wissenschaftlich zu untersuchen ist.

### 10.1.2 Theoretische Grundannahmen

In der konkreten Umsetzung der Behandlungsregeln eines psychotherapeutischen Verfahrens kommen die ihm zugrunde liegenden theoretischen Annahmen, v. a. grundlegende Überzeugungen über das Wesen und Sein des Menschen zum Tragen, die den therapeutischen Kontakt und das Therapieergebnis maßgeblich mitgestalten.

#### Fallbeispiel

*Ein Patient mit einer Borderlinepersönlichkeitsstörung berichtet seinem Therapeuten von seiner Wut und deren pathologischen Ausmaß: »Ich habe Angst davor. Entweder werde ich verrückt oder ich bringe sie [die Partnerin; Anmerk. des Verf.] um.« Der Therapeut, der diese Wut (z. B. sensu Kernberg 1978) als Ausdruck einer ungewöhnlich intensiven und deshalb nicht phasenadäquat bewältigten prägenitalen Aggression auffasst, wird darauf anders reagieren als ein Therapeut, der diese Wut als Reaktion auf einen psychischen Schmerz versteht, die ihre Brisanz dadurch erhält, dass Wütendsein für einen Borderlinepatienten eine Bedrohung der psychischen Existenz bedeutet, weil Wütendsein gleichbedeutend mit Bösessein ist. Der eine Therapeut wird die Angst des Patienten für realistisch halten, der andere Therapeut die Angst als ein Signal auffassen, das sich bei Erfahrungen einstellt, die nicht mit dem Selbstkonzept eines Menschen zu vereinbaren sind (vgl. Eckert 1994).*

Die Therapietheorie und damit die Praxis des Therapeuten sind also mehr oder weniger eng mit den jeweiligen Annahmen über die Natur des Menschen, dem sog. Menschenbild, und mit den jeweiligen Theorien über die Entwicklung des Menschen, die Persönlichkeit und deren Struktur sowie den Annahmen über die Entstehung von psychischen Störungen bzw. Krankheiten verknüpft.

Da ein auf die therapeutische Praxis zugeschnittenes Lehrbuch die theoretischen Grundannahmen nur im Abriss darstellen kann und im Übrigen auf die entsprechende Literatur verweisen muss, ist folgender Zusammenhang zwischen Theorie und Praxis zu verdeutlichen:

<sup>1</sup> Wir werden im Folgenden der Sprachgepflogenheit im deutschen Gesundheitswesen folgend nicht von Klienten (»clients«), sondern von Patienten sprechen.

! **Fundiertes therapeutisches Handeln setzt eine gründliche Kenntnis seiner Grundannahmen voraus, und es gibt viele Belege dafür, dass therapeutisches Handeln erst dann hilfreich ist, wenn sich der Psychotherapeut mit den Grundannahmen seiner Methode identifizieren kann (vgl. Eckert u. Biermann-Ratjen 1990).**

Im Folgenden wird der Begriff **klientenzentriertes Konzept** als Oberbegriff gebraucht, der das Menschenbild und die grundlegenden Theorien miteinschließt und von **Gesprächspsychotherapie** gesprochen, wenn das therapeutische Verfahren gemeint ist.

### Philosophischer Hintergrund

Das klientenzentrierte Konzept wird dem **humanistischen Ansatz** zugeordnet. Die verschiedenen Therapieverfahren und psychologischen Strömungen, die sich unter diesem Begriff versammeln, verstanden sich selbst als die »dritte Kraft« neben der Psychoanalyse und dem Behaviorismus (vgl. Kriz 1985).

Carl Rogers, der Begründer der Gesprächspsychotherapie, vertritt eine **phänomenologisch-existenzielle Grundposition**. Er bezieht sich ausdrücklich auf den amerikanischen Philosophen und Pädagogen John Dewey, auf den dänischen Theologen und Existenzphilosophen Søren Kierkegaard und den jüdischen Religionsphilosophen Martin Buber. Rogers (1983b, S. 21) sieht sich z. B. in Übereinstimmung mit Bubers Ausführungen zum taoistischen Prinzip des »wu-wei«:

In das Leben der Dinge eingreifen, bedeutet, ihnen wie sich selbst Schaden zuzufügen... Der vollendete Mensch greift nicht in das Leben der Wesen ein, er erlegt sich ihnen nicht auf, sondern er »verhilft allen Dingen zu ihrer Freiheit« (Lao-tse).

Rogers' phänomenologische Position wird u. a. in den beiden ersten von neunzehn Thesen seines ersten Entwurfs zu einer Theorie der Persönlichkeit deutlich:

- I. Jedes Individuum existiert in einer ständig sich ändernden Welt der Erfahrung, deren Mittelpunkt es ist (Rogers 1973a, S. 418).
- II. Der Organismus reagiert auf das Feld, wie es erfahren und wahrgenommen wird. Dieses Wahrnehmungsfeld ist für das Individuum »Realität« (Rogers 1973a, S. 419).

Im Hinblick auf den therapeutischen Prozess verdeutlicht Rogers seine phänomenologische Position mit folgendem Zitat:

Wir können Psychotherapie vom phänomenologischen Standpunkt aus definieren als: die Vermittlung von Erfahrung, durch die das Individuum befähigt wird,

angemessenere Differenzierungen des phänomenalen Selbst und seiner Beziehung zur äußeren Wirklichkeit vorzunehmen. Wenn solche Differenzierungen vorgenommen werden können, dann erledigt das Bedürfnis des Individuums nach Erhaltung und Erhöhung des phänomenalen Selbst alles Übrige. (Snygg u. Combs, zit. nach Rogers 1973a, S. 143)

### Carl Rogers' wissenschaftliche Position

Die phänomenologische Position legt eigentlich einen idiographischen Forschungsansatz nahe, der der Einzigartigkeit des Individuums Rechnung trägt. Tatsächlich vertritt Rogers die Auffassung, dass es erforderlich sei, Psychotherapie mit den klassischen empirisch-experimentellen Methoden zu erforschen, d. h. er wendete den **nomothetischen Ansatz** an. Er ließ bereits um 1940 Tonaufzeichnungen von Therapiegesprächen machen, nicht nur zu Ausbildungszwecken, sondern auch um mithilfe von empirisch-statistischen Prozeduren Gesetzmäßigkeiten zu entdecken. Eindrucksvolle Beispiele dieser Arbeit finden sich in seinem Buch *Die Klient-bezogene Gesprächstherapie* (1951/1973a). Rogers ist einer der Begründer der empirischen Psychotherapieforschung.

### Wichtigste Grundannahmen zur Entwicklung der Person

Das klientenzentrierte Konzept ist sparsam mit seinen Grundannahmen, und die auf diesen Annahmen aufbauende Entwicklungs- und Störungstheorie ist vergleichsweise wenig elaboriert. Das wird ihm manchmal zum Vorwurf gemacht: Die theoretische Basis sei zu dürftig und zu simpel. Auf der anderen Seite ist darauf hinzuweisen, dass unter wissenschaftstheoretischen Gesichtspunkten die Güte einer Theorie u. a. daran gemessen wird, mit wie wenigen Axiomen (► Übersicht) sie auskommt.

#### Grundannahmen des klientenzentrierten Konzeptes

- Aktualisierungstendenz
- Organismus als Bewertungsinstanz
- Selbstaktualisierungstendenz
- Erfahrungen
- Symbolisierungsprozess
- Selbsterfahrungen und Selbstkonzept
- Selbstbehauptungstendenz
- Abwehr
- »Need for positive regard« (Bedürfnis nach Anerkennung)
- Bedürfnis nach Anerkennung und Selbstkonzeptentwicklung
- Inkongruenz

**1. Aktualisierungstendenz (Entwicklungssaxiom).** Im theoretischen System des klientenzentrierten Konzeptes wird ein einziges Entwicklungsprinzip (vgl. Höger 1993) als Axiom vorausgesetzt: die Aktualisierungstendenz. Dies »ist die dem Organismus als Ganzem innewohnende Tendenz, alle seine Möglichkeiten in einer Art und Weise zu entwickeln, dass sie den Organismus als Ganzen erhalten und fördern« (Rogers 1959, S. 196; Übersetzung v. Verf.).

**2. Organismus als Bewertungsinstanz (Strukturaxiom).** Der Organismus als Ganzes bewertet jede seiner Erfahrungen im Hinblick darauf, ob sie der Erhaltung und der Förderung des Organismus als Ganzem dienlich ist oder nicht. Jede Erfahrung enthält also eine Bewertung ihrer selbst.

#### Exkurs

Dieses Axiom findet sich heute unter dem Stichwort »Selbstorganisation von Organismen« in den modernen Naturwissenschaften und der Biologie wieder. Es wird davon ausgegangen, dass Organismen ein **autopoietisches System** bilden, d. h. »... ein System, das zirkulär die Komponenten produziert, aus denen es besteht, das sich also über die Herstellung seiner Bestandteile selbst herstellt und erhält« (Roth 1987, zit. nach Höger 1993, S. 21). Ein autopoietisches System zeichnet sich u. a. dadurch aus, dass es durch äußere Ereignisse zwar modulierbar, nicht jedoch steuerbar ist. Verschiedene Autoren (z. B. Kriz 1989; Höger 1993) haben herausgearbeitet, dass diese Gesetzmäßigkeiten auch sehr gut in Einklang mit Rogers' Ausführungen (Rogers 1957) über die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Veränderungen durch Psychotherapie zu bringen sind.

**3. Selbstaktualisierungstendenz (Entwicklungssaxiom).** Zum Entwicklungsbestreben des Organismus als Ganzem, zur Aktualisierungstendenz also, gehört es, Teile seines Erlebens zu symbolisieren, d. h. ihrer gewahr, bewusst zu werden, sich selbst zu erfahren und aus einem Teil des Erfahrens des eigenen Seins und Handelns Selbsterfahrungen zu machen. Dieser Teil der Aktualisierungstendenz ist die Selbstaktualisierungstendenz (Rogers 1959, S. 196).

**4. Erfahrungen (Definition).** Erfahrungen im Sinne des klientenzentrierten Konzeptes sind die Teile des Erlebens des Organismus als Ganzem, die in einem gegebenen Moment **bewusst werden** könnten. Erfahrung ist ein psychologischer Begriff. Der Prozess, in dem Erfahrung bewusst wird, ist der Symbolisierungsprozess (Rogers

1959, S. 198). Gewährwerden, Symbolisierung und Bewusstwerden sind Synonyme.

**5. Symbolisierungsprozess (Definition).** Der Symbolisierungsprozess ist ein Prozess, in dem Körperempfindungen, Vorstellungen, Gefühle, Gedanken und Worte auftreten, die aufeinander bezogen sind, sich gegenseitig Ausdruck und v. a. Sinn verleihen.

- Der erfolgreiche Abschluss eines Symbolisierungsprozesses, der Abschluss der Entwicklung des »felt sense«, geht mit einer deutlichen, auch körperlich spürbaren Entspannung einher.
- Erfahrung wird also in Körperempfindungen, Vorstellungen, Gefühlen, Gedanken und Worten bewusst, und vollständig bewusste Erfahrung ist auch »sinnvolle« Erfahrung (»felt sense« heißt auch »gefühlter Sinn«; vgl. Gendlin 1978, 1981).
- Mehr oder weniger bewusste Erfahrung ist mehr oder weniger vollständig symbolisierte Erfahrung, d. h. auch mehr oder weniger abgewehrte Erfahrung.
- Es wird immer nur ein Teil der Erfahrungen des Organismus als Ganzem symbolisiert. Erfahrungen, die der Erhaltung und Förderung des Organismus als Ganzem dienen, werden dabei von Erfahrungen der Bedrohung und der Hemmung unterschieden.

**6. Selbsterfahrungen und Selbstkonzept (Entwicklungssaxiom).** Aus Erfahrungen können, der Selbstaktualisierungstendenz (s. oben) entsprechend, Erfahrungen der Art »Ich bin einer, der...«, also Selbsterfahrungen werden. Zum Beispiel kann aus der bewussten Erfahrung: »Ich sehe eine Blume« die Selbsterfahrung werden: »Ich erlebe, dass ich eine Blume sehe«.

Aus den Selbsterfahrungen bildet sich eine Struktur, das **Selbstkonzept** (identisch mit Selbst, Selbstbild, Selbststruktur). Das Selbstkonzept entwickelt sich in Interaktionen mit der Umwelt – genauer: aus dem sich selbst in der Interaktion mit der Umwelt erfahren – v. a. in Interaktionen mit anderen Menschen zu einem wahrnehmbaren Objekt im eigenen Erfahrungsfeld (Rogers 1959, S. 200).

#### Exkurs

Die Reformulierung und die Weiterentwicklung der Selbsttheorie von Rogers, v. a. durch Biermann-Ratjen (1993, vgl. auch Biermann-Ratjen et al. 2003, Kap. IV) und Swildens (1993) erfolgen unter Berücksichtigung der Ergebnisse der neueren Entwicklungsforschung (z. B. Stern 1992). Dabei wird die Rolle betont, die die Interaktionen und der Affekt bei der psychischen Entwicklung spielen. Es wird





angenommen, dass sich das Selbstgefühl in Interaktionen entwickelt, die in der Form von Episoden gespeichert und mit zunehmender Erfahrung generalisiert werden:

Selbst, Objekt, die Art der Interaktion und die Situation werden zusammen mit den beteiligten Affekten zu Bestandteilen der Erinnerung. Diese Erinnerungen können um jedes ihrer Elemente jeweils neu gruppiert und mit anderen Erinnerungen zusammengeschlossen werden. (Bohleber 1992, S. 362)

**7. Selbstbehauptungstendenz (Strukturaxiom).** Die Aktualisierungstendenz drückt sich auch in dem Bestreben aus, den Teil der Erfahrung des Organismus als Ganzem, der im Selbst symbolisiert ist, aufrechtzuerhalten. Das heißt, der Organismus als Ganzer bewertet Erfahrungen auch im Hinblick darauf, ob sie der Aufrechterhaltung des Selbstkonzeptes dienlich sind. Dieser Bewertungsprozess kann zu einer Spaltung in der Aktualisierungstendenz (Rogers u. Wood 1987, S. 142) führen: Das Bestreben, das Selbstbild zu entwickeln, kann mit dem Bestreben, das Selbstkonzept aufrechtzuerhalten, mit der Selbstbehauptungstendenz, kollidieren. Selbstaktualisierungstendenz und Selbstbehauptungstendenz sind Teile der Aktualisierungstendenz.

**8. Abwehr (Strukturaxiom).** Die Abwehr ist Ausdruck der Selbstbehauptungstendenz. Erfahrungen, die der Aufrechterhaltung des Selbstkonzeptes nicht dienlich sind, werden abgewehrt. Wenn sie dem Bewusstsein nicht vollständig vorenthalten werden – das ist eine Form der Abwehr – dann werden sie in einer Art und Weise symbolisiert, in der sie nicht als Selbsterfahrungen identifiziert, verstanden oder akzeptiert werden.

**9. »Need for positive regard« (Bedürfnis nach Anerkennung; Entwicklungsaxiom).** Im theoretischen System des klientenzentrierten Konzeptes wird nur ein übergeordnetes Bedürfnis angenommen: »need for positive regard«. Seine Befriedigung ist eine wesentliche Voraussetzung für eine gesunde psychische Entwicklung. Die Nichtbefriedigung dieses Bedürfnisses kann bei Babys die Konsequenz haben, dass sie sterben (Spitz 1945). Seine Bedeutung für die gesunde psychische Entwicklung des Menschen spiegelt sich auch in der Bindungstheorie (Bowlby 1975) und den Ergebnissen damit verbundener empirischer Forschung wider. Need for positive regard bedeutet: im eigenen Erleben gesehen, beachtet, verstanden werden wollen als lebenswertes und liebenswertes, nicht mit anderen zu verwechselndes, mit sich selbst identisches Individuum.

**10. Bedürfnis nach Anerkennung und Selbstkonzeptentwicklung (Entwicklungsaxiom).** Erfahrungen, die mit dem Bedürfnis nach »positive regard« verbunden sind, können nur dann Selbsterfahrungen werden und in das Selbstkonzept integriert werden, wenn sie von einem kongruenten wichtigen anderen empathisch verstanden und unbedingt wertgeschätzt werden. In dieser Annahme spiegeln sich wesentliche Aspekte des anzu-strebendengesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebots: **Kongruenz, unbedingte Wertschätzung bzw. bedingungsfreie positive Beachtung und Empathie.**

**11. Inkongruenz (Definition).** Inkongruenz ist ein Zustand, in dem eine Erfahrung bzw. bestimmte, sich wiederholende Erfahrungen gegensätzlich bewertet wird bzw. werden: Die gesamtorganismische Bewertung, dass diese Erfahrung der Erhaltung und der Förderung des Organismus als Ganzem einschließlich des Selbstkonzeptes dienlich ist, stimmt nicht mit der Bewertung dieser Erfahrung hinsichtlich ihrer Dienlichkeit für das Selbst überein. Es kollidieren also Selbstaktualisierungstendenz und Selbstbehauptungstendenz (► Abschn. »Selbstbehauptungstendenz«).

## 10.2 Beginn des Therapeut-Patient-Kontaktes

### 10.2.1 Diagnostische Aufgaben des Erstinterviews

Die vor Beginn einer Psychotherapie zu leistenden diagnostischen Aufgaben werden in der Regel im Rahmen eines Erstinterviews durchgeführt. Ein Erstinterview – manchmal auch **Indikationsgespräch** genannt – dient vorrangig der Klärung folgender Fragen:

- ?** Ist für einen bestimmten Patienten Psychotherapie die Behandlung der Wahl, d. h. ist eine Psychotherapie indiziert (Diagnostik und Indikation)?
- Ist eine Gesprächspsychotherapie indiziert und mit welchen Erfolgsaussichten (Prognose)?
- Sollte eine Gesprächspsychotherapie indiziert sein, welches ist dann das angemessene Setting: Einzel-, Gruppen- oder Paartherapie? Sollte die Therapie ambulant oder stationär durchgeführt werden?
- Welcher zeitliche Rahmen ist angemessen? Genügt eine limitierte Kurzzeittherapie oder sollte von einem üblichen Zeitaufwand für eine Gesprächspsychotherapie ausgegangen werden, z. B. 70 Sitzungen verteilt auf 2 Jahre für eine Einzelbehandlung?



- Ist zwar eine Psychotherapie indiziert, nicht jedoch eine Gesprächspsychotherapie: Welches andere Therapieverfahren scheint für diesen Patienten geeignet zu sein (differenzielle Indikation)?
- Ist eine Psychotherapie nicht indiziert: Welche anderen Formen von Hilfe sind für diesen Patienten denkbar?

Diese Fragen sind immer auch diagnostische: Ein Erstinterview dient somit stets zwei Zielen, nämlich folgenden Feststellungen:

- ❓ — Welche psychische Störung weist ein Patient auf?
- Ist Psychotherapie eine für diesen Patienten erfolgversprechende Behandlung?

Bevor auf diese Fragen im Einzelnen eingegangen wird, soll auf die Beschränkungen hingewiesen werden, denen Indikationsentscheidungen unterliegen. Sie gelten nicht nur für Indikationsstellungen im Rahmen von Gesprächspsychotherapie, sondern auch bezüglich der meisten anderen psychotherapeutischen Verfahren.

- Die für eine Indikationsstellung zu beantwortenden Fragen sind sehr viel präziser als die Antworten, die wir in der Regel nach einem Erstinterview darauf geben können. Das liegt v. a. daran, dass das Wissen, das wir benötigen, um diese Fragen genau und valide beantworten zu können, nicht vorliegt oder nicht ausreichend gesichert ist.

Die Regeln, die bei der Beantwortung der Fragen zur Anwendung kommen, sind eine Mischung aus klinischer Erfahrung, theoretischen Überlegungen und empirischem Wissen.

- Auch wenn für einen Patienten eine »ideale« Indikation gefunden werden kann, z. B. eine ambulante gesprächspsychotherapeutische Gruppentherapie, dann ist damit noch nicht sichergestellt, dass solch ein Gruppenplatz in absehbarer Zeit bei einem Psychotherapeuten verfügbar ist, ob der Patient mit dieser Empfehlung mit dem Therapeuten, der einen solchen Platz frei hat, zurechtkommt und ob er in die konkrete Gruppe, in die er aufgenommen werden soll, »hineinpasst«. Mit anderen Worten: Die **Rahmenbedingungen**, v. a. die Verfügbarkeit von bestimmten Therapieplätzen, spielen in der Realität bei der konkreten Indikationsempfehlung letztlich eine große Rolle, und eine konkrete Indikationsempfehlung unterscheidet sich häufig erheblich von der Idealindikation.
- In der Praxis beschränkt sich die Indikationsstellung meistens auf die Beantwortung der ersten Frage: Ist eine Psychotherapie indiziert oder nicht? Das heißt, dass in der Praxis die Indikationsfrage auf die Frage der Nicht- oder Kontraindikation beschränkt bleibt.

- Unter **Nichtindikation** wird in diesem Zusammenhang verstanden: Eine Psychotherapie wird an dem Problem bzw. der Symptomatik des Patienten nichts ändern und ihm auch insgesamt nichts nützen.

- Unter **Kontraindikation** wird verstanden: Eine Psychotherapie könnte dem Patienten auch schaden. Schäden, die durch eine Psychotherapie hervorgerufen oder ausgelöst werden können, sind v. a. Suizidalität, die in einem Suizid mündet, eine psychotische Dekompensation, die irreversibel ist, oder Handlungen, die durch die Therapie induziert werden und tragende soziale Gefüge zerstören.

- Die Reduktion der Indikationsfrage auf eine positive bzw. negative Indikationsstellung klammert im Fall der positiven Entscheidung die Frage nach der **Prognose** aus. Die Beantwortung dieser Frage überlassen Psychotherapeuten – mit guten Gründen – dem tatsächlichen Verlauf der Therapie. Bei kassenfinanzierten Psychotherapien wagen Therapeuten gezwungenermaßen eine Prognose bereits nach dem Ablauf von drei bis fünf probatorischen Sitzungen, häufig jedoch sind sie auch zu diesem Zeitpunkt mit der Prognose des Gesamtverlaufes und des zu erwartenden Therapieergebnisses für den konkreten Patienten zurückhaltend. Größere Sicherheit bezüglich der Prognose haben sie aber oft zu dem Zeitpunkt gewonnen, an dem sie einen Verlängerungsantrag für ihren Patienten stellen und begründen müssen.

- Die manchmal – in der Vergangenheit häufig von Gesprächspsychotherapeuten – aufgeworfene Frage, ob denn eine Indikationsstellung, inklusive der damit einhergehenden diagnostischen Überlegungen angesichts der großen Unsicherheit, mit der Indikationsentscheidungen und v. a. prognostische Aussagen belastet sind, überhaupt sinnvoll sei, ist mit einem klaren Ja zu beantworten.

Die Notwendigkeit einer Indikationsstellung ergibt sich schon aus den oben genannten Gründen einer möglichen Kontraindikation. Aber auch eine Therapie, die zwar nicht schadet, aber auch nicht hilft, kann sich schädlich auswirken. Sie kann bei einem Patienten zu der ihn zusätzlich belastenden Erfahrung führen: Ich bin ein unbehandelbarer psychisch kranker Mensch.

- Eine Indikationsstellung sollte immer im Dienst des Patientenwohles stehen. Diese Aussage klingt zwar wie eine Selbstverständlichkeit, die sie aber in der Praxis nicht immer ist. Therapeuten neigen manchmal durchaus dazu, sich solche Patienten auszuwählen, die ihren eigenen inneren Bedürfnissen entsprechen und sind dann weniger an dem orientiert, was dem Patienten gut täte.

Weitere Probleme dieser Art finden Sie im  
 ► Kap. 34 unter dem Gesichtspunkt der Ethik in der Psychotherapie ausgeführt.

### Diagnostik und Indikation

Eine Psychotherapie im engeren Sinne ist dann angezeigt, wenn die Störung des Patienten (auch) einen **psychischen Ursprung** hat, und eine psychotherapeutische Behandlung mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit dazu beitragen kann, eine positive Veränderung der Störung selbst oder der damit zusammenhängenden Befindlichkeit (Leiden) zu bewirken.

Psychotherapie bzw. psychotherapeutisch orientiertes Handeln ist auch dann angezeigt, wenn die psychischen Beschwerden eine **Reaktion auf eine organische Erkrankung** (► Kap. 17) oder ein **belastendes Ereignis** (► Kap. 21) darstellen.

Zu beantworten sind also bei diesem ersten Schritt drei Fragen:

- Welche Kriterien sprechen für eine positive Indikationsstellung?
- Welche Bedingungen schränken die Kriterien ein, d. h. wann ist eine Psychotherapie nicht indiziert?
- Welche Kriterien lassen eine Psychotherapie kontraindiziert erscheinen, weil eine Verschlechterung zu erwarten ist bzw. der Patient durch die Psychotherapie Schaden nehmen könnte?

### ? Welche diagnostischen Kriterien sprechen für eine positive Indikationsstellung?

Ob eine psychische Störung vorliegt, kann in einem ersten Schritt durch die Erhebung einer formalen Diagnose gemäß der »International Classification of Diseases- (ICD-)9 bzw. (ICD-)10« oder dem »Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- (DSM-)III-R bzw. (DSM-)IV« festgestellt werden. Die Diagnosen bzw. Störungen, die als psychotherapieindikativ angesehen werden, wurden in die **Psychotherapie-Richtlinien** aufgenommen. Es handelt sich dabei um die im Folgenden aufgeführten Störungen (► Übersicht).

Die Diagnose allein sagt nur wenig über den zu erwartenden Behandlungserfolg aus.

! **Patienten mit ein und derselben Diagnose können mit ein und demselben psychotherapeutischen Verfahren sehr wohl sehr erfolgreich als auch erfolglos behandelt werden oder gar Schaden nehmen.**

Dennoch zeigen **gruppenstatistische Untersuchungen**, dass die Erfolgsquote von gesprächspsychotherapeutischen Behandlungen bei unselektierten Patientenstichproben sehr wohl in Abhängigkeit von der Art der Störung variiert. Werden **alle** um eine Gesprächspsychotherapie nachsuchenden Patienten ohne jede weitere

### Anwendungsbereiche für Psychotherapie

in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie

(Psychotherapie-Richtlinien in der Neufassung vom 03.07.1987, in der geänderten Fassung vom 04.05.1990; aus Faber u. Haarstrick 1991, S. 141)

#### Auszug aus Abschnitt D:

1. Psychoneurotische Störungen (z. B. Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen, Konversionsneurosen)
2. Vegetativ-funktionelle Störungen und psychosomatische Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie
3. Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation kann Psychotherapie angewendet werden, wenn psychodynamische Faktoren wesentlich Anteil an einer seelischen Behinderung oder an deren Auswirkung haben und mit ihrer Hilfe eine Eingliederung in Arbeit, Beruf und/oder Gesellschaft möglichst auf Dauer erreicht werden kann. Indikationen hierfür können nur sein:
  - Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung
  - Seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen und/oder Missbildungen stehen
  - Seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet
  - Seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten
  - Seelische Behinderungen als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen lassen



Selektion, jedoch unter Ausschluss derjenigen mit Kontraindikationen, behandelt, so profitieren ca. zwei Drittel von ihnen von der psychotherapeutischen Behandlung. Bei Abhängigkeitserkrankungen, z. B. Alkoholismus, liegt diese Erfolgsquote mit ca. einem Drittel deutlich niedriger.

Innerhalb der klassischen Neurosen haben z. B. Patienten mit den Diagnosen depressive Neurose, Phobie und Angstneurose bessere Erfolgschancen als Patienten mit anderen Formen neurotischer Erkrankung, z. B. mit einer Zwangsneurose. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen haben im Mittel einen geringeren Behandlungserfolg als Patienten mit psychoneurotischen Störungen. Ein gewisser Ausgleich kann durch die Therapiedauer erreicht werden: Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung brauchen längere Therapiezeiten als die mit einer neurotischen Erkrankung.

**! Gruppenstatistische Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen der Art der Störung und dem Therapieerfolg bzw. dem erforderlichen Therapieumfang geben keine ausreichende Basis für eine Indikationsstellung im Individualfall ab.**

**? Welche Bedingungen schränken die Kriterien ein, d. h. wann ist eine Psychotherapie nicht indiziert?**

In einem zweiten Schritt ist die Frage zu untersuchen, ob eine Psychotherapie auch tatsächlich eine Veränderung verspricht. Das wird z. B. wenig wahrscheinlich sein bei einem Patienten, der wiederholt als neurotisch depressiv diagnostiziert worden ist und bei dem sich im Verlauf des Erstinterviews herausstellt, dass er bereits vier Therapien ohne Erfolg abgeschlossen bzw. abgebrochen hat, und die Exploration seiner Lebenssituation deutlich macht, dass er allein lebt und außer den erwähnten Therapiekontakten keine weiteren Sozialkontakte hat, worin er kein Problem sieht.

**! Eine Psychotherapie ist trotz des Vorliegens einer psychotherapieindikativen Störung in der Regel dann nicht indiziert, wenn die Therapie anderen Zielen als der Auseinandersetzung mit der eigenen Person mit dem Ziel, sich selbst zu verändern, dienen soll.**

**? Welche Kriterien lassen eine Psychotherapie als kontraindiziert erscheinen, weil eine Verschlechterung zu erwarten ist bzw. der Patient durch die Psychotherapie Schaden nehmen könnte?**

Die letzte Frage, die vor einer positiven Indikationsstellung zu klären ist, ist die nach Hinweisen für eine Kontraindikation.

### Fallbeispiel

*Ein Beispiel dafür ist eine 38-jährige, als depressiv diagnostizierte Patientin, die seit ihrem 18. Lebensjahr mit einem querschnittsgelähmten und an den Rollstuhl gefesselten Mann verheiratet ist. Aus der Vorgeschichte der Patientin ist zu erfahren, dass die Mutter der Patientin mit dieser zusammen einen sog. erweiterten Suizidversuch unternommen hat. Die Patientin ist 3 Jahre alt, als die Mutter mit ihr zusammen von einer Brücke in die Elbe springt. Die Mutter ist dabei ertrunken. Der Patientin, die die Ehe als ihren wesentlichen Lebensinhalt schildert, wird im Erstgespräch im Ansatz bewusst, dass die Wahl des gehunfähigen Partners einen Zusammenhang mit dem Suizid ihrer Mutter haben könnte. Sie verständigt sich mit dem Erstinterviewer darüber, dass eine Psychotherapie, in der solche Zusammenhänge zwangsläufig Thema werden, möglicherweise nicht die richtige Behandlung für sie sei. Sie wolle auf keinen Fall ihre Ehe aufs Spiel setzen. Da die nicht zu übersehende Depression der Patientin von einer Reihe somatischer Symptome begleitet wird, rät der Erstinterviewer ihr zunächst zu einer herkömmlichen »Kur«, d. h. zur Behandlung in einer primär auf die Behandlung von somatischen Beschwerden ausgerichteten Kurklinik. Das Angebot des Erstinterviewers, ihn nach dieser Kur erneut aufzusuchen, um die Frage einer Psychotherapie erneut zu behandeln, wird von der Patientin nicht wahrgenommen.*

Eine Kontraindikation wird häufig auch bei sog. frühen Störungen gestellt werden müssen, d. h. bei Patienten, deren Störung sich auf eine sog. Ich-Instabilität bzw. ein instabiles Selbstkonzept zurückführen lässt.

### Fallbeispiel

*Ein Beispiel dafür ist ein 19-jähriger junger Mann, der von seinen Eltern aus den »Klauen einer Sekte befreit« worden ist, und dem nach Meinung der Eltern eine Psychotherapie bei der Aufarbeitung der dort angerichteten Schäden helfen soll. Im Erstinterview wird aber rasch deutlich, dass die vielfältigen psychischen Störungen des jungen Mannes nicht als Reaktion auf die Mitgliedschaft in dieser Sekte zu verstehen sind – während der Mitgliedschaft war er fast symptomfrei gewesen – sondern als Ausdruck einer Ich-Schwäche. Der Erstinterviewer empfiehlt statt einer Psychotherapie den Besuch einer sog. Tagesstätte, einer psychosozialen Einrichtung für psychisch Kranke, die eine feste Struktur für die Gestaltung des Tagesablaufs bereitstellt und die Möglichkeit bietet, die Fähigkeiten zu erwerben, die man braucht, um ein eigenständiges Leben, unabhängig von der konkreten Versorgung durch die Eltern, zu führen.*

**! Eine Psychotherapie ist dann kontraindiziert, wenn durch die Psychotherapie und die in ihr zu erwartenden Prozesse der Patient letztlich überfordert sein wird und dadurch Schaden nehmen wird.**

## Erfolgsaussichten und Prognose

Die Indikation für ein spezifisches psychotherapeutisches Verfahren muss die spezifischen psychischen Prozesse berücksichtigen, die das Verfahren bewirkt bzw. bewirken will, in denen sich seine Wirksamkeit entfaltet.

Als Beispiel dafür soll hier die verhaltenstherapeutische Technik der systematischen Desensibilisierung genannt werden. Wenn diese Technik der Angstbehandlung eingesetzt werden soll, ist im Rahmen der Indikationsstellung sicherzustellen, dass der Patient auch in der Lage ist, sich die angstausslösenden Situationen vorzustellen.

Die Indikationsregeln für eine Gesprächspsychotherapie unter Berücksichtigung der spezifisch gesprächspsychotherapeutischen Prozessfaktoren sind in der folgenden ► Übersicht zusammengefasst.

### Indikationskriterien für eine Gesprächspsychotherapie (Biermann-Ratjen et al. 2003, S. 148 f.)

Eine Gesprächspsychotherapie als Heilbehandlung ist dann indiziert, wenn

1. Die Störung eine psychische ist, und zwar eine Inkongruenz zur Grundlage hat
2. ein Selbstkonzept und ein gewisses Ausmaß von Beziehungsfähigkeit zu sich selbst beim Klienten gegeben sind
3. Der Klient seine Inkongruenz zumindest im Ansatz als solche wahrnimmt, und diese Wahrnehmung mit einem Wunsch nach Veränderung verbunden ist
4. Der Klient das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot zumindest in Ansätzen wahr- und annehmen kann
5. In der Aufhebung der Inkongruenz im Erleben des Klienten wenigstens ein erster Schritt zur Behebung einer psychischen Störung bzw. zur Lösung seiner Probleme gesehen werden kann, und sei es auch nur die Klärung des Problems

Gegenüber den bisherigen allgemeinen Ausführungen zur Indikationsstellung ergeben sich im Hinblick auf die Indikation für eine Gesprächspsychotherapie folgende Präzisierungen:

- Bei der psychischen Störung (Kriterium 1) wird es sich in der Regel um eine psychotherapieindikative Störung (► Übersicht »Anwendungsbereiche für Psychotherapie«) handeln. Sie muss Inkongruenz im Sinne des klientenzentrierten Störungskonzeptes zur Grundlage haben (► Abschn. 10.1.2).
- Kriterium 2 ist ein Kriterium für eine Kontraindikation aufgrund eines zu instabilen Selbstkonzeptes.

- Kriterium 3 drückt im Rahmen des klientenzentrierten Störungskonzeptes so etwas wie das Vorhandensein einer Krankheitseinsicht und eine ausreichende Motivation für eine Veränderung (Leidensdruck) aus.
- Kriterium 4 soll sicherstellen, dass der spezifische gesprächspsychotherapeutische Prozess, ausgehend vom gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebot, vom Patienten nicht nur wahr-, sondern auch angenommen werden kann.
- Kriterium 5 soll sicherstellen, dass die Kriterien für eine Nichtindikation nicht erfüllt sind.

Können die Kriterien 1–3 und 5 als erfüllt angesehen werden, ist Kriterium 4 das für eine Indikationsstellung wichtigste. Ob es vorliegt, kann sowohl während eines Erstgesprächs als auch in probatorischen Gesprächen vor der endgültigen Vereinbarung einer Behandlung überprüft werden. Der Erstinterviewer beobachtet dabei, wie der Patient auf das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot reagiert. Fühlt er sich dadurch für den Erstinterviewer sichtbar und spürbar emotional sowie kognitiv angesprochen, ist das ein starker positiver Indikator, der als **Ansprechbarkeit** für das therapeutische Beziehungsangebot bezeichnet wird. Dieses Merkmal des Patienten korreliert auch mit dem späteren Therapieerfolg und ist somit ein **prognostischer Faktor**.

Ein weiteres prognostisches Merkmal des Patienten ist seine **Selbstexploration**. Sowohl Ansprechbarkeit als auch Selbstexploration sind operational definiert, d. h. die Definitionen liegen in einer Form vor, die auch die Einschätzung des Ausprägungsgrades des Kriteriums zulassen. Die Ansprechbarkeit kann im Rahmen von probatorischen Sitzungen mit einem kurzen Fragebogen erfasst werden (Bielefelder Klientenerfahrungsbogen, BIKEB; ► Abb. 10.1), die Selbstexploration kann vom Therapeuten bzw. Erstinterviewer auf einer Skala (► Übersicht »Skala zur Einschätzung der Selbstexploration des Patienten«) eingeschätzt werden.

Die Suche nach weiteren substanziellen Prädiktoren, die auch einer empirischen Überprüfung standgehalten hätten, war bisher vergeblich. Dieses Dilemma teilt die Gesprächspsychotherapie mit den anderen Therapieverfahren.

**! Die empirische Psychotherapieforschung für die Einzelpsychotherapie (Lambert 2004) und die Gruppenpsychotherapie (Furhman u. Burlingame 1994) zeigt, dass es kein einzelnes, vor der Behandlung erhebbares Merkmal des Patienten gibt, das eine substanzielle und sichere Prognose des Therapieerfolgs zulässt.**

Das gilt sowohl für Persönlichkeitsmerkmale, z. B. Neurotizismus, als auch für soziodemographische Merk-

male, wie Alter, Geschlecht, sozialer und beruflicher Status, Schulbildung sowie Familienstand. Für einige Merkmale werden immer wieder einmal positive Zusammenhänge mit dem Therapieergebnis gefunden, z. B. beim Lebensalter und der Intelligenz, aber ihr Einfluss auf den Therapieerfolg ist als eher gering einzuschätzen. Erfolgsversprechender scheinen Prädiktoren zu sein, die eine **inhaltliche Beziehung** zum Therapieprozess und seinen Anforderungen an den Patienten haben. Als Beispiel sollen hierfür die »psychologische Begabung« (»psychological mindedness«, McCallum u. Piper 1996) oder die Art und das Ausmaß der interpersonalen Probleme, gemessen mit dem Fragebogen »Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme« (IIP; Horowitz et al. 1994) genannt werden.

Zur Prognose des Erfolgs gesprächspsychotherapeutischer Behandlungen hat Zielke (1979) eine Skala entwickelt, die »Kieler änderungssensitive Symptomliste (KASSL)«.

Erfolgsversprechender, aber zugleich für die Praxis meist nicht ökonomisch, da zu zeitaufwendig, sind Prädiktionsmaße, die aus der direkten bzw. indirekten Beobachtung (z. B. vom Video) des Interaktionsverhaltens des Patienten gewonnen werden. Im Bereich der Gesprächspsychotherapie gehören außer der Selbstexploration des Patienten auch Maße wie die **Intensität der Auseinandersetzung mit sich selbst** (Biermann-Ratjen et al. 2003, S. 72) dazu.

Eine Gesprächspsychotherapie ist dann indiziert, wenn die fünf oben genannten Kriterien als erfüllt angesehen werden können.

! **Die Prognose bezüglich des Therapieerfolgs ist um so günstiger, je ansprechbarer der Patient für das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot ist, d. h. wenn er darauf mit erhöhter Selbstexploration bzw. verstärkter Selbstauseinandersetzung reagiert.**

### Therapeutisches Setting

Das Prinzip der Ansprechbarkeit für das jeweilige therapeutische Angebot sollte auch auf die Wahl des Settings angewendet werden.

#### Tipps

Empfehlen Sie dem Patienten das Setting, in dem seine Symptome und inadäquaten Verhaltensweisen bzw. die dahinterliegenden Probleme und Konflikte am ehesten einer therapeutischen Bearbeitung zugänglich werden.

So ist z. B. ein Patient mit Konkurrenzproblemen, in der Form von Angst vor offener Auseinandersetzung im

beruflichen und privaten Bereich, aber auch in der Form von chronischer unterschwelliger Aggression, sicherlich in einer Gruppentherapie besser aufgehoben als in einer Einzeltherapie. Eine Paartherapie wäre unter diesem Gesichtspunkt dann indiziert, wenn sich die Störung des Patienten v. a. in der konkreten Partnerschaft manifestiert bzw. durch diese ausgelöst wird. Aber auch für dieses Indikationsprinzip gilt, dass der Patient – und im Fall der Paartherapie auch sein Partner/seine Partnerin – diese Auffassung teilt und mit einer Hoffnung auf Hilfe verbindet.

### Zeitlicher Rahmen

In der Regel wird kein Stundenkontingent für eine Gesprächspsychotherapie vereinbart. Die übliche Behandlungsfrequenz beträgt eine Sitzung von 50-minütiger Dauer pro Woche.

! **Im Idealfall stimmen Patient und Therapeut darin überein, wann die Behandlung mit einem guten bzw. ausreichenden Ergebnis beendet werden kann.**

Gesprächspsychotherapie umfasst unter diesen Bedingungen im Mittel knapp 70 Sitzungen, verteilt auf einen Zeitraum von etwa 2 Jahren.

Die Behandlungsfrequenz wird von vielen Gesprächspsychotherapeuten und ihren Patienten variabel gehandhabt. Häufig kommt es gegen Ende der Behandlung zu einer **Streckung der Frequenz**, z. B. sehen sich Patient und Therapeut nur noch bei »Bedarf« oder in größeren zeitlichen Abständen. Mit der Streckung »probt« der Patient die Zeit nach der Trennung vom Therapeuten.

Der für eine Behandlung erforderliche zeitliche Rahmen ist offenbar auch von der Art der Störung abhängig. Patienten mit einer Borderlinepersönlichkeitsstörung z. B. brauchen deutlich mehr therapeutische Sitzungen als z. B. Patienten mit einer sog. posttraumatischen Belastungsreaktion (vgl. Biermann-Ratjen et al. 2003, S. 159).

Unter bestimmten Bedingungen haben sich für bestimmte Patienten auch **zeitlich limitierte Behandlungen** bewährt. So habe ich gute Erfahrungen mit der Behandlung von Patienten mit einer Borderlinepersönlichkeitsstörung in geschlossenen Therapiegruppen gemacht, die bei einer Frequenz von 2 Sitzungen pro Woche nach einem Jahr abgeschlossen wurden. Die Trennungsprobleme dieser Patienten waren in diesem Setting, das vorher vereinbart worden war, deutlich geringer, als sonst oft zu beobachten ist.

### Differenzielle Indikation

In den Fällen, in denen zwar eine Psychotherapie, nicht jedoch eine Gesprächspsychotherapie indiziert ist, ist zu klären, welches andere psychotherapeutische Verfahren infrage käme.

Das Wissen über empirisch gesicherte Kriterien, die eine differenzielle Indikationsstellung zulassen, ist noch immer als eher dürftig zu bezeichnen.

Grawe et al. (1994, S. 695) können aus ihrer umfangreichen Metaanalyse keine durch mehrere Studien gesicherten Indikatoren für eine differenzielle Therapieindikation entnehmen. Sie weisen jedoch darauf hin, dass die verschiedenen Therapieverfahren und -settings nachweislich unterschiedliche **Wirkprofile** haben. Diese können eine Orientierungshilfe bei der differenziellen Therapieindikation darstellen. So hat man durch Vergleichsuntersuchungen herausgefunden, was ein Therapieverfahren bzw. -setting im Vergleich zu anderen im Mittel »besser« oder gezielter leistet. Beispielsweise bewirken Gruppen- und Paartherapien mehr Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich als Einzeltherapie, und eine kognitive Verhaltenstherapie (nach Beck 1976; ► Kap. 8) bewirkt im Vergleich zu einer interpersonellen Therapie (nach Klerman et al. 1984; ► Kap. 9) bei Depressionen stärkere Veränderungen »dysfunktionaler Gedanken«. Gesprächspsychotherapie scheint mehr als andere Therapieverfahren geeignet zu sein, die **internalen Kontrollüberzeugungen** von Patienten zu fördern.

Das heißt, gesprächspsychotherapeutisch behandelte Patienten gewinnen zunehmend die Überzeugung, dass ihre Probleme nicht vorwiegend eine Reaktion auf äußere Schwierigkeiten sind, sondern dass auch sie selbst dazu beitragen und damit auch die Möglichkeit, daran etwas zu verändern, wächst.

**! Ein guter Therapieverlauf setzt eine gute Passung zwischen dem Therapeuten, seiner Persönlichkeit und dem von ihm praktizierten Therapieverfahren auf der einen und dem Patienten, seiner Persönlichkeit und seiner Störung auf der anderen Seite voraus.**

Ein Teil dieser Passung besteht darin, dass der Patient auf die **spezifischen Therapieprozessfaktoren** bzw. Wirkfaktoren eines Verfahrens und des gewählten Settings so anspricht, dass diese zum Tragen kommen und ihre Wirksamkeit entfalten können.

Ein Beispiel dafür ist die Bereitschaft des Patienten, auf den tiefenpsychologisch fundierten Therapeuten mit Übertragungsgefühlen zu reagieren und diese in einer für ihn emotional sowie kognitiv bedeutsamen Weise zum Gegenstand der therapeutischen Reflexion machen zu können.

Ein anderes Beispiel sind die therapeutisch wirksamen Prozesse bei den sog. Reizkonfrontationsverfahren zur Behandlung von Ängsten und Phobien im Rahmen einer verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlung. Therapeutisch wirksam ist das Erleben der Angst in der angstausslösenden Situation bis zu dem Punkt, an dem die Angst nachlässt, ohne dass die Situation verlas-

sen wird. Diese sehr effiziente Methode der Angstbehandlung setzt aber voraus, dass die Patienten dieses Verfahren als plausibel ansehen und bereit sowie in der Lage sind, sich dem Therapeuten und seinem Können anzuvertrauen.

Mit dem letztgenannten Beispiel ist auch der zweite wichtige Aspekt der therapeutisch notwendigen Passung angesprochen: Grundlage jeder Form von therapeutischem Handeln ist die **therapeutische Beziehung** zwischen Patient und Therapeut. Diese Beziehung wird unterschiedlich bezeichnet, z. B. als »therapeutische Allianz«, »tragfähiges Arbeitsbündnis« oder »therapeutisches Bündnis«. Sie kann nicht verfahrens-, sondern nur personenspezifisch sein. Das rechtfertigt eine gängige Praxis bei der Indikationsstellung: Häufig wird einem Patienten nicht ein spezifisches Therapieverfahren empfohlen, sondern ein bestimmter Psychotherapeut, von dem man zu wissen glaubt, dass er mit diesem Patienten die therapeutische Beziehung haben können wird.

### Kriterien zur Behandlungsaufnahme

Psychische Hilfe kann nicht nur durch systematische Psychotherapie geleistet werden, und manchmal kann Psychotherapie auch eher schaden als nützen. Alle erfahrenen Indikationssteller kennen die Situation, dass bereits ein oder zwei Erstinterviews, die immer auch den Charakter eines psychotherapeutischen Gespräches haben, bei einem Patienten so umfangreiche Veränderungen auslösen, dass sich eine weitere Psychotherapie erübrigt. Die Gründe für eine Nicht- bzw. Kontraindikation wurden bereits aufgeführt.

Gesprächspsychotherapeuten tun sich z. B. im Vergleich zu Psychoanalytikern eher schwer, zu befinden, dass eine Gesprächspsychotherapie nicht indiziert ist. Das hat sowohl rationale als auch irrationale Gründe. Einer der irrationalen Gründe ist der, dass manche Gesprächspsychotherapeuten Skrupel entwickeln, einen Patienten mit einem dezidierten Therapiebegehren abzuweisen, obwohl absehbar ist, dass eine Gesprächspsychotherapie mit großer Sicherheit nicht helfen wird. Sie rationalisieren ihre Entscheidung damit, dass sie ihr Verhalten als »klientenzentriert« bezeichnen, obwohl sie sich nur dem drängenden Wunsch eines Patienten gefügt haben.

Die eher rationalen Gründe dafür, die Schwelle für eine Kontraindikation sehr hoch zu legen, liegen im Verfahren selbst.

**! Die im Vergleich zu anderen Verfahren eher geringen »Anforderungen« an die Voraussetzungen, die ein Patient für eine Gesprächspsychotherapie mitzubringen hat, eröffnen nachweislich, bezogen auf die Art und Schwere der Störung, ein sehr breites Indikationsspektrum.**



In einigen psychiatrienahen Berufsfeldern, z. B. sozial-psychiatrischen Nachsorgeeinrichtungen, behandeln Gesprächspsychotherapeuten Patienten, deren Störung im Sinne der Psychotherapierichtlinien eine »seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankung, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen lassen« darstellt. Es erhebt sich die Frage, ob solche Behandlungen mit dem Namen Psychotherapie noch korrekt bezeichnet sind, oder ob die Bezeichnung **psychotherapeutische Begleitung** nicht angemessener wäre.

Die Feststellung, ob es sich bei solchen Behandlungen um eine Psychotherapie oder um eine andere Form von psychologischer Hilfe handelt, hängt schlicht davon ab, welche Definition von Psychotherapie zugrunde gelegt wird.

Im Falle einer Nicht- bzw. Kontraindikation sollte der Erstinterviewer eine Antwort auf die Frage finden:

**? Welche andere Form von Hilfe wird dem Patienten gerecht?**

Dazu wird er mit dem Patienten zu klären haben, welche Veränderungen mit welchen Zielen er sich wünscht. Häufig wird sich dabei herausstellen, dass es um die **Überwindung von Verhaltensdefiziten** geht.

### Fallbeispiel

*Der 35-jährige, wiederholt stationär psychiatrisch behandelte Patient fühlt sich von der Mutter abhängig. Er möchte zwar von seiner Mutter weg in eine eigene Wohnung ziehen, sieht sich aber dazu nicht imstande, weil er glaubt, den Aufgaben einer eigenen Haushaltsführung nicht gewachsen zu sein. Diesem Patienten werden sicherlich sozialtherapeutische Maßnahmen mehr helfen als eine ausschließlich psychotherapeutische Bearbeitung seiner Abhängigkeitsproblematik. Eine solche Behandlungsempfehlung schließt natürlich nicht aus, dass der Patient dann, wenn er den ersten Schritt getan hat, von zu Hause ausgezogen ist und erlebt, dass er sich doch selbst versorgen kann, auch eine Psychotherapie macht.*

Auch die Behandlung, die anstelle einer Psychotherapie empfohlen wird, muss in Abstimmung sowohl mit den Zielen als auch mit den Möglichkeiten des Patienten erfolgen. Wenn das Ziel, wie im genannten Beispiel, eine von der Mutter unabhängige Lebensführung ist, kann der Vorschlag, in eine betreute Einrichtung, z. B. in ein sozialpsychiatrisches Übergangswohnheim, zu ziehen, den Patienten überfordern, wenn ihn tatsächlich die konkrete Trennung von der Mutter überfordert. Möglicherweise wäre in diesem Fall ein Tagesstättenbesuch als erster Schritt die angemessenere Behandlungsempfehlung.

## 10.2.2 Praxis des Erstinterviews

Ziel eines gesprächspsychotherapeutischen Erstinterviews ist es, den Patienten so weit zu verstehen, dass die im ► Abschn. 10.2.1 genannten Fragen im Hinblick auf eine Indikationsstellung mit hinreichender Sicherheit beantwortet werden können. In der Regel ist das nach einem 1- bis 1,5-stündigen Gespräch möglich. Manchmal ist es nötig, in einzelnen Fällen auch dringend geboten, einen zweiten und auch dritten Interviewtermin mit dem Patienten zu vereinbaren.

Wie bei jeder zwischenmenschlichen Begegnung ist auch bei einem Erstinterview der erste Moment der Begegnung von großer Bedeutung für den weiteren Verlauf.

### Tipps

Als Erstinterviewer sollten Sie in einer Verfassung sein, die es Ihnen ermöglicht, sich voll und ganz auf den Patienten einzustellen bzw. einzulassen.

Sie sollten den Patienten nicht in Ihr Untersuchungszimmer bitten, um dann Platz zu nehmen und noch ein Telefonat zu führen oder erst noch irgendwelche schriftlichen Aufzeichnungen zu beenden.

Alles was Sie tun, löst beim Patienten vor dem Hintergrund seiner mitgebrachten Erfahrungen bestimmte Vorstellungen, Phantasien und Bewertungen, auch Gefühle, z. B. Befürchtungen, aus.

Daher gibt es letztlich keine andere Regel für die Gestaltung eines Erstinterviews außer der, dass Sie von Anfang an versuchen, zu erfassen, mit welchen Erwartungen und Befürchtungen der Patient den Untersuchungsraum betritt, und wie er auf Sie reagiert. Die Frage, ob Sie als männlicher Therapeut z. B. einer Patientin aus dem Mantel helfen oder nicht, ist keine, denn die Entscheidung darüber trifft zunächst die Patientin.

Das schließt nicht aus, dass dann, wenn Sie diese Patientin in Behandlung genommen haben, es später einmal Thema wird, dass die Patientin es hasst, wenn man ihr in den Mantel hilft.

Diese Vorgehensweise bei der Gestaltung eines Erstinterviews lässt sich auch als Regel formulieren:

### Tipps

Geben Sie von sich aus so wenig Struktur wie möglich vor.

Braucht ein Patient Struktur, wird er das schon signalisieren, z. B. indem er erwartungsvoll schweigt und auf Nachfrage erklärt, dass er erwarte, befragt zu werden.



Die Regel der möglichst geringen Strukturierung der Situation sollte auch für die **Gestaltung des Untersuchungszimmers** gelten: Ausgefallene Bilder, Wandteppiche oder Vitrinen mit dem Sammelgut des Therapeuten haben schon manchen Patienten in Verwirrung oder in Rage versetzt. Der Patient soll sich mit sich befassen, und Sie sollen ihn nicht mit Ihrem möglicherweise besonderen Geschmack oder der Art Ihrer (Sammel-)Leidenschaften beschäftigen.

Das Prinzip der möglichst sparsamen Strukturierung sollte auch für die **Gestaltung der Gesprächsführung** gelten: Wenn Interviewer und Patient an einem Tisch im rechten Winkel zueinander sitzen, dann ermöglicht diese Sitzposition dem Patienten, dass er jederzeit die Möglichkeit hat, einen Blickkontakt zum Therapeuten bzw. Interviewer aktiv herzustellen, ihn aber auch zu unterlassen, ohne die Augen niederschlagen oder wegschauen zu müssen. Diese Empfehlung gilt jedoch nur, wenn sich auch der Interviewer mit dieser Sitzanordnung wohl fühlt. Es gibt Erstinterviewer, die sich in der Vis-à-vis-Position sehr viel wohler fühlen, ohne mit dieser Position Augenkontaktszwang auf den Patienten auszuüben.

Entsprechend offen bzw. zurückhaltend sollte die **verbale Begrüßung** ausfallen. In der Regel genügt – bei gegebener innerer Zuwendungs- und Aufnahmebereitschaft – ein aufmunterndes »Ja«, um dem Patienten zu signalisieren, dass man bereit ist, ihm zuzuhören, sich ihm zuzuwenden. Mehr als die Frage an den Patienten: »Was führt Sie zu mir?« ist selten nötig, um dem Patienten das Wort zu übergeben.

**! Formulierungen, wie »Welches Problem führt Sie zu mir?« oder »Womit kann ich Ihnen helfen?« enthalten durch nichts gerechtfertigte Annahmen des Therapeuten bezüglich des Patienten.**

Antworten von Patienten auf solche Begrüßungsformeln von Therapeuten verdeutlichen das: »Ich komme nicht, weil ich ein Problem habe, sondern eine Depression« bzw. »Ich glaube, mir ist nicht zu helfen, ich habe schon alles versucht«. Die Patienten, die diese Antworten geben, reagieren sehr »üblich«: Sie stellen sich von Beginn an darauf ein, was der Therapeut von ihnen erwartet bzw. rechnen mit seinen Bewertungen.

Zur Zurückhaltung in der Strukturierung der Situation gehört auch, dass Sie so wenig wie möglich explorativ vorgehen. Viele Patienten liefern Ihnen »von sich aus« alle für eine Indikationsentscheidung nötigen Informationen. Zu überprüfen ist gegebenenfalls, ob die Finanzierung der Behandlung durch eine Krankenkasse erfolgen soll, und ob Sie alle für eine Antragstellung erforderlichen Informationen haben (► Übersicht).

#### Angaben zur Antragstellung

- Angaben zur Person des Patienten
- Frühere Behandlungen
- Anlass des Behandlungswunsches aus der Sicht des Patienten (geklagte Beschwerden)
- Überweiskontext
- Befunde
- Medizinische Befunde
- Psychischer Befund
- Diagnose nach ICD-10 (bzw. DSM-IV)
- Anamnese
- Vorgeschichte/Lebensgeschichte
- Aktuelle Situation
- Überlegungen zur Genese der Krankheit und zur auslösenden Situation
- Indikation
- Planung der Behandlung: formal und inhaltlich
- Prognose

Eine zu empfehlende Vorgehensweise ist eine klare **Zweiteilung des Interviews** in einen Informationsteil und einen Probetherapieteil. Bei diesem Vorgehen ist der **Informationsteil** häufig »anzuhängen«, d. h. die noch fehlenden Informationen werden »nachexploriert«. Allerdings sollte auch dabei dem Patienten deutlich signalisiert werden, dass Sie jetzt noch Informationen von ihm wünschen, die Ihren Interessen dienen, z. B.: »Ich möchte, bevor wir das Gespräch beenden, von Ihnen noch einige Auskünfte haben, um ...«.

Bei diesem Vorgehen lässt sich zugleich beobachten, wie weit der Patient in der Lage ist, von der Ebene des therapeutischen Kontaktes auf die Ebene des eher sachlichen Kontaktes zurückzugehen. Daraus ergeben sich u. U. wichtige Hinweise auf die **Stabilität seines Selbstkonzeptes**.

Auf die Schwierigkeiten, die manche Gesprächspsychotherapeuten mit diesem Vorgehen haben, kann hier nur hingewiesen werden.

**! Einigen Patienten, z. B. denen, die Wünsche nach einer Strukturierung der Situation durch den Interviewer signalisieren, kommt es entgegen, wenn mit dem »Informationsteil« begonnen wird.**

Der **Probetherapieteil** ist nichts anderes als der gesprächspsychotherapeutische Umgang mit den von dem Patienten vorgetragenen Inhalten. Auch diesen Teil sollten Sie für den Patienten klar erkennbar abschließen.

Wie und zu welchem Zeitpunkt die Auswertung des Erstinterviews vorgenommen wird, hängt wesentlich von der Erfahrung des Interviewers ab, aber auch von der Person des Patienten und seiner Störung. Sehr erfahrene Interviewer können sich häufig bereits während des

Interviews ein Urteil bilden und die für eine Indikationsstellung relevanten Fragen beantworten.

Ein bereits erwähntes Kriterium ist die **Einschätzung der Selbstexploration** des Patienten. Dazu kann die folgende Skala (► Übersicht) benutzt werden.

Zeigt ein Patient ein Selbstexplorationsverhalten, das auf Stufe 5 oder höher einzuschätzen ist, ist dies ein prognostisch gutes Zeichen für eine Gesprächspsychotherapie. Diese Feststellung schließt jedoch nicht aus, dass auch Patienten mit geringerer Selbstexploration in der Erstinterviewsituation langfristig in einen zunehmend selbstempathischen Prozess eintreten können. Wichtiger als das absolute Ausmaß an Selbstexploration scheint ein **deutliches Ansteigen der Selbstexploration** im Probestherapiezeitel des Erstinterviews zu sein.

Manchmal ist es gut, v. a. wenn die eigenen Reaktionen auf den Patienten unklar oder aber diffus ablehnend waren, ein **zweites Interview** anzubereiten, um diese Unklarheiten außerhalb der Interviewsituation zu überdenken und im zweiten Gespräch erneut zu überprüfen. Das Überdenken könnte anhand folgender Fragen passieren:

**?** — **Womit hat der Patient meine Abweichung von der bedingungsfreien positiven Beachtung ausgelöst?**

— **Worüber hat der Patient nicht gesprochen, obwohl es im Zusammenhang mit dem vorgetragenen Problem nahe gelegen hätte, es zur Sprache zu bringen?**

#### Fallbeispiel

*Eine Patientin berichtet von dem Ausbruch einer schweren Depression vor 2 Jahren im Zusammenhang mit der Nachricht, dass ihr Vater mit einem vermuteten Herzinfarkt ins Krankenhaus eingeliefert wurde. Der Interviewer stellt bei dem Bericht über diese Patientin in einer Fallsupervision fest, dass er nicht weiß, ob der Vater heute noch lebt.*

Ist der Erstinterviewer allein oder mithilfe einer bei Erstinterviews sehr zu empfehlenden **Fallsupervision** zu einer Indikationsstellung gekommen, sollte er diese in einer für den Patienten verständlichen Sprache als Empfehlung mitteilen.

#### Tipps

Nehmen Sie bei der Therapieempfehlung eine therapeutische Haltung ein, d. h. achten Sie darauf, wie der Patient reagiert, ob sich Ängste, Widerstände, Enttäuschung usw. einstellen.

#### Skala zur Einschätzung der Selbstexploration des Patienten. (Nach Tausch et al. 1969)

**Stufe 1:** Der Patient sagt nichts über sich selbst, weder über sein Verhalten noch über sein inneres Erleben. Er spricht ausschließlich über Tatbestände, die unabhängig von seiner Person sind.

**Stufe 2:** Der Patient berichtet nichts über sich selbst, weder über sein Verhalten noch über sein Erleben. Er erzählt jedoch von Personen und/oder Sachen, die zu ihm in einer Beziehung stehen (z. B. von seinen Eltern, seinem Auto).

**Stufe 3:** Der Patient berichtet von äußeren Vorgängen und auch von seinem eigenen Verhalten, jedoch ohne von seinen spezifisch persönlichen inneren Erlebnissen zu sprechen, die dazu in Beziehung stehen.

**Stufe 4:** Der Patient berichtet von äußeren Vorgängen und auch von seinem eigenen Verhalten, jedoch ohne von spezifisch persönlichen inneren Erlebnissen zu sprechen, die im Zusammenhang damit stehen. Man kann jedoch annehmen, dass das Berichtete für ihn mit Gefühlen verbunden oder für ihn von ziemlicher Bedeutung ist.

**Stufe 5:** Der Patient berichtet über sein eigenes Verhalten oder äußere Vorgänge und über die spezifisch persönlichen inneren Erlebnisse, die dazu in Beziehung

stehen. Der überwiegende Teil der Aussage besteht in der Schilderung seines Verhaltens oder äußerer Ereignisse; seine spezifisch persönlichen inneren Erlebnisse werden nur kurz erwähnt.

**Stufe 6:** Der Patient berichtet über sein eigenes Verhalten oder äußere Vorgänge und über die spezifisch persönlichen inneren Erlebnisse, die dazu in Beziehung stehen. Der Inhalt der Aussage besteht überwiegend aus der Schilderung seiner inneren Erlebnisse.

**Stufe 7:** Der Patient berichtet überwiegend von seinen spezifisch persönlichen inneren Erlebnissen. Zusätzlich ist ein Ansatz zu erkennen, seine inneren Erlebnisse weiter zu klären: etwa sie in neuen Zusammenhängen zu sehen, sich zu fragen, woher gewisse Einstellungen kommen, Widersprüche zu entdecken u. Ä.

**Stufe 8:** Der Patient schildert ausführlich seine spezifisch persönlichen inneren Erlebnisse. Das Suchen nach neuen Aspekten und Zusammenhängen in seinem inneren Erleben kommt deutlich zum Ausdruck.

**Stufe 9:** Der Patient schildert ausführlich seine spezifisch persönlichen inneren Erlebnisse. Es wird deutlich, dass er neue Aspekte und Zusammenhänge in seinem inneren Erleben findet.

Sie sollten als Erstinterviewer diese Reaktion aufgreifen, und zwar nicht mit dem Ziel, diese Gefühle um jeden Preis auszuräumen. Es hilft dem Patienten nicht, ihn in eine Therapie zu nehmen oder zu überweisen, die er eigentlich nicht will. Eine wichtige Feststellung ist, ob das, was Sie dem Patienten empfehlen, bei diesem so etwas wie »Hoffnung« auslöst.

**! Zu einer Therapieempfehlung gehört die Aufklärung des Patienten über wichtige Therapieprinzipien der empfohlenen Behandlung sowie Informationen über einen »üblichen« Therapieverlauf.**

Zum Beispiel könnten Sie den Therapiebeginn, wie folgt, beschreiben: »Psychotherapie berührt zwangsläufig schmerzliche Bereiche, es wird Ihnen mit großer Wahrscheinlichkeit nicht von Beginn der Psychotherapie an kontinuierlich besser gehen«. Darüber hinaus sollte der Patient über den denkbaren **zeitlichen Umfang** der empfohlenen Therapie informiert werden. Hierbei sind am häufigsten Diskrepanzen zwischen den Erwartungen des Patienten und der therapeutischen Realität zu beobachten. In der Regel gehen Patienten von sehr viel kürzeren Behandlungszeiten aus als die meisten Therapieverfahren tatsächlich aufwenden.

Zur Aufklärung des Patienten im Rahmen einer Therapieempfehlung gehören auch Informationen über die **Finanzierung der Behandlung**. Auf jeden Fall sollte vor Behandlungsaufnahme die Finanzierung klar geregelt sein.

Auch eine **Kontraindikation** ist dem Patienten genau zu begründen. Hier »kneifen« manche Psychotherapeuten gern, obwohl Patienten das meistens merken. Sie berichten z. B., dass der Therapeut, bei dem sie vorher zum Erstgespräch waren, nun plötzlich doch keinen Therapieplatz mehr frei hat oder erklärt habe, nicht der richtige Therapeut für diese Probleme zu sein. Die Patienten machen meistens sehr deutlich, dass sie solche Gründe als vorgeschoben erkennen. Therapeuten, die sich so verhalten, vergessen offenbar ein wichtiges Prinzip psychotherapeutischer Arbeit:

**! Psychotherapie ist immer auch Suche nach der »Wahrheit«, selbst wenn diese schmerzlich sein sollte. Dieses Prinzip gilt auch für Erstinterviewer im Erstinterview.**

Für den Fall, dass Sie den Patienten selbst behandeln möchten, werden Sie mit ihm üblicherweise probatorische Sitzungen mit dem Ziel vereinbaren, danach ge-

meinsam eine endgültige Entscheidung darüber zu treffen, ob sie in eine reguläre längere Behandlung eintreten oder nicht. Als Entscheidungshilfe können Sie den oben erwähnten und nachfolgend abgebildeten Fragebogen (■ Abb. 10.1; Höger u. Eckert 1995) einsetzen, der es erlaubt, die **Ansprechbarkeit des Patienten** abzuschätzen.

Die Ansprechbarkeit des Patienten für das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot lässt sich in der Praxis folgendermaßen erfassen: Der Patient füllt nach jeder Stunde den Bogen aus, und der Therapeut schätzt seinerseits nach jeder Stunde ein, wie sein Patient die einzelnen Fragen beantworten wird. Prognostisch günstige Zeichen sind folgende:

- Der Patient schätzt sein Erleben in der Sitzung (z. B. Item 1) eher positiv ein.
- Es gibt keine nennenswerten Differenzen zwischen den Einschätzungen des Patienten und denen des Therapeuten. Ein prognostisch ungünstiges Zeichen wäre es, wenn Sie als Therapeut das Erleben des Patienten durchgängig sehr viel positiver einschätzen, als der Patient selbst es tut.
- Die Einschätzungen des Patienten der einzelnen Items sind nicht nach jeder Stunde die gleichen, sondern variieren in Abhängigkeit vom tatsächlichen Verlauf der jeweiligen Sitzung.

**Tipps**

Entnehmen Sie den Einschätzungen des Patienten eine eher prognostisch ungünstige Reaktion, sollten Sie die Indikationsstellung überdenken und versuchen, die Ursachen zu ergründen.

In der Regel empfiehlt es sich, den Patienten in geeigneter Form in diese Überlegungen einzubeziehen, z. B. indem Sie seine Erwartungen an eine Psychotherapie erneut zum Thema machen.

## 10.3 Therapeutischer Prozess

Gesprächspsychotherapeutisches Handeln drückt sich im Bemühen des Therapeuten um die Realisierung des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebots aus. Das Beziehungsangebot ist sowohl Behandlungstechnik als auch Bestandteil der therapeutischen Beziehung im Sinne des allgemeinen Modells von Psychotherapie, das Orlinsky u. Howard (1987; ■ Abb. 2.1) entworfen haben.

### Bielefelder Klientenerfahrungsbogen (BIKEB)

Version: 7/94

Klient/in: ..... Therapeut/in: .....

Insgesamt ..... tes psychotherapeutisches Gespräch am .....

Bitte beantworten Sie möglichst spontan die folgenden Fragen  
zum heutigen psychotherapeutischen Gespräch:

	stimmt überhaupt nicht					stimmt genau				
1. So wie das Gespräch heute lief, hat es mich nicht befriedigt.	0	1	2	3	4	5				
2. Heute fühlte ich mich bei meinem Therapeuten/meiner Therapeutin gut aufgehoben.	0	1	2	3	4	5				
3. Mit der Art, wie mein Therapeut/meine Therapeutin mit mir heute umging, kam ich gut zurecht.	0	1	2	3	4	5				
4. Durch das heutige Gespräch bin ich innerlich irgendwie ruhiger geworden.	0	1	2	3	4	5				
5. Die Art, wie sich mein Therapeut/meine Therapeutin heute mir gegenüber verhielt, war für mich hilfreich und nützlich.	0	1	2	3	4	5				
6. Das heutige Gespräch hat mich körperlich ziemlich erschöpft.	0	1	2	3	4	5				
7. Durch das heutige Gespräch bin ich zu einer anderen Sicht meiner Probleme gekommen.	0	1	2	3	4	5				
8. Es fiel mir heute leicht, mich selbst, meine Probleme und mein Erleben ins Auge zu fassen.	0	1	2	3	4	5				
9. In diesem Gespräch habe ich mehr innere Sicherheit gewonnen.	0	1	2	3	4	5				
10. Unser Gespräch hat mich körperlich frischer und gelöster gemacht.	0	1	2	3	4	5				
11. Heute hatte ich in der Stunde das Gefühl, innerlich blockiert zu sein.	0	1	2	3	4	5				
12. Nach dieser Stunde fühle ich mich körperlich erholt und entspannt.	0	1	2	3	4	5				
13. Ich finde, daß mein Therapeut/meine Therapeutin heute zu wenig berücksichtigt hat, was ich wirklich brauche.	0	1	2	3	4	5				
14. Ich fühle mich jetzt innerlich nervöser und unruhiger als vor der Stunde.	0	1	2	3	4	5				
15. Ich sehe nach dieser Stunde dem kommenden Tag zuversichtlicher entgegen.	0	1	2	3	4	5				
16. Im heutigen Gespräch sind mir neue Zusammenhänge in meinem Verhalten und Erleben deutlich geworden.	0	1	2	3	4	5				
17. Es fiel mir heute schwer, meine Empfindungen und Gedanken in Worte zu fassen.	0	1	2	3	4	5				
18. Nach dieser Stunde habe ich mehr Hoffnung, meine Probleme selbst bewältigen zu können.	0	1	2	3	4	5				
19. Nach diesem Gespräch fühle ich mich körperlich müde und kaputt.	0	1	2	3	4	5				
20. In der heutigen Stunde hatte ich das Gefühl, mich nur im Kreis zu bewegen.	0	1	2	3	4	5				
21. Es fiel mir heute leicht, über alles zu sprechen, was mich bewegte.	0	1	2	3	4	5				
22. Ich fühle mich nach dieser Stunde innerlich ausgeglichener als vorher.	0	1	2	3	4	5				
23. Heute sind wir irgendwie weitergekommen.	0	1	2	3	4	5				
24. Ich habe durch dieses Gespräch mehr Vertrauen zu mir selbst gewonnen.	0	1	2	3	4	5				
25. Durch die heutige Stunde bin ich innerlich ziemlich aufgewühlt.	0	1	2	3	4	5				

### 10.3.1 Beitrag des Therapeuten

#### Definition

Ein therapeutisches Beziehungsangebot ist durch die Summe der spezifischen Therapieprozessmerkmale definiert, die von der jeweiligen Therapiemethode als wichtig für das Zustandekommen von psychotherapeutisch wünschenswerten Veränderungen erachtet werden. Die verschiedenen Therapieprozessmerkmale erhalten ihre spezifische Bedeutung und ihr Gewicht durch die jeweils dahinterstehenden Theorien über die Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung psychischer Störungen. Auch das jeweilige therapeutische Setting (Einzel-, Gruppen-, Paar- oder Familientherapie, liegend bzw. sitzend, hoch- bzw. niederfrequente Sitzungsfolgen usw.) ist Teil des therapeutischen Beziehungsangebots.

Betrachten wir zunächst das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot unter dem Aspekt der therapeutischen Beziehung im Sinne des allgemeinen Modells von Psychotherapie, dann stellt sich das schematisch, wie in [Abb. 10.2](#) gezeigt, dar.

Der Gesprächspsychotherapeut bemüht sich im therapeutischen Kontakt mit einem Patienten um eine Beziehung, die im Wesentlichen durch drei Aspekte gekennzeichnet ist:

- Empathie,
- bedingungsfreie positive Beachtung und
- Kongruenz.

Aufseiten des durch eine Gesprächspsychotherapie behandelbaren Patienten muss eine Inkongruenz vorliegen, die sich z. B. als neurotische Störung manifestiert, d. h. in Ängsten, neurotischen Symptomen, Erlebens- und Verhaltensweisen ([► Abschn. 10.2.1](#)). Diese Anzeichen von Inkongruenz müssen vom Patienten als solche wahrgenommen werden, und er muss das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot zumindest in Ansätzen wahr- und annehmen können (Ansprechbarkeit für das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot).

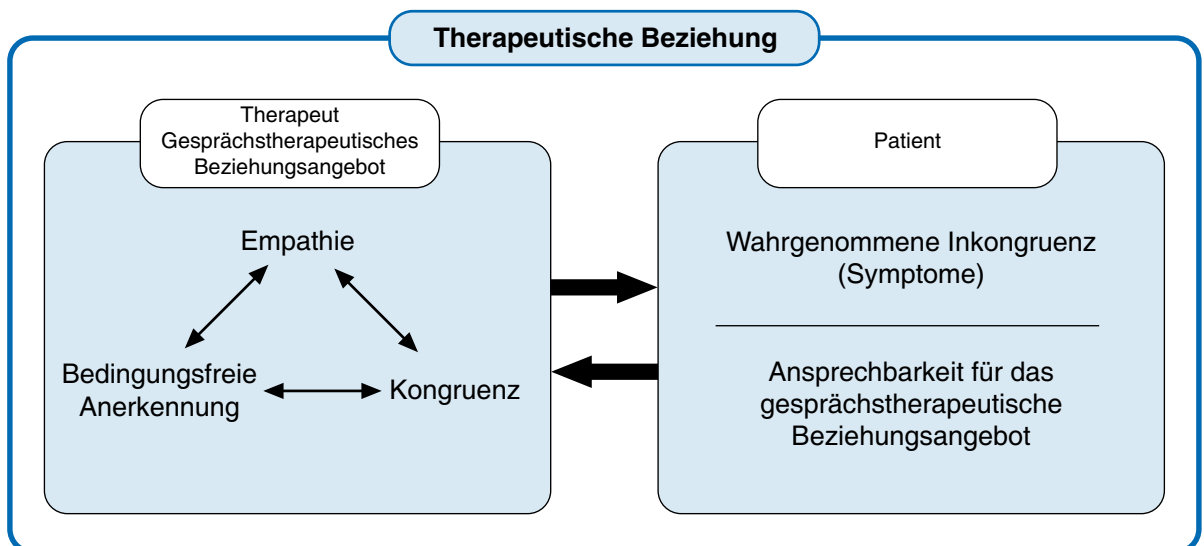
Im Folgenden werden zunächst die im Schema benannten Komponenten der therapeutischen Beziehung definiert und genauer beschrieben.

#### Empathie

Der Therapeut erlebt empathisches Verstehen des inneren Bezugsrahmens des Patienten und ist bestrebt, diese Erfahrung dem Patienten gegenüber zum Ausdruck zu bringen.

Dies macht deutlich, dass Empathie bzw. aktiver: **empathisches Verstehen** ein auch Gefühle umfassender Vorgang im Therapeuten ist, der drei Bedingungen erfüllt:

1. Das empathische Verstehen richtet sich auf den »inneren Bezugsrahmen« ([► Abschn. 10.3.3](#)) des Patienten.
2. Die Wahrnehmung des inneren Bezugsrahmens des Patienten hat die Qualität einer inneren Erfahrung des Therapeuten. Damit ist ein (Nach-)Vollziehen psychischer Akte gemeint, ein unmittelbares reflektiertes Miterleben des Erlebens des anderen.
3. Das auf diesem Weg empathisch Verstandene wird dem Patienten gegenüber zum Ausdruck gebracht (s. »Therapeutisches Handeln«, [► Abschn. 10.3.3](#)).



**Abb. 10.2.** Gesprächspsychotherapeutische Beziehung



»Phänomenologisch ist Empathie die Erfahrung, unmittelbar der Gefühlslage eines Anderen teilhaftig zu werden und sie dadurch zu verstehen. Trotz dieser Teilhabe bleibt dieses Gefühl aber anschaulich dem Anderen zugehörig« (Bischof-Köhler 1989, S. 26). Ist Letzteres nicht gegeben, dann liegt meist eine »Gefühlsansteckung« bzw. eine »Identifikation« (Rogers 1959, S. 210) mit dem anderen vor, nicht jedoch Empathie, z. B. wenn ein Therapeut angesichts seines aus einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit heraus stumm weinenden Patienten nur noch Mitleid empfindet.

Empathisches Verstehen ist auch nicht – wie es umgangssprachlich häufig geschieht – mit Verständnis haben im Sinne von »Das kenne ich auch« oder »Das kann ich gut nachvollziehen«, bei dem immer auch eine Bewertung in der Form einer Billigung zum Ausdruck gebracht wird, gleichzusetzen.

### Bedingungsfreie positive Beachtung

Dieser Aspekt des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebots ist der wohl am häufigsten missverstandene Begriff der klientenzentrierten Therapietheorie. In Anlehnung an Biermann-Ratjen (1993) nennen wir ihn bedingungsfreie positive Beachtung, obwohl es eine Reihe anderer Bezeichnungen gibt, z. B. unbedingte Wertschätzung, bedingungsloses Akzeptieren, positive Zuwendung u. a. Einen Teilaspekt der bedingungsfreien positiven Beachtung, die positive Beachtung (»positive regard«), definiert Rogers (1987, S. 34):

Wenn ich bei einem anderen Selbsterfahrung wahrnehme und diese zu einer positiven Veränderung meines Erlebnisfeldes führt, dann erlebe ich dem anderen gegenüber positive Beachtung. Der Begriff positive Beachtung schließt allgemein in seine Definition Haltungen wie Wärme, Liebe, Respekt, Sympathie und Anerkennung mit ein.

Zu beachten ist, dass positive Beachtung als eine Erfahrung im unmittelbaren Kontakt mit einem Patienten definiert ist. Unter therapietechnischen Gesichtspunkten handelt es sich also um ein **Therapieprozessmerkmal** und nicht um eine überdauernde Haltung bzw. Einstellung dem Patienten gegenüber, die seine ganze Person und sein gesamtes Handeln einschließt.

Erlebt der Gesprächspsychotherapeut im konkreten therapeutischen Kontakt etwas anderes als positive Beachtung, dann ist das auch keine Verletzung der gesprächspsychotherapeutischen Therapieregeln, sondern ein Ereignis, das für ihn handlungsleitend wird (► Kap. 10.3.4 »Aufmerksamkeitszentrierung auf das eigene Selbsterleben«).

Abweichungen von der positiven Beachtung im definierten Sinne liegen häufig dann vor, wenn die positive Beachtung vom Therapeuten – meist unbewusst – an

bestimmte Bedingungen geknüpft ist, z. B. kann die positive Beachtung des Therapeuten für die Erfahrungen und das Erleben seines Patienten daran geknüpft sein, dass der Patient vermittelt, dass er die Therapie bzw. die Person des Therapeuten als für sich hilfreich erlebt. In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu wissen, dass die klientenzentrierte Entwicklungstheorie (Rogers 1959, 1987) von folgenden Annahmen ausgeht:

- Menschen haben nur ein allen anderen Bedürfnissen übergeordnetes Bedürfnis, nämlich das nach »unconditional positive regard« (nicht an Bedingungen geknüpfte positive Beachtung).
- Die Entwicklung des Selbst (Selbstkonzept) eines Menschen wird in hohem Maß davon mitbestimmt wird, an welche Bedingungen die Beachtung von Erfahrungen geknüpft.

Vor dem Hintergrund dieser Annahme wird dieser Aspekt des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebots als bedingungsfreie positive Beachtung bezeichnet. Die Bedeutung der bedingungsfreien positiven Beachtung für den therapeutischen Kontakt beschreibt Rogers, wie folgt:

Wenn Selbsterfahrungen eines anderen durch mich in der Art und Weise wahrgenommen werden, dass keine dieser Selbsterfahrungen danach unterschieden werden, ob sie meiner positiven Beachtung mehr oder weniger wert sind, dann erlebe ich bedingungslose positive Beachtung (= bedingungsfreie positive Beachtung) für diese Person. (Rogers 1987, S. 34)

**! Wenn es dem Therapeuten gelingt, die bedingungsfreie positive Beachtung für die Selbsterfahrungen seines Patienten aufzubringen bzw. wenn diese sich bei ihm einstellt, dann wird es auch dem Patienten leichter möglich sein, sich seinen inneren Erfahrungen unterschiedslos zuzuwenden, auch solchen, vor denen er sich fürchtet oder derer er sich schämt.**

Ob, in welchem Umfang und wann das einem Patienten möglich ist, hängt natürlich auch davon ab, wie eingeschränkt die Möglichkeiten einer bedingungsfreien positiven Selbstbeachtung des Patienten sind, mit denen er in die Behandlung eintritt.

### Kongruenz

Dieser Aspekt des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebots hat zwei Seiten: Zum einen kennzeichnet er die Beziehung des Therapeuten zu sich selbst, und zum anderen gestaltet er die Beziehung des Therapeuten zum Patienten.

Die Beziehung des Therapeuten zu sich selbst wird im allgemeinen Therapiemodell von Orlinsky u. Howard

(1987; ■ Abb. 2.1) nicht als integrierter Teil der therapeutischen Beziehung aufgefasst, sondern unter der Bezeichnung »Selbstbezogenheit des Therapeuten« (»therapist's self-relatedness«) als eigenes Element des therapeutischen Prozesses dargestellt, allerdings mit Bezug zur therapeutischen Beziehung.

Betrachten wir zunächst den Aspekt Kongruenz phänomenologisch im Hinblick auf die therapeutische Beziehung.

#### Definition

Ein kongruenter Therapeut wird von seinem Patienten als »echt«, authentisch sowie unverfälscht erlebt und beschrieben.

Die Bezeichnung »Echtheit« zur Kennzeichnung von Kongruenz findet sich auch in der Literatur und hatte offenbar zur Folge, dass »Echtheit des Therapeuten« von vielen als moralischer Imperativ missverstanden wurde, z. B. in der Form, dass dem Patienten alles mitzuteilen sei, was einem als Therapeut durch den Kopf geht, v. a. wenn es sich um Abweichungen von der bedingungs-freien positiven Beachtung handelt.

Eine in diesem Zusammenhang typische Frage eines belesebenen Ausbildungskandidaten war zum Beispiel Folgende: Muss ich meinem Patienten nicht sagen, dass ich es kaum aushalte, dass er immer erst gegen Ende der Stunde mit den wichtigen Sachen ankommt, und ich ihm mit schlechtem Gewissen mitteilen muss, dass leider die Zeit um ist? Die Mitteilung eines Therapeuten an seinen Patienten, dass dieser es schafft, ihm schlechte Gefühle und auch noch ein schlechtes Gewissen zu machen, ist erstens therapeutisch sinnlos, wenn nicht gar schädlich, weil es die Therapeut-Patient-Beziehung auf den Kopf stellt, und hat zweitens nichts mit dem Konzept der Kongruenz zu tun. Letzteres wollen wir genauer darstellen.

Die Schwierigkeiten mit diesem Aspekt des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebots resultieren offensichtlich daraus, dass die therapeutisch wichtige Bedingung nicht die Kongruenz ist, sondern ein möglichst geringes Ausmaß an Inkongruenz.

#### ! Kongruenz ist Nichtkongruenz.

Nach der klientenzentrierten Theorie liegt dann Inkongruenz vor, wenn bestimmte Erfahrungen, die der Organismus macht, nicht oder nicht vollständig oder nur verfälscht bzw. verzerrt im Bewusstsein (Selbst) repräsentiert werden. Es handelt sich also um eine Inkongruenz zwischen der gesamten Erfahrung und der im Selbsterleben repräsentierten.

Im Folgenden wird zwischen einer **reaktiven Inkongruenz** und einer **primären Inkongruenz** unterschieden.

#### Exkurs

Die Unterscheidung zwischen reaktiver und primärer Inkongruenz hat denselben Grundgedanken wie die Unterscheidung zwischen primärer und sekundärer Inkongruenz beim Patienten, die Swildens (1993) trifft. Der Begriff »reaktive« Inkongruenz wird jedoch dem der »sekundären« vorgezogen, um zu verdeutlichen, dass sie das Resultat einer Abwehrreaktion des Therapeuten im therapeutischen Kontakt ist.

Reaktive Inkongruenz stellt sich als Reaktion des Therapeuten auf eine spezifische Situation mit dem Patienten ein und ist in der Regel zeitlich begrenzt, d. h. aufhebbar. Reaktive Inkongruenz des Therapeuten bedeutet, dass er nicht genau weiß, welche Erfahrungen, d. h. innere Regungen, Gefühle, Erwartungen usw., sein Patient bei ihm auslöst. Er weiß dann auch nicht genau, was diese Reaktionen für ihn selbst bedeuten, wie er sie einordnen kann. Er registriert jedoch das Auftreten von Inkongruenz, meistens in der Form, dass er eine Abweichung von seiner bedingungs-freien positiven Beachtung wahrnimmt (► Kap. 10.3.4 »Aufmerksamkeitszentrierung auf das eigene Selbsterleben«).

Die Beschreibung von Kongruenz als Nichtkongruenz verdeutlicht, dass die »Echtheit« des Therapeuten nicht Ausdruck eines bestimmten bewusst einsetzbaren Verhaltens ist, sondern Ausdruck bzw. Entsprechung des Fehlens von primärer oder reaktiver Inkongruenz.

Der zweite Aspekt von Kongruenz im Sinne der klientenzentrierten Theorie ist weitgehend identisch mit der Prozesskomponente »Selbstbezogenheit« (»self-relatedness«) im allgemeinen Psychotherapiemodell (■ Abb. 2.1). In diesem Modell wird Kongruenz mit den Begriffen »psychologische Offenheit« und »Zentriertheit« im Gegensatz zu »Abwehr« und »Selbstentfremdung« gekennzeichnet.

Rogers beschreibt eine kongruente Person als einen Menschen, der »imstande ist, akzeptierend auf das zu achten, was in ihm selbst vor sich geht, und je besser er es fertig bringt, ohne Furcht das zu **sein**, was die Vielschichtigkeit seiner Gefühle ausmacht, um so größer ist seine Übereinstimmung mit sich selbst« (Rogers 1983a, S. 213).

Ihr Gegenpol ist die primäre Inkongruenz. Diese Form der Inkongruenz wird als erworben betrachtet, zeitlich überdauernd und als die Grundlage von unterschiedlichen psychischen Störungen angesehen. Primäre Inkongruenz kennzeichnet den Status eines Patienten.

#### ! Der Status eines Gesprächspsychotherapeuten sollte durch weitgehende Kongruenz gekennzeichnet sein.

### Zusammenhänge

Dass die beschriebenen drei Merkmale des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebots sich gegenseitig beeinflussen, wurde schon bei ihrer isolierten Darstellung deutlich. Diese Zusammenhänge sollen im Folgenden genauer betrachtet werden.

Das Verstehen des Therapeuten im psychotherapeutischen Prozess ist nur dann ein empathisches Verstehen, wenn er kongruent und seine bedingungs-freie positive Beachtung nicht nachhaltig beeinträchtigt ist.

#### ! Abweichungen von der bedingungs-freien positiven Beachtung des Therapeuten beeinflussen seine Kongruenz und Empathie.

Bei der Definition der bedingungs-freien positiven Beachtung wurde hervorgehoben, dass diese von den Wertvorstellungen des Therapeuten abhängig ist.

Abweichungen von der bedingungs-freien positiven Beachtung stellen sich z. B. dann ein, wenn ein Therapeut das, was sein Patient über sich sagt, lächerlich, unmännlich bzw. nichtweiblich oder übertrieben findet.

#### Fallbeispiel

*Ein Therapeut bewundert seinen Patienten dafür, wie tapfer dieser seine Suizidimpulse bekämpft, sodass er sich keine Sorgen um den Patienten machen muss.*

*Dieser Therapeut reagiert also auf die Erfahrungen des Patienten mit seinen eigenen, an Wertvorstellungen gebundenen Gefühlen. Seine Reaktion stellt eine Abweichung von der bedingungs-freien positiven Beachtung dar, die unter bestimmten Umständen auch zu einer reaktiven Inkongruenz in der therapeutischen Beziehung führen kann.*

Eine reaktive Inkongruenz stellt sich dann ein, wenn sich der Therapeut seiner Abweichung von der bedingungs-freien positiven Beachtung momentan nicht bewusst wird und somit auch nicht der dahinterliegenden Bewertungen.

Wird beispielsweise dem Therapeuten nicht bewusst, dass er seinen Patienten dafür bewundert, dass dieser seine Suizidimpulse so tapfer bekämpft, so kann das zu einer reaktiven Inkongruenz führen: Der Therapeut als Privatperson schätzt Menschen, die versuchen, andere Menschen nicht mit ihren Sorgen in Atem zu halten, und eigenverantwortlich handeln. Die unreflektierte Übertragung dieser Einstellung auf die Therapiesituation hat zur Folge, dass er seinen Patienten zwar anerkennen kann, allerdings nicht bedingungs-frei. Es droht, dass er »übersieht«, wie viel Anstrengung der Patient dafür aufwendet, und dass der Patient vielleicht das Problem hat, seine Schwächen nicht mit anderen teilen zu dürfen, und sei es nur in der Form einer Mitteilung von Schwäche, und in diesem Problem verstanden, aber nicht bewundert werden will.

Sind Abweichungen von der bedingungs-freien positiven Beachtung nicht Ausdruck einer primären Inkongruenz, dann sind sie dem Therapeuten sowohl in der Therapiesituation als auch außerhalb der Therapiesituation, z. B. in der Supervision, als erfahrbares Gefühl zugänglich, das auch im Hinblick auf seine Herkunft und Bedeutung reflektiert werden kann. In einem solchen Fall kann sich der Therapeut seiner eigenen Bewertungsprozesse mit der Folge bewusst werden, dass sich die reaktive Inkongruenz auflöst und bedingungs-freie positive Beachtung sowie Empathie sich wieder einstellen. Die bedingungs-freie positive Beachtung ist sozusagen die Alarmanlage der therapeutischen Beziehung.

#### ? Wie verhält sich nun ein Gesprächspsychotherapeut, wenn diese Alarmanlage angesprungen ist?

In der Therapiesituation wendet sich der Therapeut kurzzeitig sich selbst zu. Er exploriert sich gleichsam selbst, wenn auch stumm. Um seine eigenen Gefühle zu verstehen, wird er an sich die Fragen richten: Womit hat denn der Patient diese Gefühle in mir ausgelöst? Auf was an seinen Äußerungen reagiere ich denn so oder so? Im Idealfall wird er darüber nicht nur sich selbst, sondern auch den Patienten besser verstehen.

#### Fallbeispiel

*Ein Patient spricht seit geraumer Zeit über seine Leistungsprobleme. Der Therapeut spürt seine Abweichung von der bedingungs-freien positiven Beachtung daran, dass er zunehmend ungeduldig wird und dem Patienten furchtbar gern Ratschläge zur Rationalisierung seines Arbeitsverhaltens machen möchte. Als er sich mit diesem Umstand befasst, entdeckt er, dass ihn auch noch unerklärliche Hungergefühle quälen. Er überträgt dann diese eigene Reaktion auf die Situation des Patienten. Die erneute Betrachtung der Äußerungen des Patienten lässt den Therapeuten jetzt plötzlich verstehen, dass dieser zwar von Leistungsproblemen spricht, mit diesem Sprechen aber v. a. dem Empfinden Ausdruck gibt, dass er auch bei größter Anstrengung und Leistung nicht die Aufmerksamkeit und Anerkennung bekommt, die er sich so dringend wünscht.*

#### ! Empathie ist von der bedingungs-freien positiven Beachtung abhängig und umgekehrt.

Es ist evident, dass sich bedingungs-freie positive Beachtung des Therapeuten nur dann einstellt, wenn er die Erfahrungen und das Erleben des Patienten wirklich empathisch verstanden hat. Umgekehrt wird das empathische Verstehen zumindest unvollständig bleiben, wenn der Therapeut v. a. Abweichungen von der bedingungs-freien positiven Beachtung erlebt.

#### ! Primäre Inkongruenz des Therapeuten beeinträchtigt sowohl seine Empathie als auch seine bedingungs-freie positive Beachtung.

Primäre Inkongruenz ist im Gegensatz zur reaktiven Inkongruenz definitionsgemäß einer Selbstreflexion nicht unmittelbar zugänglich, sondern wird erst in einem therapeutischen Dialog sichtbar und veränderbar. Primäre Inkongruenz kennzeichnet den Status eines Patienten. Da primäre Inkongruenz sowohl die Möglichkeiten des empathischen Verstehens als auch die bedingungsfreie positive Beachtung eines anderen erheblich einschränken kann, ergibt sich daraus die generelle Forderung, dass ein Psychotherapeut möglichst frei von primärer Inkongruenz sein soll.

Diese Forderung schlägt sich in den Ausbildungsgängen für Gesprächspsychotherapeuten in der Form nieder, dass sich die Ausbildungskandidaten einer eigenen Therapie und anderen Formen der Selbsterfahrung unterziehen müssen.

! **Während die bedingungsfreie positive Beachtung des Therapeuten v. a. durch das Auftauchen von eigenen Wertvorstellungen in der Reaktion auf die Erfahrungen des Patienten und deren Bewertung gefährdet ist, ist vollständiges empathisches Verstehen nur möglich, wenn keine Abweichungen von der bedingungsfreien positiven Beachtung vorliegen und der Therapeut auch hinreichend kongruent ist.**

### 10.3.2 Beitrag des Patienten

Damit ein **therapeutisches Arbeitsbündnis** zustande kommen kann, müssen aufseiten des Patienten zwei Bedingungen erfüllt sein:

- das Vorliegen einer Inkongruenz und
- eine gewisse Ansprechbarkeit für das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot.

#### Inkongruenz

Die Forderung, sich darüber Klarheit zu verschaffen, dass die Probleme und die Symptome eines Patienten Ausdruck von Inkongruenz sind, soll zunächst einmal nur gewährleisten, dass nicht übersehen wird, dass sie nicht organischen Ursprungs sind, sondern Ausdruck eines psychischen, vom Patienten nicht willentlich beeinflussbaren Zustands (► Abschn. 10.2.1 »Diagnostik und Indikation«). Aus einer Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung resultieren sehr unterschiedliche Störungsformen, v. a. solche, die nach herkömmlicher Klassifikation als Neurosen und Persönlichkeitsstörungen bezeichnet werden. Die »objektive« Feststellung eines Diagnostikers oder Psychotherapeuten, dass die Beschwerden des Patienten Ausdruck einer Inkongruenz sind, genügt allein nicht.

! **Für das Entstehen eines Arbeitsbündnisses ist es erforderlich, dass auch der Patient seine Inkongruenz im Ansatz als solche wahrnimmt.**

#### Fallbeispiel

*Als ein Beispiel dafür, dass Patienten ihre Beschwerden nicht als Inkongruenz wahrnehmen, kann Herr L. dienen, der Patient mit dem Bluthochdruck, der in der Einleitung zu diesem Buch vorgestellt wird. Herr L. nimmt gegenüber dem Psychotherapeuten zu seinen Beschwerden, wie folgt, Stellung: »Mein Internist ist der Ansicht, dass ich lernen müsse, mich zu entspannen und den Stress am Arbeitsplatz abzubauen. Denken Sie aber bitte nicht, in meinem Leben sei etwas nicht in Ordnung!« In dieser Aussage fehlt jeder Hinweis darauf, dass der Patient seine Beschwerden, die ihn ja bis zu zweimal täglich den Arzt aufsuchen lassen, als Ausdruck einer Inkongruenz wahrnimmt. Er erwähnt sein Leiden nicht einmal, sondern nur die Anweisung seines Internisten, dass er an seiner Lebensführung etwas zu ändern habe. Sollte der Patient in dieser Position verharren, ist ein psychotherapeutisches Arbeitsbündnis nicht denkbar.*

Im Fall des Vorliegens eines umschriebenen und auch für andere sichtbaren Symptoms, z. B. eines Bluthochdrucks oder eines Waschzwangs, sollte der Patient das Symptom als etwas nicht zu seinem Selbst Passendes erleben und beurteilen, d. h. als **Ich-dyston**, und nicht als **Ich-synton**. Wird z. B. der Bluthochdruck ausschließlich auf die zu hohe Arbeitsbelastung zurückgeführt oder der Waschzwang als eine hygienische Notwendigkeit begründet, wird ein therapeutisches Arbeitsbündnis kaum zustande kommen.

Im Fall des Vorliegens weniger eng umschriebener und auch für andere weniger sichtbarer Symptome, z. B. einer lang hingezogenen Verstimmung, die von Minderwertigkeits- und Schuldgefühlen begleitet wird, sollte der Patient zumindest im Ansatz spüren, dass er mit einem Erleben befasst ist, dass er als nicht mit seinem Selbst vereinbar ansieht.

#### Ansprechbarkeit des Patienten

Die zweite Bedingung für das Zustandekommen einer therapeutischen Beziehung aufseiten des Patienten liegt in seiner Ansprechbarkeit für das therapeutische Beziehungsangebot (Eckert et al. 1979).

! **Die Ansprechbarkeit des Patienten ist dann gegeben, wenn dieser das therapeutische Beziehungsangebot »in einer Weise wahr- und annehmen kann, dass er sich emotional angesprochen fühlt und in der Reaktion darauf eine emotionale und/oder kognitive Veränderung bei sich registriert« (Eckert u. Biermann-Ratjen 1990, S. 283).**

Mit hoher Wahrscheinlichkeit werden Patienten, die panische Angst davor haben, verstanden zu werden, oder



ausgeprägte Wünsche nach konkreter Anleitung und Führung durch den Therapeuten zeigen, auf das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot nicht gut ansprechen.

Ob die Bedingung »Ansprechbarkeit für das therapeutische Beziehungsangebot« in ausreichendem Maß erfüllt ist, entscheidet sich in der Regel in den ersten drei bis fünf Therapiesitzungen (Probetherapie, ► Abschn. 10.2.1 »Erfolgsaussichten und Prognose«).

### Wechselseitige Zusammenhänge

Bei der Darstellung der wechselseitigen Abhängigkeit der drei Aspekte des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebots wurde bereits darauf hingewiesen, dass im Kontakt mit einem Patienten v. a. die bedingungsfreie positive Beachtung des Therapeuten für das Erleben und die Erfahrungen seines Patienten Anfechtungen ausgesetzt ist, z. B. durch die Entwicklung von Ablehnung oder Bewunderung des Patienten. Es wurde ebenfalls dargelegt, dass Abweichungen von der bedingungsfreien positiven Beachtung eine reaktive Inkongruenz bewirken können mit der Folge, dass der Therapeut seinen Patienten nicht mehr vollständig, wenn nicht gar falsch versteht.

Eine reaktive Inkongruenz des Therapeuten im unmittelbaren Kontakt mit dem Patienten stellt sich mit hoher Wahrscheinlichkeit dann ein, wenn zwei Bedingungen gleichzeitig geben sind:

- Der Patient spricht Konflikte und Gefühle an, die auch für den Therapeuten problematisch waren oder sind.
- Der Patient gestaltet die Beziehung zum Therapeuten mit solchen Konflikten oder Gefühlen.

### Beispiel

*Ist der Therapeut ein älterer Bruder und der Patient ein jüngeres Geschwisterkind, dann stößt der Therapeut mit Sicherheit auf eigene Erfahrungen, wenn der Patient von seinem Hass auf die älteren Geschwister spricht. Die Gefahr, dass sich der Therapeut diesen Gefühlen seines Patienten nicht anerkennend und empathisch zuwenden kann, wird z. B. dann besonders groß, wenn der Patient vom Therapeuten unausgesprochen erwartet, dass dieser seinen Hass auf alle älteren Geschwister teilt oder sich das Gegenteil wünscht, nämlich für diese Gefühle vom Therapeuten verurteilt und verdammt zu werden.*

### Wirksamkeit des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebots

Das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot, charakterisiert durch die Aspekte Empathie, bedingungsfreie positive Beachtung und Kongruenz, entfaltet seine Wirksamkeit nicht direkt im Sinne einer linear-kausalen Einwirkung. Von einer solchen linear-kausalen Wirkung wurde in der Vergangenheit lange Zeit ausge-

gangen. Es galt als durch empirische Forschung belegte Lehrmeinung, dass ein Gesprächspsychotherapeut umso erfolgreicher ist, je mehr er die drei Therapeutenvariablen »einführendes Verständnis« (Empathie), »Echtheit« (Kongruenz) und »Wertschätzung/Wärme« (bedingungsfreie positive Beachtung) verwirklicht. Diese Lehrmeinung zerlegte die therapeutische Beziehung in voneinander unabhängige Variablen und betrachtete den Therapeuten als vom Patienten unabhängig und auf diesen mithilfe der »Therapeutenvariablen« einwirkend. Dieses aus der klassischen Physik stammende einseitige Ursache-Wirkungs-Denken bedeutete nicht nur eine Vergewaltigung der Therapietheorie von C. Rogers, sondern es wurde auch dem Geschehen Psychotherapie in keiner Weise gerecht.

Heute erklärt man sich die Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie mit den Wirksamkeitsannahmen, die auch in der modernen Physik und Biologie, z. B. bei autopoietischen Systemen zur Erklärung von **Veränderungsvorgängen** herangezogen werden (Kriz 1989; Höger 1993). Danach kann das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot als eine Bedingung – und so ist es ja von Rogers ursprünglich formuliert worden – aufgefasst werden, die einem Patienten Weiterentwicklung ermöglicht, diese aber nicht verursacht. Ob, wie viel und welche Veränderungen dabei passieren, entscheidet sich im Patienten.

**! Im günstigsten Fall stößt der Gesprächspsychotherapeut Entwicklungsprozesse an. In keinem Fall steuert er sie direkt und zielgerichtet.**

Der im Patienten anzustoßende Prozess soll zu einer Aufhebung bzw. Minderung der Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung führen. Das Bewusstwerden von Erfahrungen geschieht im **Symbolisierungsprozess**, ein Vorgang, der auch zur Erklärung der Wirksamkeit der katathym-imaginativen Psychotherapieverfahren (► Kap. 7) herangezogen wird. Im Zuge dieses Prozesses werden mehr oder weniger vollständig symbolisierte Erfahrungen, d. h. auch mehr oder weniger bewusste Erfahrungen, der **Selbstreflexion** zugänglich. Die bisher mehr oder weniger symbolisierten Erfahrungen können nach der klientenzentrierten Theorie nur dann ins Selbst integriert, d. h. als Selbsterfahrungen anerkannt werden (vgl. Biermann-Ratjen 1993), wenn beide an diesem Prozess beteiligten Personen, Therapeut und Patient, diesen Erfahrungen mit bedingungsfreier positiver Beachtung begegnen. Hierbei stellt sich die bedingungsfreie positive Beachtung des Therapeuten häufig früher als die des Patienten ein, und dies sollte auch so sein, um diesen Prozess im Patienten zu ermöglichen.



### 10.3.3 Therapeutisches Handeln

Im Folgenden wird das gesprächspsychotherapeutische Handeln unter dem Gesichtspunkt der »therapeutischen Maßnahmen« (»therapeutic realisation«) im Sinne des allgemeinen Psychotherapiemodells (■ Abb. 2.1) betrachtet. Abweichend von den Annahmen dieses Modells geht die klientenzentrierte Therapietheorie von einer sehr viel stärkeren Verzahnung der therapeutischen Beziehung mit dem therapeutischen Handeln aus (■ Abb. 10.3).

Wie bereits im ► Abschn. 10.3.1 »Beitrag des Therapeuten« ausgeführt, besteht ein wesentlicher Teil des gesprächspsychotherapeutischen Handelns in der Etablierung und Aufrechterhaltung des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebots. Auf der Handlungsebene bedeutet das, dass der Gesprächspsychotherapeut seine Aufmerksamkeit immer wieder darauf richtet, ob sein Erleben Abweichungen von der bedingungsfreien positiven Beachtung aufweist.

Die auf die Förderung des psychotherapeutischen Prozesses aufseiten des Patienten bezogenen Prinzipien therapeutischen Handelns sind:

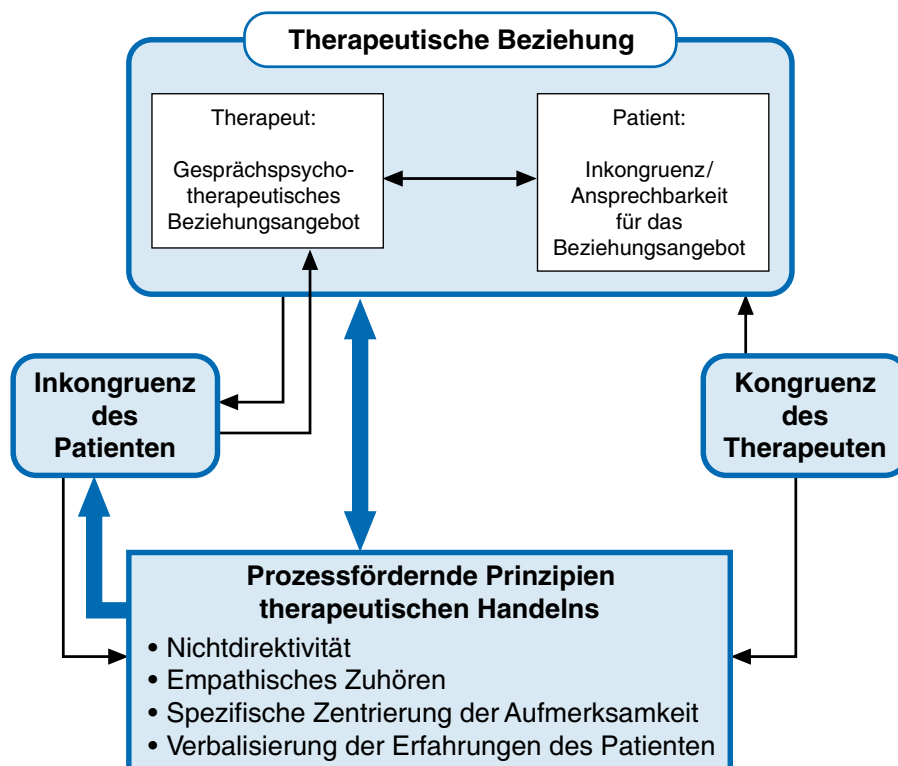
- Nichtdirektivität,
- empathisches Zuhören,
- spezifische Zentrierung der Aufmerksamkeit und

- Verbalisierung der Erfahrungen des Patienten durch den Therapeuten.

Diese Prinzipien haben das Ziel, den therapeutischen Prozess zu fördern. Es handelt sich um allgemeine Prinzipien, die unabhängig von der spezifischen Ausformung der Inkongruenz bzw. der Störung eines Patienten Gültigkeit haben. Auf störungsspezifisches Handeln wird in einem eigenen Abschnitt eingegangen.

#### Nichtdirektivität

Kennzeichen für die Gestaltung des therapeutischen Kontaktes und der Gesprächsführung ist die Nichtdirektivität. Sie hat ihre Hauptwurzeln in der klientenzentrierten Theorie zugrunde liegenden Menschenbild, das durch ein hohes Ausmaß an Vertrauen in die eigenen Entwicklungsmöglichkeiten von Menschen unter bestimmten Bedingungen gekennzeichnet ist. Diese Bedingungen sind in der Therapiesituation gegeben, wenn sich zwischen Therapeut und Patient eine Beziehung einstellt, die aus der Sicht des Therapeuten durch die drei Aspekte des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebots gekennzeichnet ist. Das Beziehungsangebot des Gesprächspsychotherapeuten ermöglicht dem Patienten **seelische Entwicklung**, bahnt sie aber nicht im Sinne einer kausalen Einwirkung.



■ **Abb. 10.3.** Elemente und Funktionen im Behandlungsmodell der Gesprächspsychotherapie, in Anlehnung an das allgemeine Modell von Psychotherapie von Orlinsky u. Howard (1987) und Orlinsky (1994)

! **Nichtdirektivität bedeutet im therapeutischen Kontakt konkret: Der Therapeut hört v. a. aufmerksam zu, stellt selten Fragen, schlägt keine Übungen (z. B. Rollenspiele) vor und gibt keine Hausaufgaben auf.**

Ein weiteres Merkmal der Nichtdirektivität besteht darin, dass der Gesprächspsychotherapeut in der Regel keine Themen vorgibt: Er arbeitet mit dem »Material«, das der Patient spontan einbringt. Das kann das Erleben jetzt im Moment sein, der Bericht über das, was in der vergangenen Woche passiert ist oder vor einem Jahr oder im Traum oder in der frühen Kindheit. Es können Klagen über andere Menschen oder über die Auswirkungen von Symptomen sein.

Abweichungen von der Nichtdirektivität bezüglich der Thematik, die in der Therapiestunde besprochen wird, gibt es natürlich. Sie dienen aber jeweils dazu, Abweichungen von der bedingungsfreien positiven Beachtung aufzuheben.

### Beispiel

*Es kann durchaus sein, dass ein Gesprächspsychotherapeut eine Sitzung mit der Feststellung eröffnet, dass ihm aufgefallen sei, dass der Patient nie seinen Ehepartner erwähne, und dass er, der Therapeut, das nicht verstehe. Solche, vom Therapeuten ausgehenden Thematisierungen, sind häufig das Produkt einer Supervision der Therapie. In der Supervision, meist aber schon im konkreten therapeutischen Kontakt, passiert es dem Therapeuten, dass er merkt, wie ihm der Umstand, dass der Patient nicht über seinen Ehepartner spricht, wiederholt durch den Kopf schießt, er sich das aber nicht erklären kann. In jedem Fall zieht das wiederholte Auftauchen von Themen, über die der Patient nicht spricht, eine Abweichung von der bedingungsfreien positiven Beachtung des Therapeuten nach sich und sei es nur in der Form einer Minderung der Aufmerksamkeit für das momentane Erleben des Patienten.*

*Das direkte Ansprechen des vermiedenen Themas ist einer der denkbaren Wege zur Wiederherstellung der bedingungsfreien positiven Beachtung. Die Art des Ansprechens unterliegt allerdings wiederum der Regel der Nichtdirektivität. Wenn z. B. der Patient, begleitet von heftigen Gefühlen, es ablehnt, darüber zu sprechen, dann wird der Gesprächspsychotherapeut sich den Gründen für diese Ablehnung empathisch zuwenden, aber nicht darauf bestehen, dass nun das vermiedene Thema zur Sprache kommt.*

Die Nichtdirektivität des Gesprächspsychotherapeuten zeigt sich auch in einer **Enthaltsamkeit** bezüglich eigener Stellungnahmen emotionaler oder intellektueller Art: In der Regel belehrt er nicht, tröstet nicht, redet nicht über eigene Erfahrungen.

Nichtdirektivität im hier gemeinten Sinn bedeutet nicht, dass der Therapeut wirklich passiv ist. Allein

durch die **Zentrierung der Aufmerksamkeit** auf das Erleben des Patienten (s. »Aufmerksamkeitszentrierung auf das eigene Selbsterleben«, ► Kap. 10.3.4) gibt der Gesprächspsychotherapeut zwar nicht das Thema vor, wohl aber den Rahmen, in den der Patient seine Themen bringen soll.

Aus Ausbildungssituationen wissen wir, dass die Regel der Nichtdirektivität vielen Ausbildungskandidaten Schwierigkeiten bereitet. Besonders ärztliche Ausbildungskandidaten geraten aufgrund ihrer beruflichen Sozialisation leicht in eine explorierende Gesprächsführung; anderen Kandidaten fehlt es an dem Vertrauen, dass der Patient seinen Weg allein suchen und finden kann. Sie greifen rasch z. B. zum Mittel der Konfrontation oder bieten Deutungen in Form theoretischer Überlegungen an. Wieder andere verwechseln Nichtdirektivität mit Passivität. Sie beschränken sich auf eine Wiedergabe des vom Patienten Gesagten und denken, sie »spiegeln« damit dem Patienten den emotionalen Anteil seiner Darlegungen. Dieses Missverständnis, das häufig aber auch Ausdruck von Ängstlichkeit ist, ist altbekannt und hat den Begründer der Gesprächspsychotherapie, Carl Rogers, bereits 1951 dazu veranlasst, sein Verfahren von »non-directive therapy« in »client-centered therapy« umzubenennen.

Aber auch Patienten haben es – besonders am Anfang der Behandlung – mit der Nichtdirektivität des Gesprächspsychotherapeuten oft nicht leicht: Sie erwarten oder wünschen sich Ratschläge, möchten Lösungswege aufgezeigt bekommen usw. Diesen Erwartungen und Wünschen begegnet der Gesprächspsychotherapeut wie allen anderen Aspekten des Erlebens des Patienten: Er wendet sich ihnen bedingungsfrei-ankennend und empathisch zu.

### Empathisches Zuhören

Eng verbunden mit dem Verhaltensmerkmal der Nichtdirektivität ist das empathische Zuhören. Um das Erleben des anderen wirklich verstehen zu können, muss man dem anderen zunächst einmal zuhören, und zwar so, dass man das, was der andere gesagt hat, vollständig und korrekt wiedergeben kann.

Wie schwierig das ist, wird in Ausbildungssituationen deutlich, in denen Übungen zum Zuhören durchgeführt werden. Eine dieser Übungen besteht darin, dass sich ein Teilnehmer einem anderen max. 15 Minuten lang persönlich vorstellt, d. h. er spricht über das, was ihn als Person charakterisiert. Der zuhörende Teilnehmer soll während dieser Selbstdarstellung nichts anderes tun als Zuhören, und später das, was er aufgenommen hat, in der Gruppe den anderen Teilnehmern wiedergeben. Es passiert gar nicht so selten, dass die auf diese Weise vorgestellten Teilnehmer feststellen müssen, dass sie sich im Bericht des anderen kaum wiederfinden.

❗ **Zuhören kann nur stattfinden, wenn man dem anderen Raum zur Selbstdarstellung einräumt, sich mit eigenen Einfällen sowie Stellungnahmen zurückhält und sich auf das konzentriert, was der andere über sich sagt.**

Zuhören im therapeutischen Sinn bedeutet auch, das, was der andere sagt und wie er es sagt, auf sich wirken zu lassen, sich der Gefühle bewusst zu werden, die das Gesagte in einem selbst auslöst, ohne dabei den anderen aus dem Auge zu verlieren, d. h. **empathisches Zuhören** bedeutet, mit dem anderen im emotionalen Kontakt zu bleiben. Empathisches Zuhören ist eine unabdingbare Voraussetzung für empathisches Verstehen.

Zuhören ist offensichtlich aber nicht nur eine Handlung, die den Therapeuten in die Lage versetzt, den anderen empathisch zu verstehen, sondern Zuhören scheint sich auch unmittelbar auszuwirken. Das ist wohl nirgendwo plastischer beschrieben als in dem Kinderbuch »Momo« von Michael Ende:

Was die kleine Momo konnte wie kein anderer, das war: Zuhören.

Das ist doch nichts Besonderes, wird nun vielleicht mancher (Leser) sagen, zuhören kann doch jeder.

Aber das ist ein Irrtum. Wirklich zuhören können nur ganz wenige Menschen. Und so wie Momo sich aufs Zuhören verstand, war es ganz und gar einmalig.

Momo konnte so zuhören, dass dummen Leuten plötzlich gescheitete Gedanken kamen. Nicht etwa, weil sie etwas sagte oder fragte, was den anderen auf solche Gedanken brachte, nein, sie saß nur da und hörte einfach zu, mit aller Aufmerksamkeit und aller Anteilnahme. Dabei schaute sie den anderen mit ihren großen, dunklen Augen an, und der Betreffende fühlte, wie in ihm auf einmal Gedanken auftauchten, von denen er nie geahnt hatte, dass sie in ihm steckten.

Sie konnte so zuhören, dass ratlose oder unentschlossene Leute auf einmal ganz genau wussten, was sie wollten. Oder dass Schüchterne sich plötzlich frei und mutig fühlten. Oder dass Unglückliche und Bedrückte zuversichtlich und froh wurden. Und wenn jemand meinte, sein Leben sei ganz verfehlt und bedeutungslos und er selbst nur irgendeiner unter Millionen, einer, auf den es überhaupt nicht ankommt und der ebenso schnell ersetzt werden kann wie ein kaputter Topf – und er ging hin und erzählte alles das der kleinen Momo, dann wurde ihm, noch während er redete, auf geheimnisvolle Weise klar, dass er sich gründlich irrte, dass es ihn genauso, wie er war, unter allen Menschen nur ein einziges Mal gab und dass er deshalb auf seine besondere Weise für die Welt wichtig war.

So konnte Momo zuhören! (Ende 1973, S. 14)

Unter psychologischen Gesichtspunkten betrachtet, ist Zuhören mit dem Ziel, den anderen in seinem Erleben wirklich zu verstehen, Ausdruck positiver Beachtung und Wertschätzung, d. h. Ausdruck von bedingungsfreier positiver Beachtung.

### Spezifische Zentrierung der Aufmerksamkeit

Das therapeutische Handeln des Gesprächspsychotherapeuten ist in hohem Maß durch seine spezifische Zentrierung der Aufmerksamkeit bestimmt. Im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit des Gesprächspsychotherapeuten stehen

- das eigene Selbsterleben und
- das Selbsterleben des Patienten.

### Aufmerksamkeitszentrierung auf das eigene Selbsterleben

Die Aufmerksamkeit für das eigene Selbsterleben und ihre Bedeutung für den therapeutischen Prozess wurden bereits im Zusammenhang mit dem gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebot behandelt (► Abschn. 10.3.1 »Beitrag des Therapeuten«). Deshalb soll an dieser Stelle dieser Aspekt der Aufmerksamkeitszentrierung nur in der Form eines Regelsatzes wiederholt werden.

#### Tipps

Behalten Sie im therapeutischen Kontakt mit Ihrem Patienten immer auch Ihr eigenes Erleben im Auge und achten Sie dabei v. a. auf Abweichungen von der bedingungsfreien positiven Beachtung des Patienten in seinem Selbsterleben.

### Aufmerksamkeitszentrierung auf das Selbsterleben des Patienten

Im Mittelpunkt der Zentrierung der Aufmerksamkeit auf den Patienten steht dessen im Hier und Jetzt gegebenes Selbsterleben. Bei dem Versuch, das therapeutisch relevante Selbsterleben konzeptuell, definitorisch und operational zu erfassen, wurden drei Wege beschritten, die als drei sich ergänzende Aspekte des Selbsterlebens aufzufassen sind:

- sprachlich geäußertes Selbsterleben: Selbstexploration,
- implizit bewertetes Selbsterleben: innerer Bezugsrahmen und
- gefühlte Bedeutung des Selbsterlebens: »experiencing«.

**Selbstexploration des Patienten.** In Abhängigkeit vom Ausmaß der Inkongruenz unterscheiden sich Patienten im Hinblick auf die Qualität und die Quantität ihres Selbsterlebens. Das vom Patienten sprachlich geäußerte

Selbsterleben wird als Selbstexploration bezeichnet. Im Zusammenhang mit wissenschaftlichen Untersuchungen des gesprächspsychotherapeutischen Prozesses wurde eine operationale Definition der Selbstexploration in Form einer Skala entwickelt, die bereits bei der Darstellung der Praxis des Erstinterviews vorgestellt wurde (► Kap. 10.2.1 »Erfolgsaussichten und Prognose«). Diese Skala kann als eine Handlungsanleitung für den Gesprächspsychotherapeuten verstanden werden: Sein therapeutisches Handeln hat das Ziel, im Patienten einen Prozess zu fördern, der diesen im Sinne dieser Skala zunehmend selbstexplorativ werden lässt.

### Tipps

Die Aufmerksamkeit des Gesprächspsychotherapeuten richtet sich auf die Veränderungen der Selbstexploration. Achten Sie hierbei v. a. auf die Ereignisse oder Bedingungen, die den Prozess der Selbstexploration stören oder stocken lassen.

- Sind es bestimmte Themen? Beispielsweise das Thema Sexualität.
- Sind es bestimmte affektive Bereiche des Erlebens? Beispielsweise das Erleben von Wut und Feindseligkeit.
- Sind es die therapeutischen Interventionen selbst? Beispielsweise lösen Äußerungen des Therapeuten – und seien sie noch so empathisch – bei manchen Patienten einen regelrechten Aufmerksamkeitsshift aus: Immer dann, wenn der Therapeut etwas sagt, müssen die Patienten ihre gesamte Aufmerksamkeit auf das vom Therapeuten Gesagte richten und verlieren sich selbst dabei aus dem Auge.

### Tipps

Nehmen Sie Stockungen im Selbstexplorationsprozess oder gar einen deutlichen Rückgang der Selbstexploration zum Anlass dafür, sich dem inneren Bezugsrahmen des Patienten zuzuwenden.

**Innerer Bezugsrahmen des Patienten.** Dieser kann als die Standorte, die ein Mensch gegenüber seinen Erfahrungen einnimmt, und die damit verbundene Bewertung dieser Erfahrungen definiert werden.

Selbsterleben umfasst immer mehr als nur eine isolierte Erfahrung (z. B. eine Kognition und/oder Gefühl). Eine Erfahrung im Sinne einer Kognition, z. B. »Ich scheitere an dieser Aufgabe«, wird in der Regel sowohl andere Kognitionen auslösen, z. B. »Ich habe mich wieder einmal übernommen«, als auch Gefühle, z. B. traurige Niedergeschlagenheit: »Ich kann nicht mehr«,

und auch affektive Bewertungen, z. B. »Mir ist das peinlich«.

**! Unter dem inneren Bezugsrahmen kann also die Gesamtheit aller Affekte, Kognitionen und Bewertungen verstanden werden, die im Zusammenhang mit einer unmittelbaren Erfahrung von einem Patienten erfahren werden.**

Für die Aufmerksamkeitszentrierung des Therapeuten bedeutet das, dass sich die Empathie in der Regel nicht auf eine bestimmte isolierte Erfahrung richtet, sondern gleichzeitig auch auf den inneren Bezugsrahmen, in dem sie stattfindet.

Die Bedeutung des inneren Bezugsrahmens für das therapeutische Handeln soll an folgendem Beispiel verdeutlicht werden.

### Fallbeispiel

*Patient: »...und letzte Woche, ich, ich... [druckst herum], da hielt ich es im vollen Kino nicht aus, ich musste es fluchtartig verlassen.«*

*Therapeut: »Sie spürten plötzlich so viel Angst, dass Sie weglaufen mussten.« (Therapeutenäußerung ohne Einbeziehung des Bezugsrahmens)*

*Therapeut: »Schämen Sie sich (mir gegenüber), dass Sie so viel Angst bekommen haben und weglaufen mussten?« (Therapeutenäußerung mit Einbeziehung des Bezugsrahmens)*

**Experiencing.** Experiencing stellt einen weiteren Zugang zum therapeutisch bedeutsamen Selbsterleben von Patienten dar. Der Begriff geht auf Gendlin (1978) zurück. Gendlin fand in systematischen Beobachtungen heraus, dass ein spezifischer Prozess abläuft, wenn eine Person aufgefordert wird, ihre Aufmerksamkeit auf ihr gegebenes Erleben zu fokussieren und sich selbstexplorativ allen Aspekten zu widmen, die im Zusammenhang mit diesem Fokussieren auf das eigene Erleben auftauchen. Das Spezifische an diesem »Focusing-Prozess« besteht darin, dass in ihm Gefühle auftauchen, die sich von sog. reinen Emotionen, wie Freude, Angst usw., insofern unterscheiden, als sie sinngebend bebildert sind. Gendlin nannte sie daher »gefühlte Bedeutungen« (»felt sense«). Mit Experiencing wird der Focusing-Prozess bezeichnet, in dem sich in einer Person »gefühlte Bedeutungen« entwickeln.

Unter theoretischen Gesichtspunkten betrachtet, ist der Prozess der inneren Bedeutungsentwicklung von Erleben der Symbolisierungsprozess, d. h. der **Bewusstwerdensprozess**. In ihm tauchen unterschiedliche Formen des Selbsterlebens auf: Körperempfindungen, Vorstellungen, Gedanken, Gefühle und Worte. Diese sind aufeinander bezogen und geben einander Sinn sowie Bedeutung.

Gendlin (1978) hat Interventionsregeln entwickelt, die diesen Prozess systematisch fördern, das »focusing«.

**! Die Bedeutsamkeit des Experiencing-Konzeptes liegt u. a. darin, dass mit seiner Hilfe ein Weg aufgezeigt wurde, wie Symbolisierungsprozesse ziemlich unmittelbar angestoßen werden können.**

Klinische Erfahrungen haben gezeigt, dass auf diesem Weg in Körperempfindungen symbolisierte Erfahrung auch anderen Symbolisierungen zugeführt werden kann. Das kommt vielen psychosomatisch Erkrankten zugute, deren Selbsterleben häufig überwiegend aus Körperempfindungen besteht, deren z. B. gefühlsmäßige Bedeutung dem bewussten Erleben verschlossen ist.

Im Hinblick auf die Aufmerksamkeitszentrierung lässt sich dem Experiencing-Konzept entnehmen, dass der Gesprächspsychotherapeut darauf achten sollte, welche anderen Formen der Symbolisierung sich bei einem Patienten im Zusammenhang mit seinem in einer bestimmten Form symbolisierten Erleben einstellen. Am ehesten lässt sich dieser andere Zugang zum Selbsterleben eines Patienten in einem »üblichen« gesprächspsychotherapeutischen Kontakt dann beobachten, wenn der Patient, der gerade noch ganz sachlich über eine Vorstellung gesprochen hat, von einem heftigen Gefühl überrascht wird, z. B. plötzlich weinen muss.

### **Verbalisierung der Erfahrungen des Patienten durch den Therapeuten**

Der Gesprächspsychotherapeut bringt die Erfahrungen des Patienten, die er auf dem Weg der Einfühlung verstanden hat, verbal in einer solchen Form zum Ausdruck, dass der Patient wahrnehmen kann, dass ihn der Therapeut in seinem Erleben empathisch verstanden hat und dabei nichts anderes als unbedingte Wertschätzung des Patienten fühlt.

**! Ziel der Verbalisierung der Erfahrungen ist, dass der Patient seine Erfahrung seinerseits wahr- und annehmen kann.**

Erfahrungen sind in der klientenzentrierten Theorie als die Teile des Erlebens des Organismus als Ganzem, die in einem gegebenen Moment bewusst werden könnten, definiert. Diese Erfahrungen teilen sich in unterschiedlichen Modalitäten des Erlebens mit: in Körpergefühlen, Vorstellungen und Gedanken, Gefühlen und Worten.

Die Verbalisierungen des Gesprächspsychotherapeuten beinhalten überwiegend Gefühle bzw. den emotionalen Anteil der vom Patienten berichteten Erfahrungen. Das hat folgenden theoretischen Hintergrund: Die klientenzentrierte Theorie unterscheidet zwischen Affekt und Gefühl. Diese Unterscheidung findet sich in den anderen Therapiemodellen, die in diesem Buch vorgestellt werden, nicht oder in einer anderen Form.

Unter einem **Affekt** wird eine heftige sowie in ihrer Qualität und in ihrer Bedeutung zweifelsfreie emotio-

nale Erfahrung verstanden, eine Gefühlswallung, z. B. traurig sein. Ein **Gefühl** (Emotion) ist eine affektiv gefärbte, als bedeutungsvoll erlebte Erfahrung, die auch kognitive Anteile hat, z. B. Depression. Die Bedeutung eines Gefühls ist – im Unterschied zum Affekt – häufig nicht eindeutig, und Gefühle sind durch den Umstand gekennzeichnet, dass sie mit Bewertungen verknüpft sind bzw. diese auslösen, z. B. auf der Dimension »Lust und Unlust« oder »gut und böse«. Das Entstehen von psychischen Störungen wird ätiologisch als in engem Zusammenhang mit dem Schicksal der Affekte im Verlauf der menschlichen (frühkindlichen) Entwicklung stehend betrachtet (vgl. Biermann-Ratjen 1993). Über das Schicksal der Affekte und die Bewertung der mit diesen Affekten verknüpften Erfahrungen (Handlungen, Kognitionen, Körperzuständen) entscheiden die Reaktionen der in der Kindheit wichtigen Bezugspersonen, in der Regel also die Reaktionen von Mutter und Vater. Die Affekte des Kindes und die damit verknüpften Erfahrungen können nicht bzw. richtig oder falsch im Sinne von »anerkannt werden« bzw. »nicht anerkannt werden« wahrgenommen sowie bewertet werden. Die emotionalen und die kognitiven Reaktionen der Eltern auf das affektive Erleben ihres Kindes tragen nach der klientenzentrierten Entwicklungstheorie (vgl. Biermann-Ratjen et al. 2003, Kap. IV) entscheidend dazu bei, welche Erfahrungen des Kindes Selbsterfahrungen werden können und welche nicht, und wie dann diese Selbsterfahrungen vom Kind selbst bewertet werden. Von den Eltern nichtanerkannte oder falsch verstandene affektive Erfahrungen können nicht oder nur unvollständig Bestandteile des Selbst eines Menschen werden, und ihr Wiederauftauchen bewirkt eine Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung. Daher stehen Gefühle im Sinne von bewerteten affektiven Erfahrungen im Mittelpunkt des Selbsterlebens von Patienten und damit auch im Mittelpunkt der Verbalisierungen des Gesprächspsychotherapeuten. Eine Grundregel für das gesprächspsychotherapeutische Handeln lautet:

#### **Tipps**

Benennen Sie bei der Verbalisierung der vom Patienten vermittelten Erfahrungen immer auch die dazu gehörenden Gefühle.

Diese Regel klingt einfach. Ihre Befolgung ist es aber erfahrungsgemäß überhaupt nicht. In Ausbildungssituationen ist immer wieder festzustellen, dass angehende Therapeuten große Mühe haben, selbst ein vom Patienten eindeutig geäußertes Gefühl als ein solches zu benennen. Dazu folgendes Beispiel:



### Beispiel

*Patient: »Ich weiß nicht warum, aber ich muss nur an meinen Vater denken und schon bin ich wütend!«*

*Therapeut 1: »Schon der Gedanke an Ihren Vater frustriert Sie.«*

*Therapeut 2: »Irgendwie macht es Sie ein Stück weit ärgerlich, wenn Sie an Ihren Vater denken?«*

*Therapeut 3: »Ist das ein alter Konflikt, den Sie da mit Ihrem Vater haben?«*

*Alle drei Therapeutenäußerungen widersprechen der oben genannten Regel:*

*Therapeut 1 ersetzt das vom Patienten ausgedrückte Gefühl durch einen psychologischen Begriff (»frustriert«).*

*Therapeut 2 verharmlost das vom Patienten ausgedrückte Gefühl.*

*Therapeut 3 geht überhaupt nicht auf das Erleben des Patienten ein, sondern fragt nach den Ursachen bzw. der Vertrautheit mit dem Gefühl.*

Manche Ausbildungskandidaten scheuen sich, ein vom Patienten bereits klar benanntes Gefühl in ihrer Verbalisierung zu wiederholen. Sie halten das für sinnloses »Spiegeln« und vergessen, dass die Verbalisierung der Erfahrungen des Patienten nicht das Gefühl des Patienten benennen, sondern dem Umstand Ausdruck geben soll, dass der Therapeut empathisch versteht und unbedingt wertschätzt.

Die Benennung eines vom Patienten ausgedrückten Gefühls im Sinne einer Wiederholung durch den Therapeuten ist aus verschiedenen Gründen meistens psychotherapeutisch sinnvoll und bedeutsam:

Übliche Reaktionen auf eine Gefühlsäußerung in außertherapeutischen Situationen sind z. B.:

- Das Gegenüber spricht über eigene Erfahrungen. (»Das kenne ich bei meinem älteren Bruder.«)
- Das Gegenüber sucht nach einer »Lösung«, d. h. nach Wegen, das Gefühl »abzuschaffen«. (»Versuch doch einfach, Deinen Vater zu vergessen!«)

Das schlichte Wiederholen eines Gefühls durch den Therapeuten drückt zumindest seine Beachtung des Erlebens des Patienten aus.

Für viele Patienten erhält das von ihnen geäußerte Gefühl eine andere Qualität, wenn der Therapeut es auch benennt. Eine in dieser Hinsicht extreme Reaktion kennt man von Patienten mit instabilem Selbstkonzept. Sie erleben manchmal – und äußern es auch – dass ihnen das Gefühl als ihr Gefühl »verloren« geht, wenn es der Therapeut benennt (»Jetzt, wo Sie mir sagen, dass ich Wut verspüre, bin ich gar nicht mehr sicher, ob das stimmt«). Häufiger liegt der Effekt des Wiederholens eines Gefühls darin, dass der Patient sich mit diesem Gefühl weiter und vertiefend befasst. Es bleibt Thema des Patienten.

### 10.3.4 Interventionsregeln

Im Folgenden wird vor dem Hintergrund der bisherigen Darlegungen das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot auf der Handlungsebene betrachtet. Auf dieser Ebene lassen sich Regeln für die sprachlichen Interventionen (Therapeutenäußerungen) formulieren. Da bei dieser Betrachtungsweise der Beziehungsaspekt in den Hintergrund tritt, werden bei den folgenden Ausführungen zwei Bedingungen als gegeben vorausgesetzt:

- Die Interventionen sind von bedingungsfreier positiver Beachtung für das, worauf sich die Interventionen beziehen, getragen.
- Die Interventionen beziehen sich auf bzw. beinhalten den Ausdruck von etwas empathisch Verstandenenem.

#### Hohe Selbstexploration des Patienten

Weist der Patient eine hinreichend hohe Selbstexploration (etwa ab Stufe 6; ► Übersicht »Skala zur Einschätzung der Selbstexploration des Patienten«) auf, dann lautet die Interventionsregel für den Gesprächspsychotherapeuten:

#### Tipps

Sprechen Sie das im Hier und Jetzt unmittelbar gegebene gefühlsmäßige Erleben des Patienten möglichst genau und vollständig an.

#### Fallbeispiel

*Ein Beispiel aus einer zweiten Therapiesitzung, in der die Patientin darüber spricht, welche Probleme sie in ihrem Beruf als Kauffrau hat:*

*Patientin: »Wenn ich jetzt bei dem Beispiel bleiben soll, dann würde ich sagen: Irgend ein abgebrühter Kaufmann, dem es an die Nieren geht, wenn ihm ein paar tausend Mark fehlen, der soll sich ruhig ein bisschen gequält fühlen, also das würde mich eventuell sogar noch freuen, wenn es nur das ist, was ihn zu quälen vermag.«*

*Therapeut: »Das klingt sehr bitter.«*

*Patientin: »Ja, das stimmt, da haben Sie Recht. Das ist mir im Moment auch gerade bewusst geworden. Ich mein' einfach aus Verbitterung darüber, dass man also jahrelang beobachtet hat, wie viele Menschen es eigentlich gibt, die sich um nichts anderes kümmern als um Geld...«*

Diese Patientin ist offenbar bei ihrer Schilderung von Gefühlen bestimmt, die sie nicht direkt wahrnimmt und auch nicht benennt. Der Therapeut greift dieses Erleben vorsichtig (»Das klingt...«) auf. Die Reaktion der Patientin verdeutlicht, dass er ihr Erleben korrekt wahrgenommen hat.

Anfänger machen manchmal den Fehler, dass sie den Prozess der Selbstexploration dadurch stören, dass sie jedes Erleben des Patienten, das sie verstanden haben, verbalisieren. Kriterium dafür, wann und wie häufig der Therapeut gemäß obiger Regel interveniert, ist der **Selbstexplorationsprozess**. Zu intervenieren ist auf diesem Niveau nur dann, wenn dieser Prozess ins Stocken gerät oder der Therapeut spürt, dass sich der Patient mit seiner Selbstexploration »an den Therapeuten wendet«, ihn unausgesprochen fragt: »Verstehst Du mich? Folgst Du mir noch?« Im oben angeführten Beispiel spricht die Patientin zwar über ein Erleben von sich (»Das würde mich eventuell sogar noch freuen«), aber es ist offensichtlich nicht das eigentliche Erleben, das sie bestimmt.

Die Anwendung der oben genannten Interventionsregel setzt voraus, dass der Patient spürbar mit einem unmittelbaren Erleben befasst ist und dieses auch noch sprachlich zum Ausdruck bringt. Die übliche therapeutische Realität sieht jedoch anders aus: In aller Regel sprechen Patienten »über« ihr Erleben, d. h. sie äußern sich über Erleben, das **nicht** im Moment in ihnen passiert.

Der Idealfall, in dem ein Patient zu seinem Therapeuten sagt »Jetzt, wo ich merke, wie sehr mich mein Vater kleingehalten hat, spüre ich die kalte Wut in mir aufsteigen« und dabei abwechselnd blass und rot wird, ist ein eher seltenes Ereignis. Sehr viel häufiger sind selbstexplorative Äußerungen, wie folgende: »... ich merke erst immer hinterher, wie sehr mich etwas verletzt hat, und dann ärgere ich mich über mich«.

Schaut man sich die letzte Äußerung genauer an, dann spricht der Patient:

- über ein Gefühl der Verletzung, das er in der Situation, in der sie ihm widerfährt, gar nicht erkennt;
- über ein Gefühl des Ärgers auf die eigene Person; hierbei beruft er sich auf vergangene Erfahrungen und
- sagt er verbal nichts darüber, wie er sich im Hier und Jetzt damit fühlt.

Diese Form der Selbstexploration ist häufig sowie typisch für den unteren und mittleren Bereich der Selbstexplorationsskala (► Übersicht »Skala zur Einschätzung der Selbstexploration des Patienten«).

### Mittlere und geringe Selbstexploration

Die Interventionsregel »Sprechen Sie das im Hier und Jetzt unmittelbar gegebene gefühlsmäßige Erleben des Patienten möglichst genau und vollständig an!« ist auch dann zu beachten, wenn sich die Äußerungen des Patienten nicht unmittelbar auf sein Selbsterleben beziehen. Häufig ist das im Hier und Jetzt gegebene gefühlsmäßige Erleben ein Erleben, das den Patienten veranlasst, »über« Erleben zu sprechen, und es nicht direkt zu benennen. In

diesen Fällen wird der Therapeut zunächst versuchen, empathisch zu erfassen, von welchem Erleben der Patient bestimmt ist. Bezogen auf das obige Beispiel wird der Therapeut sich folgende Fragen stellen:

- Was fühlt der Patient jetzt, wenn er mir davon berichtet, dass er sich darüber ärgert, dass er nicht merkt, wenn er sich verletzt fühlt?
- Spürt er seinen Ärger jetzt, im Moment?
- Spürt er die Verletzung?
- Erzählt er mir das mit dem unausgesprochenen Wunsch, dass ich in einer bestimmten Art und Weise reagiere, vielleicht in dem Sinne: Das geht vielen Menschen so, das braucht Sie nicht zu ärgern oder zu beunruhigen?

In den Fällen, in denen der Patient nicht über unmittelbares Erleben spricht, lautet die Interventionsregel also:

#### Tipps

Sprechen Sie das gefühlsmäßige Erleben des Patienten an, das ihn im Hier und Jetzt am stärksten zu bestimmen scheint.

Das Befolgen dieser Interventionsregel ist v. a. deshalb nicht einfach, weil der Patient selbst dieses Erleben nicht verbalisiert, meist wohl deshalb, weil es nicht im Zentrum seines Bewusstseins steht. Der Weg für den Gesprächspsychotherapeuten, das den Patienten jetzt bestimmende Erleben zu erkennen – und es dann auch zu verstehen – liegt in einer Verlagerung seiner Aufmerksamkeitszentrierung weg von den verbalen Äußerungen des Patienten hin zu:

- seinem eigenen Erleben und
- dem inneren Bezugsrahmen des Patienten.

Diese Verlagerung der Aufmerksamkeitszentrierung kann zu unterschiedlichen Erkenntnissen und zu unterschiedlichen Interventionen führen. Das soll am Beispiel der bereits bekannten Äußerung des Patienten, der sein Verletztsein in der Situation nicht erkennt, dargestellt werden. Dieser Patient sagte: »... ich merke erst immer hinterher, wie sehr mich etwas verletzt hat, und dann ärgere ich mich über mich«.

### Aufmerksamkeitszentrierung auf das eigene Erleben

Der Therapeut wendet sich erstens zunächst sich selbst mit der Frage zu:

- ❓ **Erlebe bzw. spüre ich ein klares Gefühl meines Patienten?**

Dabei könnte er an der Stimme und anderem Ausdrucksverhalten des Patienten merken, dass dieser ge-

reizt und ärgerlich ist. Der Therapeut könnte dann beispielsweise sagen: »Wie ärgerlich Sie das macht, spüren Sie aber jetzt, wenn Sie darüber berichten.«

Der Therapeut wendet sich zweitens seinem Erleben mit der Frage zu:

### ❓ **Erlebe ich Abweichungen von der bedingungs-freien positiven Beachtung?**

Er könnte bemerken, dass er sich während der Darstellung des Patienten bereits mehrmals darüber den Kopf zerbrochen hat, was denn den Patienten so verletzt, und dabei feststellen, dass der Patient selbst darüber bisher noch kein einziges Wort verloren hat. Der Therapeut könnte dann z. B. sagen: »Sehe ich das richtig: Macht es Sie so ärgerlich, dass Sie auf Ihr Verletztwerden spontan nicht richtig reagieren, dass die Frage, was Sie verletzt, gar keine Rolle spielt?« Dieser Hinweis des Therapeuten ist für Patienten auch unter dem Gesichtspunkt wichtig, dass viele Patienten ihr Erleben ausschließlich bewertend betrachten: Sind meine Gefühle angemessen oder unangemessen, sind sie egoistisch, böse oder übertrieben, habe ich sie zum richtigen Zeitpunkt usw.? Der Umstand, dass Gefühle immer **Reaktionen auf Ereignisse** sind, d. h. meistens Reaktionen auf Erfahrungen mit anderen Menschen oder auf Gedanken an Erfahrungen mit anderen Menschen, spielt dann keine Rolle mehr.

Dieser Intervention liegt die Annahme zugrunde, dass Abweichungen von der bedingungs-freien Wertschätzung Hinweise auf eine emotionale Reaktion des Therapeuten auf ein Erleben des Patienten sind, das dieser zwar momentan seinem Bewusstsein fernhält, das jedoch bewusstseinsnah ist und sich dem Therapeuten bei dessen Bemühen um Einfühlung vermittelt.

### ❗ **Der Weg zum empathischen Verstehen unter Bezug auf die Abweichungen von der bedingungs-freien positiven Beachtung erfordert psycho-therapeutische Erfahrung und ist Anfängern nicht zu empfehlen.**

Dieser Weg ist nur begehbar, wenn gewährleistet ist, dass die Abweichung von der bedingungs-freien positiven Beachtung nicht das Produkt einer primären Inkongruenz des Therapeuten ist.

### **Aufmerksamkeitszentrierung auf den inneren Bezugsrahmen des Patienten**

Bei der Zentrierung der Aufmerksamkeit auf den inneren Bezugsrahmen lassen sich drei Bereiche unterscheiden, die den Hintergrund für das Erleben des Patienten bilden können, das ihn bestimmt, das er aber nicht direkt verbal zum Ausdruck bringt:

- das Selbstkonzept,
- die internalisierten Wertvorstellungen und
- die Beziehung zum Therapeuten.

**Selbstkonzept.** Der Therapeut zentriert seine Aufmerksamkeit auf die Frage:

### ❓ **In welcher Beziehung steht das Erleben, über das der Patient spricht, zu seinem Selbstkonzept? Erlebt der Patient die Erfahrungen, über die er berichtet, als mit seinem Selbst kongruent?**

Dabei könnte der Therapeut wahrnehmen, dass der Patient über eine ihm vertraute Erfahrung spricht, gegen die er sich wehrt. Er könnte daher beispielsweise sagen: »Dass Sie Verletzungen immer erst hinterher spüren, kennen Sie offenbar ganz gut, dennoch werden Sie darüber ärgerlich, so als passte das nicht zu Ihnen?«

Die Erfahrungen, die eine Inkongruenz bewirken, haben sehr unterschiedliche Erlebensqualitäten; sie sind v. a. daraufhin zu betrachten, ob sie

- dem Patienten vertraut oder neu sind,
- ihn lähmen oder aktivieren,
- erlebnisfern oder -nah sind,
- als **eigene Erfahrungen** erlebt werden oder als z. B. erzwungenes Mitfühlen,
- beim Patienten Widerstand mobilisieren, sich überhaupt damit zu befassen, z. B. Angst, dass durch ein Sichbefassen mit einem Erleben anderes Erleben ausgelöst wird, das er nicht erträgt oder kontrollieren kann (z. B. »Ich will die Enttäuschung nicht spüren, denn dann falle ich in ein schwarzes Loch« oder »Ich fürchte mich vor meiner Wut, ich denke, die ist so groß, dass ich Amok laufen werde«).

**Wertvorstellungen.** Bei der Zentrierung der Aufmerksamkeit des Therapeuten auf die Wertvorstellungen, die der Patient mit seinem Erleben verknüpft, wird sich der Gesprächspsychotherapeut die Frage stellen:

### ❓ **Wie bewertet der Patient sein Erleben? Kann er es nicht vollständig als sein Erleben zulassen, weil er es auf der Grundlage internalisierter Wertvorstellung ablehnt?**

Wenn das der Fall ist, dann könnte, bezogen auf unser Beispiel, eine denkbare Therapeutenäußerung sein: »Verstehe ich Sie richtig: Sie beurteilen sich als feige, wenn Sie in der Situation auf eine Verletzung nicht reagieren?« Eine solche Intervention, wenn sie empathisch ist, setzt natürlich mehr Kenntnisse über die Person des Patienten voraus, als sie der kurzen Beispielsäußerung zu entnehmen ist.

**Beziehung zum Therapeuten.** Ergibt die Aufmerksamkeitszentrierung auf den inneren Bezugsrahmen, dass der Patient mit seiner Beziehung zum Therapeuten befasst ist, dann könnte sich der Therapeut z. B. die Fragen stellen:

**❓ Fühle ich mich, wenn auch unausgesprochen, vom Patienten angesprochen? Versucht er unausgesprochen meinen Erwartungen zu entsprechen oder Befürchtungen vor meinen Bewertungen zu begegnen?**

Versteht der Therapeut unsere Beispielsäußerung als eine solche unausgesprochene Bezugnahme, könnte er z. B. sagen: *»Ich habe den Eindruck, Sie gehen davon aus, dass ich von Ihnen erwarte, dass Sie auf Verletzungen prompt und adäquat reagieren. Ist das so?«*

**❗ Besonders dann, wenn das Selbsterleben des Patienten »unvollständig« ist, und der Therapeut andere Wege zum empathischen Verstehen sucht und begeht als über die direkt verbalisierten Äußerungen des Patienten, sollte er sich vergewissern, dass er dem, was er anspricht, auch mit bedingungsfreier Beachtung begegnen kann.**

Weiterhin ist es in diesen Fällen besonders wichtig, das **Prinzip der Nichtdirektivität** zu beachten. Auf der Handlungsebene zeigt sich die Befolgung dieses Prinzips darin, dass der Gesprächspsychotherapeut seine Äußerungen nicht als Feststellungen trifft, sondern eher als Fragen.

Weist der Patient eine solche Therapeutenäußerung zurück, dann kann das verschiedene Gründe haben: Der Therapeut hat den Patienten nicht oder nur teilweise richtig verstanden. Oder der Therapeut hat den Patienten richtig verstanden, aber der Patient kann es nicht annehmen; auch dies kann verschiedene Gründe haben. In keinem dieser Fälle wird der Gesprächspsychotherapeut darauf beharren, »Recht zu haben«, sondern wird seine Aufmerksamkeit auf das richten, was das für das Selbsterleben des Patienten bedeutet, sich nicht bzw. falsch verstanden zu fühlen, und er wird das auch zum Ausdruck bringen.

Weist unser Beispielpatient die obige Intervention des Therapeuten mit den Worten zurück: *»Nein, wie kommen Sie denn bloß darauf? Ich ärgere mich über mich selbst!«*, dann ist eine denkbare Reaktion eines Gesprächspsychotherapeuten folgende: *»Überrascht es Sie, dass ich eine solche Verbindung sehe?«*

Eine solche Therapeutenreaktion basiert sicherlich nicht allein auf dem Wort »bloß« in der Patientenäußerung, sondern ebenso auf dem übrigen Ausdrucksverhalten des Patienten. Auch in den Fällen, in denen der Patient signalisiert, dass er sich nicht oder falsch verstanden fühlt, bleiben die Leitlinien für das therapeutische Handeln der Inhalt und die Richtung der Bewegung der Selbstexploration. Das wird im folgenden Abschnitt nochmals genauer dargestellt werden.

Die sprachlichen Interventionen des Gesprächspsychotherapeuten beziehen sich also auf folgende Bereiche:

- das im Hier und Jetzt tatsächlich gegebene und stattfindende Erleben des Patienten,
- die Bedeutung des Erlebens für das Selbstkonzept des Patienten,
- die Wertvorstellungen, die der Patient mit diesem Erleben verbindet und
- die Bedeutung, die das Erleben für die therapeutische Beziehung hat.

Die Regulierung der Intervention erfolgt im Hinblick auf die bedingungsfreie positive Beachtung. Die sich daraus ergebende Interventionsregel lautet:

**Tipps**

Sprechen Sie das im Hier und Jetzt tatsächlich gegebene und stattfindende Erleben des Patienten möglichst vollständig an, sofern Sie es empathisch verstanden haben und Sie in der Lage sind, sie bedingungsfrei positiv zu beachten.

Die Praxis der Gesprächspsychotherapie lehrt, dass sich einer der verschiedenen Bereiche »wie von selbst« in den Vordergrund drängt. »Übersieht« der Therapeut einmal einen Bereich, dann kann er sicher sein, dass der Patient schon Mittel und Wege findet, zu signalisieren, dass er sich noch nicht »vollständig« verstanden fühlt.

**Veränderungen im Selbsterleben und in der Selbstexploration des Patienten**

Ob die Mitteilung dessen, was der Therapeut verstanden hat, an den Patienten gelungen ist, und ob der Therapeut wirklich verstanden hat, zeigt sich auf der verbalen Ebene beim Patienten weniger in dessen Zustimmung oder Ablehnung als in der Zunahme oder Abnahme seines Selbsterlebens und seiner Selbstexploration.

**❗ Nehmen das Selbsterleben und die Selbstexploration eines Patienten nicht ab, sondern gar zu, z. B. an Unmittelbarkeit und Intensität, dann war die Intervention nicht falsch. Sie muss deswegen allerdings nicht richtig im Sinne eines korrekten Verstehens gewesen sein.**

Betrachten wir als Beispiel eine Therapeutenäußerung wie die folgende: *»Es fällt ihnen offenbar schwer, sich loben zu lassen«*. Diese Äußerung mag den Kern des Problems des Patienten nur streifen. Wenn sich der Patient in der Reaktion darauf weiter exploriert, z. B. zu verstehen gibt, ein Lob rufe in ihm stets Verpflichtungsgefühle hervor, dann war das Verstehen des Therapeuten zwar nicht ganz korrekt, aber auch nicht falsch, weil es den Selbstexplorationsprozess nicht gehemmt, sondern gefördert hat.

Nimmt die Selbstexploration aber ab, spricht der Patient in der Reaktion auf die Therapeutenäußerung »Es fällt Ihnen schwer, sich loben zu lassen« z. B. darüber, dass seine Mutter das noch viel weniger könne und man deshalb von ihr auch nichts geschenkt bekäme, dann bedeutet dies nicht unbedingt, dass der Therapeut falsch verstanden hat. Aber er hat den Patienten aus dem unmittelbaren Kontakt mit seinem Selbsterleben herausgeholt, vielleicht dadurch, dass er übersehen oder nicht angesprochen hat, dass dem Patienten das, was ihn im Moment bestimmt, nicht bewusst werden darf, nicht zu seinem Selbstkonzept passt usw. In diesem Fall hat der Therapeut mit seiner Intervention offenbar nicht den richtigen Bereich angesprochen.

Möglicherweise war die Intervention aber auch einfach falsch: Der Patient hat eine ganz andere Einstellung zu dem, was er im Moment erlebt, als der Therapeut angenommen hat. Der Therapeut hat also vielleicht den **Bezugsrahmen des Patienten** nicht richtig gesehen oder einen Schluss von seinem eigenen Erleben auf das des Patienten gezogen. In einem solchen Fall sollte der Therapeut zumindest diesen Umstand schlicht benennen, z. B.: *»Offenbar habe ich Sie jetzt falsch verstanden – ich wollte Sie nicht infrage stellen.«*

In einem weiteren Schritt könnte er versuchen, das momentane Erleben, das dadurch ausgelöst wird, dass der Patient falsch verstanden worden ist, zu erfassen und zu verbalisieren. Beispielsweise könnte der Therapeut empathisch erfassen und zum Ausdruck bringen: *»Offenbar habe ich Sie jetzt gerade falsch verstanden – und das macht Sie sauer auf mich?«*.

### Störungsspezifisches Handeln

Die Gesprächspsychotherapie ist kein symptomzentriertes Verfahren: Sie strebt eine Behebung der psychischen Störung eines Menschen durch eine **Veränderung des Selbstkonzeptes** an (► Abschn. 10.5).

In den bisherigen Ausführungen wurden die Bedingungen dargestellt, die theoretisch erfüllt sein müssen, damit eine Änderung des Selbstkonzeptes möglich und wahrscheinlich wird. Diese Bedingungen – darunter fallen auch die gerade behandelten Prinzipien gesprächspsychotherapeutischen Handelns – sind auf einer Abstraktionsstufe formuliert, auf der das spezifische Verhalten eines bestimmten Patienten mit einer spezifischen Störung explizit noch keine Rolle spielt. Dieser Zusammenhang wird deutlich, wenn man die von Höger (1989) vorgeschlagene Taxonomie der klientenzentrierten Therapietheorie betrachtet. Diese Taxonomie unterscheidet vier Abstraktionsebenen, die hierarchisch angeordnet sind (► Übersicht).

#### Abstraktionsebenen der klientenzentrierten Therapietheorie (Nach Höger 1989, S. 199)

1. Ebene der »therapeutischen Beziehung« allgemein, im Unterschied zu anderen Beziehungsformen (Mutter-Kind, Rechtsanwalt-Klient usw.)
2. Ebene zusammenfassender Merkmale, wie sie in der klientenzentrierten therapeutischen Beziehung beispielsweise durch die Merkmale »bedingungsfreie positive Beachtung«, »empathisches Verstehen« und »Kongruenz« für das Beziehungsangebot des Psychotherapeuten gegeben sind
3. Ebene einer zusammenfassenden Klassifikation von einzelnen Verhaltensformen, wie z. B. »Selbstexploration des Patienten«, »Verbalisierung der Erfahrungen des Patienten durch den Therapeuten« oder die Regeln bezüglich der Zentrierung der Aufmerksamkeit des Therapeuten usw.
4. Ebene der konkreten Verhaltensweisen von Therapeut und Patient in einem bestimmten beobachteten bzw. dokumentierten therapeutischen Gespräch

Für die Beziehungen dieser verschiedenen Ebenen untereinander gelten im Sinne einer Taxonomie bestimmte Gesetzmäßigkeiten, deren Wichtigste Folgende ist: Die Postulate einer Ebene dürfen nicht im Widerspruch zu den Postulaten der nächst höheren Ebene stehen.

Die von Rogers (1957, 1959, 1987) formulierte Therapietheorie ist überwiegend auf der Ebene 2 angesiedelt. Die in den vorangegangenen Abschnitten gemachten Ausführungen über das therapeutische Handeln (► Abschn. 10.3.1 »Therapeutisches Handeln«) und die Interventionsregeln in der Gesprächspsychotherapie (► Abschn. 10.3.4) sind auf der Ebene 3 angesiedelt, die dabei angeführten Beispiele von Therapeutenäußerungen auf Ebene 4.

Theoretische Postulate, die Gesetzmäßigkeiten beinhalten, die sich auf spezifisches Handeln in Abhängigkeit von der Störung des Patienten beziehen, sind ebenfalls auf der Ebene 3 anzusiedeln. Solche Gesetzmäßigkeiten, die auch handlungsleitend sein müssten, gibt es bisher kaum. Das ist weniger ein Versäumnis der Theoretiker und Forscher als vielmehr Ausdruck der komplizierten Natur der menschlichen Psyche. Dieser Umstand lässt sich leicht am folgenden Beispiel verdeutlichen.

#### Beispiel

*Eine störungsspezifische Handlungsregel auf der Ebene 3 könnte lauten: Ein Patient, dessen Störung in einer Depression besteht, ist damit zu konfrontieren, dass er bei seinen Handlungsentwürfen von vornherein davon ausgeht, dass*





sie scheitern werden. Therapeutische Interventionen im Sinne dieses Postulats können zwar für die meisten depressiven Patienten sinnvoll, d. h. therapeutisch wirksam sein, dennoch in einem bestimmten Moment völlig unangebracht, z. B. weil ein entsprechender Hinweis des Therapeuten den Patienten resignierend verstummen lässt. (»Ich wusste doch, dass ich alles falsch mache.«)

Störungsspezifische Handlungsregeln auf der Ebene 3 müssen eng an die Bedingung geknüpft werden, dass sie die Postulate der Ebene 2 nicht verletzen dürfen. Es bleibt also der von bedingungsfreier positiver Beachtung getragenen Empathie des Therapeuten überlassen zu erkennen, **wann** (zu welchem Zeitpunkt) und **wie** (z. B. konfrontierend, in Form einer Frage, mithilfe einer Metapher oder schlicht durch die Verbalisierung der emotionalen Erfahrung des Patienten) er dem Patienten das, was er von ihm und seiner Erfahrung verstanden hat, mitteilt. Die Kriterien zur Beantwortung der Frage, ob dieses Handeln richtig war, sind auf der Ebene 3 formuliert: Bleibt der Patient in einem selbstempathischen Prozess oder vertieft sich dieser, dann waren Zeitpunkt und Art der Intervention wahrscheinlich angemessen.

Theoretisch fruchtbarer wäre es also, systematischer als bisher in der klientenzentrierten Therapietheorie erfolgt, störungsspezifische Postulate auf der Ebene 3 zu formulieren. Diese störungsspezifischen Postulate sollten v. a. die Zentrierung der Aufmerksamkeit des Therapeuten steuern.

Das soll am Beispiel einer Borderlinepersönlichkeitsstörung gezeigt werden. Ein wesentliches Strukturmerkmal dieser Störung ist ihre Form der Abwehr (im psychoanalytischen Sinn). Sie ist durch den Abwehrmechanismus der Spaltung und die resultierenden Abwehrformen, wie Idealisierung und Entwertung, Projektion usw., gekennzeichnet. Das theoretische Postulat bezüglich der Aufmerksamkeitszentrierung des Gesprächspsychotherapeuten bei der Behandlung eines Patienten mit einer Borderlinepersönlichkeitsstörung lautet: »Achten Sie darauf, ob die vom Patienten berichteten Erfahrungen Resultat seiner spaltenden Abwehr sind«. Dieses Postulat ist zum einen eine Hilfe beim Verstehen von scheinbar unvereinbaren Erfahrungen des Patienten. Zum anderen könnte dieses Postulat mit einer Handlungsregel (Ebene 3) verbunden werden: In den Fällen, in denen die vom Patienten berichteten Erfahrungen seiner Tendenz zum Spalten Ausdruck geben, ist das in der therapeutischen Intervention in geeigneter Form zum Ausdruck zu bringen.

### Fallbeispiel

Ein Patient mit einer Borderlinepersönlichkeitsstörung hat sich verliebt und ist eine Beziehung eingegangen. Er ist glücklich und schildert seine neue Freundin als in jeder Hinsicht

ideal. Der Therapeut versteht die Schilderungen der Freundin als Ausdruck des Verliebtseins. Nur wenige Sitzungen darauf berichtet der Patient voller Hass und Verachtung über seine Freundin. Der Therapeut hat zunächst Mühe zu registrieren, dass sein Patient über dieselbe Person spricht, die dieser wenige Stunden zuvor in den rosigsten Farben geschildert hat. Als er das verstanden hat und auch erfährt, dass der Patient von seiner Freundin erstmals enttäuscht ist, erkennt der Therapeut auch die störungsspezifische Verarbeitung der Enttäuschungserfahrung: Auf der Grundlage seiner Tendenz zur Spaltung kann der Patient nicht wahrnehmen, dass er auch enttäuscht ist, denn das könnte ja z. B. bedeuten, dass er so gierig ist, etwas zu fordern, was der andere nicht geben kann. So »rettet« er sein Selbstkonzept durch eine totale Entwertung der Freundin. Sie ist die Böse.

Das Erkennen dieses Zusammenhangs auf der Grundlage seines störungsspezifischen Wissens hilft dem Therapeuten zunächst, seine bedingungsfreie positive Beachtung zu »retten«; denn die drohte in Ärger aus Unverständnis umzuschlagen: War er doch froh gewesen – und auch ein wenig stolz –, dass sein Patient, möglicherweise als ein Resultat der Therapie, eine Beziehung einzugehen in Lage war, die ihm offensichtlich gut tat. Er bringt dann sein Verständnis unter Beachtung der oben genannten Regel auf der Ebene 3, wie folgt, zum Ausdruck: »Sie sind so enttäuscht, dass sie das, was sie an ihrer Freundin schätzen und lieben, völlig aus dem Auge verloren haben«.

Mit der systematischen Aufarbeitung des störungsspezifischen Wissens im Rahmen einer klientenzentrierten Störungstheorie wurde vor geraumer Zeit begonnen (Eckert et al. 1993). Anwendungsbeispiele finden sich in den Büchern *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differentielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen* des holländischen Psychiaters Hans Swildens (1991), *Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie* des deutschen Psychiaters Jobst Finke (1994) sowie in dem Buch mit störungsbezogenen Falldarstellungen *Praxis der Gesprächspsychotherapie*, herausgegeben von Eckert et al. (1997).

Abschließend soll vermerkt werden, dass eine lege artis durchgeführte Gesprächspsychotherapie schon immer auch eine störungsspezifische war.

**! Die unterschiedlichen Formen psychischer Störungen korrespondieren mit unterschiedlichen Selbstkonzepten, d. h. sie unterscheiden sich bezüglich der Erfahrungen, die nicht, nicht vollständig oder nur verzerrt gemacht werden, d. h. abgewehrt werden, mit der Folge, dass Therapie-themen und Therapieprozess in Abhängigkeit von der Art der Störungen variieren.**

## 10.4 Typische Behandlungsprobleme

Die typischen Probleme bei der Durchführung einer Gesprächspsychotherapie sollen in Form der Fragen behandelt werden, die Gesprächspsychotherapeuten häufig in der **Supervision** vortragen, d. h. die Anlässe zu einer Supervision sind.

### Exkurs

Für Gesprächspsychotherapeuten ist die Supervision Bestandteil der Behandlung. Die in Fachverbänden organisierten Gesprächspsychotherapeuten haben sich verpflichtet, ihre Gesprächspsychotherapien supervidieren zu lassen, solange sie therapeutisch tätig sind. Sie haben sich dazu in regionalen Supervisionsgruppen mit maximal acht Mitgliedern zusammengeschlossen. Die übliche Frequenz für die Supervision ist eine 1,5- bis 2-stündige Supervisionsitzung im Abstand von zwei Wochen. Pro Sitzung werden meistens zwei bis vier Patienten vorgestellt bzw. wiedervorgelegt. In welcher Form diese Vorstellung geschieht, ist nicht vorgeschrieben. Der Therapeut kann über seinen Patienten und den Behandlungsverlauf berichten und/oder eine Tonband- bzw. Videoaufzeichnung zeigen oder beides.

Die **Aufzeichnung der Therapiegespräche** hat in der Gesprächspsychotherapie eine Tradition, die auf Carl Rogers zurückgeht. Rogers ließ bereits in den 1940er-Jahren Tonaufnahmen zum Zweck der Forschung und Ausbildung machen. In den Richtlinien zur Ausbildung zum Gesprächspsychotherapeuten waren Tonbandaufnahmen Pflicht: Zur Dokumentation der fünf erfolgreich behandelten Patienten, die zum Abschluss einer Ausbildung vorgelegt werden mussten, gehören auch mindestens jeweils drei Tonbänder von drei vollständigen Therapiesitzungen: Eine Aufnahme aus der Phase des Therapiebeginns, eine aus der mittleren Phase der Therapie und eine der letzten Sitzungen der gesamten Gesprächspsychotherapie. Soweit das bisher erkennbar ist, werden diese Ausbildungstraditionen in die staatlichen Prüfungsordnungen (Ausbildungs- und Prüfungsordnungen im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes) integriert.

Sowohl in diagnostischer Hinsicht als auch im Hinblick auf die Beurteilung der Therapeut-Patient-Interaktion erweist es sich immer wieder als außerordentlich aufschlussreich, von jedem Patienten, der in der Supervision vorgestellt wird, zumindest einmal einen kurzen Bandausschnitt – häufig genügen drei bis sechs Minuten – zu hören. Diagnostisch aufschlussreich ist es v. a., wenn die Vorstellungen, die sich die Supervisionsgruppenteilnehmer von den Patienten durch die Schilderungen des

Therapeuten gemacht haben, mit dem Eindruck, den sie durch das Anhören des Tonbands bekommen, in keiner Weise übereinzustimmen scheinen.

### Beispiel

*»Der redet ja wie ein alter depressiver Mann, der mit dem Leben abgeschlossen hat. Den habe ich mir sehr viel aufbegehrender vorgestellt. Der ist doch erst 25 Jahre alt!« Oder: »Der nimmt das, was Du sagst überhaupt nicht auf, obwohl Du ihn ja offenbar richtig verstehst. Der widerspricht Dir ja fortwährend, und zwar indirekt. Dein Problem ist offenbar nicht, wie Du meinst, dass Du ihn nicht verstehst, sondern, dass er von Dir nicht verstanden werden will.«*

Diagnostisch hilfreich ist auch die Gruppe mit ihren unterschiedlichen Reaktionen auf das Supervisionsmaterial (s. unten). Die Regel einer »lebenslangen« Supervision hat sich außerordentlich bewährt. Auch bei sehr erfahrenen Therapeuten ergeben sich bei bestimmten Patienten immer wieder einmal solche »Stockungen« im Therapieprozess, die **Supervisionsbedarf** entstehen lassen. Einige typische Anlässe für Supervision im Rahmen von Gesprächspsychotherapien sollen im Folgenden dargestellt werden:

- »Warum verstehe ich den Patienten nicht?«
- »Warum werde ich aus der Rolle geworfen?«
- »Warum klagt mein Patient, dass die Therapie nichts nützt?«
- »Übersehe ich vielleicht ich etwas?«
- »Warum kann ich die Behandlung nicht abschließen?«

### ? »Warum verstehe ich den Patienten nicht?«

Einer der häufigsten Anlässe für den Wunsch nach Supervision ist eine Phase in der Therapie, in der der Therapeut das Gefühl entwickelt, seinen Patienten nicht mehr oder nicht ausreichend zu verstehen. Der Therapeut merkt das daran, dass er im Kontakt mit dem Patienten etwas anderes fühlt als bedingungsfreie positive Beachtung, und am Verhalten des Patienten z. B. daran, dass dieser immer wieder bestimmte problematische Situationen wiederholt.

### Fallbeispiel

*Eine Patientin, die ursprünglich wegen einer Essstörung die Behandlung aufgenommen hatte, hat sich zum wiederholten Mal in einen Mann verliebt, bei dem es völlig ausgeschlossen scheint, dass dieser die Liebe der Patientin in Form einer realen Beziehung erwidern wird. Dieses Mal ist es der Chorleiter der Patientin. Die Therapeutin berichtet, dass sie keine Mühe habe, die Gefühle, die ihre Patientin im Zusammenhang mit ihrem Verliebtsein erlebe, zu verstehen. Auch die Aussichtslosigkeit ihrer Verliebttheit sei zur Sprache gekommen. Dennoch spricht die Patientin seit Stunden über nichts anderes als über*



dieses Thema. Sie, die Therapeutin, merke, dass sie kaum noch zuhören könne. Es erinnere sie an den Anfang der Therapie, als ihre Patientin – ebenfalls hoffnungslos – in ihren Musiklehrer verliebt gewesen sei. Dieses Thema habe sich damals dadurch erledigt, dass dieser Musiklehrer in eine andere Stadt gezogen sei.

Die Therapeutin stellt der Supervisionsgruppe weiterhin dar, dass sie auch schon daran gedacht habe, dass ihre Patientin etwas versuche, was dieser bei deren Vater nie gelungen sei, nämlich ihn für sich zu interessieren. Der Vater habe sich ihr nie »gezeigt«, sich stets hinter der Mutter versteckt. Sie habe diese Überlegung auch gegenüber der Patientin – »zugegebenermaßen sehr vorsichtig« – geäußert, sei aber damit nur auf glaubhaftes Unverständnis gestoßen.

Den Schlüssel zum Verständnis liefern die Mitglieder der Supervisionsgruppe, die sich, scheinbar losgelöst von dem vorgestellten Fall, plötzlich über ihre ersten sexuellen Phantasien, meist bezogen auf ihre Lehrer, ältere Mitschüler usw. austauschen. Die Reaktion der Gruppe ist in der Theorie der Gesprächspsychotherapie der Spiegel, in dem sich das, was nicht verstanden worden und nicht mit bedingungsfreier positiver Beachtung aufgenommen worden ist, bricht. Im konkreten Fall befasste sich die Gruppe mit den ersten verborgenen Versuchen, in sexuellen Gefühlen und Wünschen wahrgenommen und anerkannt zu werden.

Die Übertragung dieser Erfahrungen auf die Situation der Patientin mit ihrer Therapeutin sprach der Supervisor durch die Frage an: »Bist Du schon einmal auf die Idee gekommen, mit Deiner Patientin über Sexualität zu sprechen?« Die Therapeutin reagierte darauf sehr emotional. Ihr Gesicht rötete sich, und sie sagte: »Nein, noch nie. Wenn ich an sie denke, sehe ich immer nur ein kleines Schulmädchen mit weißem Kragen vor mir.« Die Therapeutin nahm sich nach dieser Sitzung vor, das Thema Sexualität mit ihrer Patientin bei der »nächstbesten Gelegenheit« zur Sprache zu bringen. In der nächsten Supervisionssitzung berichtet sie, dass das überhaupt nicht nötig gewesen sei. Die Patientin habe praktisch die Stunde mit dem Satz begonnen: »Heute möchte ich mit Ihnen über ein Thema reden, das ich noch nie angesprochen habe, ich meine das Thema Sexualität«.

Dieses Beispiel steht für die Erfahrung, dass Stockungen im Therapieprozess fast immer auch etwas mit der **Inkongruenz des Therapeuten** zu tun haben. Als die Therapeutin im genannten Beispiel innerlich bereit war, auch die sexuellen Gefühle ihrer Patientin wahrzunehmen, konnte die Patientin sie von selbst zum Thema machen.

Nichtverstehen von Therapeuten hat also fast immer etwas mit der Inkongruenz des Therapeuten zu tun. Die Therapeutin im obigen Beispiel erinnerte sich nun auch daran, dass sie in dem Alter, in dem sie ihre Patientin innerlich währte – die Patientin war zwar 28 Jahre alt, die Therapeutin erlebte sie aber wie eine 11-Jährige – von ihrer Mutter in einer Art aufgeklärt worden sei, die sie als zutiefst beschämend erlebt hatte.

Eine andere Ursache für das Nichtverstehen ist darin zu suchen, dass viele Gesprächspsychotherapeuten ihre **Bedeutung für den Patienten** unterschätzen.

### Fallbeispiel

Beispielsweise klagt ein Patient nach jeder Therapiesitzung, die der Therapeut selbst mit einem guten Gefühl beendet hatte und bei der er auch den Eindruck hatte, dass der Patient sich gut verstanden gefühlt habe, in der darauf folgenden Stunde, dass er sich beim letzten Mal überhaupt nicht verstanden gefühlt habe. Ihm sei es danach ganz dreckig gegangen, die Symptome hätten sich wieder verstärkt usw. Gesprächspsychotherapeuten reagieren in solchen Situationen häufig mit erhöhten Anstrengungen, den Patienten in dieser Stunde nicht wieder falsch zu verstehen. In der Regel geht diese Reaktion aber am Problem vorbei: Zu verstehen ist, dass sich der Patient immer dann, wenn er sich gut verstanden gefühlt hat, gegen dieses Gefühl wehren muss. Er wehrt sich gegen die Erfahrung, dass ihm sein Therapeut unendlich gut tut, z. B. weil er Angst hat, abhängig zu werden.

### Tipps

Lernen Sie zu verstehen und zu akzeptieren, welche enorme Bedeutung Sie für den Patienten besitzen und wie viel Angst das dem Patienten macht.

Der Therapeut sollte seine Aufmerksamkeit auf die Beziehung richten und der Frage nachgehen, welche Probleme der Patient damit hat.

### ? »Warum werde ich aus der Rolle geworfen?«

Ein weiterer häufiger Anlass für den Wunsch nach Supervision ist, dass ein Therapeut registriert, dass er alles Mögliche für den Patienten tut – und das auch zur Zufriedenheit des Patienten – aber nicht mehr in der Rolle eines Gesprächspsychotherapeuten, sondern z. B. in der **Rolle eines Begleiters**, der eine akute Krise nach der anderen gemeinsam mit seinem Patienten durchsteht. Einmal droht die Ehefrau des Patienten mit Trennung, dann wird ihm in seiner Firma ein versprochener Aufstieg verwehrt, dann muss sich der Patient um den Sohn seines Bruders kümmern, der Schulprobleme hat und damit bei seinem Vater auf Unverständnis stößt.

Es passiert nicht selten, dass Gesprächspsychotherapeuten erst in der Supervision deutlich wird, dass sie schon geraume Zeit nicht mehr als Psychotherapeuten, sondern als eine Art Lebensberater bzw. Lebensgefährte tätig sind.

Die für den Psychotherapeuten zu klärenden Fragen sind ähnlich wie die Fragen bei der Abweichung von der bedingungsfreien positiven Beachtung: Wie ist der Patient in diesem Verhalten zu verstehen, und was trage ich als Therapeut dazu bei?

Die Gründe für das geschilderte Verhalten des Patienten können sehr unterschiedliche sein: Der Patient kann z. B. fürchten, dass der Therapeut die Therapie beenden möchte, er »legt also nach« und vermeidet eine bewusste Reflexion seiner Angst, verlassen zu werden. Der Therapeut erinnert sich, dass die »Katastrophensitzungen« nach einer Therapiesitzung begonnen hatten, in der der Patient erstmals über seine Mutter gesprochen hatte. Er erinnert sich auch noch, dass er sich selbst nach dieser Stunde »flau im Magen« gefühlt hatte und von einem Gefühl einer hilflosen Lähmung ergriffen worden war. Rückblickend wird ihm auch verständlich, warum er sich – ohne es zu merken – seinerseits so bereitwillig in die Rolle des erfolgreichen Ratgebers und Helfers hat bringen lassen.

#### Tipps

Gehen Sie der Frage nach, welchen Stellenwert die therapeutische Beziehung im Vergleich zu den anderen Beziehungen des Patienten hat.

#### ? »Warum klagt mein Patient, dass die Therapie nichts nützt?«

In der Supervision klagt natürlich häufig zunächst der Therapeut, dass sein Patient unzufrieden mit der Therapie bzw. mit dem bisherigen Ergebnis der Therapie ist. Manchmal ist das schon der Schlüssel zum Verstehen des Anteils an der Stockung der Therapie, den der Therapeut beiträgt. Er kann z. B. wesentlichen Erfahrungen des Patienten nicht mit bedingungsfreier positiver Beachtung begegnen, und der Patient antwortet ihm **im Rahmen seiner Möglichkeiten**.

Eine wichtige Frage in diesem Zusammenhang ist, was denn für die Fortsetzung der Behandlung bzw. gegen die Beendigung der Behandlung spricht. Der Patient kann z. B. den Wunsch haben, die Behandlung zu beenden, fürchtet aber, den Therapeuten damit zu kränken und dafür »durch das Leben« bestraft zu werden.

Manche Gesprächspsychotherapeuten reagieren auf solche Klagen von Patienten mit der Überlegung, ob sie nicht andere Methoden zusätzlich einsetzen sollten, um so dem Patienten mehr »gerecht« zu werden. Den Wunsch nach einem Methodenwechsel bzw. der Einführung zusätzlicher Methoden, z. B. von Entspannungsübungen oder Rollenspielen, verspüren Gesprächspsychotherapeuten, die sich auch in anderen Verfahren haben ausbilden lassen, v. a. offenbar dann, wenn der Patient deutlich macht, dass die Therapie selbst zu einer Belastung geworden ist, was er z. B. in der Form spürt, dass er schon auf dem Weg zum Therapeuten vermehrt Angst hat.

#### Tipps

Einen Methodenwechsel bzw. die Einführung anderer, nicht primär gesprächspsychotherapeutischer Elemente therapeutischen Handelns sollten Sie erst dann ins Auge fassen, wenn Sie das, was der Patient beklagt, wirklich und vollständig verstanden haben.

Die **Entwicklung neuer Symptome** im Verlauf einer Therapie oder die Klagen über den geringen Nutzen der Therapie haben häufig Gründe, die vom Patienten nicht direkt zum Ausdruck gebracht werden können. Sie können bedeuten, dass es ein Problem in der Beziehung zwischen Patient und Therapeut gibt, das beiden nicht bewusst ist. Der Patient z. B. glaubt zu spüren, dass der Therapeut sich ihn wegwünscht, oder er spürt, wie sehr der Therapeut darauf angewiesen ist, ein erfolgreicher Therapeut zu sein, und dass er entsprechende Erwartungen an seinen Patienten hat.

Überlegungen, »effektivere« Methoden einzusetzen, können aber auch ausgesprochen fehlindiziert sein. Patienten mit Selbstpathologie, die keinen Zugang zu ihren wirklichen Affekten haben, sind z. B. oft durch das Bemühen des Gesprächspsychotherapeuten, ihr emotionales Erleben empathisch zu erfassen, deutlich überfordert. Sie können z. B. eine Angst davor entwickeln, ihre innere Leere zu spüren. Diese Angst ist ihnen aber als ein erlebtes und erfahrbares Gefühl zugänglich; ihr Auftauchen hat für sie häufig auch etwas Entlastendes. In solchen Fällen, die gar nicht so selten sind, wäre es ein therapeutischer Kunstfehler, dem Patienten eine direkte Methode zur Angstbeseitigung anzubieten, z. B. weil die Angst einen Schutz vor einem Zusammenbruch des Selbstkonzeptes bietet.

#### Fallbeispiel

*Ein Patient leidet seit mehr als einem Jahrzehnt unter der (Zwangs-)Vorstellung, er habe aus Rache für eine Zurückweisung im betrunkenen Zustand seiner damaligen Freundin die Radmuttern an ihrem Fahrrad locker gedreht mit der Folge, dass diese Freundin so gestürzt sei, dass sie seitdem dauerhaft an einen Rollstuhl gefesselt ist. Er hat diese Vorstellung nie überprüft und kann sie auch nicht mehr überprüfen, weil diese Freundin inzwischen unbekannt verzoogen ist. Nach diesem Ereignis hat der Patient im Laufe der Zeit Vorstellungen ähnlicher Art entwickelt, v. a. die, dass sich die Radmuttern seines Autos durch ein bestimmtes Lenkmanöver gelöst hätten. Er kann und will diese Vorstellung jedoch nicht überprüfen, weil er aus Erfahrung weiß, dass es ihm dann, wenn sich seine Vorstellung als unbegründet erweist – wovon er ausgeht – sehr viel schlechter geht als mit dieser quälenden Vorstellung. Der Patient unternimmt viele Versuche, einen (psychoanalytischen) Therapeuten zu finden. Meistens gehen*





*diese Versuche nicht über ein erstes Vorgespräch hinaus. Er wird abgelehnt oder lehnt seinerseits den Therapeuten ab. Er sucht dann einen Verhaltenstherapeuten auf, der viel Erfahrung in der Behandlung von Zwangsstörungen hat. Auch dieser Therapeut sagt dem Patienten, dass seine Zwänge nicht verhaltenstherapeutisch behandelbar seien. Dennoch bringt der Patient diesen Therapeuten dazu, nach diesem Erstgespräch zum Auto des Patienten zu gehen und den Sitz der Radmutter zu überprüfen. Das Ergebnis dieser Überprüfung ist das gefürchtete: Die Radmuttern sitzen fest. Auch die Reaktion des Patienten ist die gefürchtete: Es stellt sich die angstvolle Vorstellung ein, verrückt zu sein, er wird massiv depressiv, v. a. antriebsarm, und es treten neue Symptome auf, wie z. B. das Gefühl, körperlich zu schrumpfen. Es braucht Wochen, bis der Patient dieses Tief einigermaßen überwunden hat. Die Vorstellung, dass die Radmuttern des Autos lose sind, ist wieder aufgetaucht.*

### ? »Übersehe ich vielleicht ich etwas?«

Für Gesprächspsychotherapeuten sind, wie bereits erwähnt, die Dokumentation und die Supervision ihrer Behandlungen aufgrund ihrer Ausbildung integraler Bestandteil ihrer therapeutischen Tätigkeit. Das mag ein Grund dafür sein, dass sie auch Therapieverläufe supervidieren lassen, bei denen sich für sie keine offensichtlichen Probleme eingestellt haben. Manchmal nehmen sie für eine Supervision auch zum Anlass, dass sie bei sich eine **positive Abweichung** von der bedingungsfreien positiven Beachtung registrieren: Sie stellen z. B. fest, dass sie begeistert von ihrem Patienten sind, darüber, wie intensiv er die Therapie nutzt, welche bemerkenswerten Fortschritte er macht usw.

In diesen Fällen konzentriert sich die Supervision auf die Frage: Für wen strengt sich der Patient so an? Tut er es auch für seinen Therapeuten?

Ein Problem von Gesprächspsychotherapeuten kann auch ihr **eigenes Engagement** für einen Patienten sein. Doch dieses Problem ist ein eher seltener Anlass, um eine Supervision nach zu suchen. Zum einen merken die Therapeuten es häufig nicht, zum anderen halten sie es nicht für supervisionsrelevant. Dennoch bedeutet es eine Abweichung von dem angestrebten gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebot, wenn der Therapeut gleichsam die Arbeit des Patienten übernimmt, z. B. indem er die mit bestimmten Erfahrungen verbundenen Gefühle für den Patienten in Worte fasst. Der Therapeut verhindert damit unter Umständen, dass der Patient die Erfahrung macht, wie ängstlich er vermeidet, seine eigenen Gefühle klar zu spüren und sie auch noch verbal gegenüber einem anderen Menschen zu benennen.

Auch in diesem Fall wird sich der Gesprächspsychotherapeut die Frage stellen müssen: Was am Verhalten des Patienten lässt mich so reagieren?

### Tipps

Im Falle eines übermäßigen Engagements für den Patienten sollten Sie versuchen zu klären, wovor Sie den Patienten bewahren möchten und was dies mit Ihren eigenen Ängsten zu tun hat.

### ? »Warum kann ich die Behandlung nicht abschließen?«

Im Idealfall beenden Therapeut und Patient die Behandlung im gegenseitigen Einvernehmen. Beide sind mit dem Erreichten zufrieden, sie legen einen Termin fest, wann die letzte Sitzung sein soll, und sie machen die bevorstehende Trennung sowie deren Bedeutung für den Patienten zum Thema der letzten Sitzungen.

Tatsächlich ist jedoch die Beendigung einer Gesprächspsychotherapie in der Regel problematisch und häufig Supervisionsanlass. Wie schwierig »reguläre« Therapiebeendigungen sind, lässt sich daran ablesen, dass etwa die Hälfte der Gesprächspsychotherapien in der Form beendet wird, dass die Behandlungsdichte »ausgedünnt« wird, d. h. gegen Ende der Behandlung kommt der Patient nicht mehr einmal wöchentlich, sondern z. B. nur noch einmal im Monat oder »bei Bedarf«.

Als besonders problematisch erleben es Therapeuten, wenn sie selbst die Behandlung beenden möchten, der Patient das jedoch nicht will.

### Fallbeispiel

*Eine Therapeutin hat mit einer in Gesprächspsychotherapieausbildung befindlichen Kollegin eine sog. Eigenthherapie (das ist eine Lehrtherapie im Rahmen der Ausbildung) vereinbart. Nach etwa 20 Sitzungen stellt es sich für die Therapeutin immer klarer heraus, dass die Kollegin unter einer klinisch relevanten Störung leidet. Sie bespricht diesen Umstand in der Supervision. Die Supervisionsgruppe ist sich mit der Therapeutin darin einig, der Kollegin eine heilkundliche Psychotherapie zu empfehlen. Die Therapeutin klärt in dieser Supervisionssitzung für sich auch, dass sie diese Behandlung nicht übernehmen will bzw. kann. Zum einen befürchtet sie, durch das eigentliche Problem ihrer nun Patientin überfordert zu werden, zum anderen hatte sie wiederholt feststellen müssen, dass es ihr größte Mühe macht, die Patientin und ihre Probleme zu akzeptieren.*

*In der darauf folgenden Supervisionssitzung berichtet die Therapeutin vom Verlauf des nächsten Gespräches mit ihrer »Patientin«. Diese habe den Vorschlag, sich einer »richtigen« Therapie zu unterziehen, nicht nur zustimmend zur Kenntnis genommen, sondern auch erzählt, dass sie daran bereits selbst gedacht habe. Die Patientin habe dann aber sofort den Wunsch geäußert, diese Therapie auch bei ihr zu machen, also bleiben zu dürfen. Ihr, der Therapeutin, sei es unmöglich*



gewesen, der Patienten diesen Wunsch gänzlich abzuschlagen. Sie sei einen Kompromiss eingegangen und habe mit der Patientin zunächst 10 weitere Sitzungen vereinbart. Nach dieser Sitzung habe sie gemerkt, wie ihre Gefühle zwischen Ärger und Schuld geschwankt hätten. Eigentlich wisse sie ja, dass eine Therapie, in der die bedingungsfreie positive Beachtung zunehmend ausbleibt, zum Scheitern verurteilt ist, andererseits wäre sie sich schäbig vorgekommen, den Wunsch der Patientin auf Weiterbehandlung total zurückzuweisen.

Aus den Grundannahmen des klientenzentrierten Konzepts zum Werden und Sein von Menschen ergibt sich, dass Menschen eine Beziehung, in der sie nicht anerkannt werden, auf Dauer nicht aufrechterhalten wollen. Tun sie es dennoch, dann geschieht das aus Gründen, die sie selbst nicht ausreichend verstehen, die es also zu verstehen und zu akzeptieren gilt. Gelingt das, wird einer Trennung nichts mehr im Wege stehen. Daher wurde der Therapeutin im genannten Beispiel empfohlen, zu verstehen zu versuchen, was die Patientin an eine Therapeutin bindet, die sie eigentlich wegschicken will.

### Fortführung des Fallbeispiels

Die Patientin in unserem Beispiel liefert den Schlüssel für dieses Verstehen bereits in der nächsten Therapiestunde. Sie erzählt der Therapeutin von einer kurzen enttäuschenden Beziehung zu einem Mann, der sie in ihrem Wunsch nach einer intimen Beziehung unmissverständlich abgewiesen hat. Sie habe diese Abweisung hingenommen und versucht, die Beziehung »auf eine andere Ebene« zu bringen, indem sie sich mit diesem Mann zu gemeinsamen Yogaübungen verabredete. Bereits nach der ersten gemeinsamen Übung sei ihr klar geworden, dass dieser Mann für sie als Partner überhaupt nicht infrage komme und sie habe sich von ihm getrennt. Die Parallelen dieser Geschichte mit der Situation, die die Patientin mit ihrer Therapeutin hat, sind unübersehbar, und die Therapeutin kann die Botschaft ihrer Patientin nicht nur verstehen, sondern auch akzeptieren: Ich ertrage es nicht, wegeschickt zu werden; ich muss selbst erkennen, dass ich hier nicht gut aufgehoben bin. Offenbar reicht dieses akzeptierende Verstehen aus, denn die Patientin beendet die Therapie vor den verabredeten 10 Stunden, ohne dass dieses Problem direkt Thema wird.

Einige typische Probleme von Gesprächspsychotherapeuten bei der Behandlungsdurchführung wurden in Form von Fragen an die Supervision vorgestellt. Bei ihrer Beantwortung richtet sich die Aufmerksamkeit sukzessiv auf folgende Fragen:

- Wie ist der Patient zu verstehen?
- Wie ist die Reaktion des Therapeuten zu verstehen?
- Liegt in der Reaktion des Therapeuten der Schlüssel zum Verstehen des Patienten bzw. lässt sich aus der Art der Beziehung, die sich zwischen beiden etabliert hat, entnehmen, welche Erfahrungen vermieden werden?

## 10.5 Therapieziele

### 10.5.1 Therapiezielebenen

Eigentlich wäre es logischer, die Ziele einer Gesprächspsychotherapie nicht nach, sondern vor der Darstellung der Behandlungsprinzipien und der Behandlungspraxis darzustellen. Davon wurde aus zwei Gründen abgesehen: Zieldefinitionen ergeben sich auch aus dem Behandlungsprozess, und die Behandlung der Therapieziele an dieser Stelle ermöglicht, die bisherigen Ausführungen zu den Therapiezielen zusammenzufassen. Die Ziele einer Gesprächspsychotherapie lassen sich auf verschiedenen Ebenen definieren:

- aus dem Störungsmodell abgeleitetes Therapieziel,
- aus der klientenzentrierten Persönlichkeitstheorie abgeleitetes Therapieziel und
- aus dem Therapieprozess abgeleitetes Therapieziel.

**Störungsmodell.** Das Ziel einer Gesprächspsychotherapie lässt sich vor dem Hintergrund der klientenzentrierten Störungstheorie (► Abschn. 10.1.2) in einem Satz zusammenfassen:

**! Ziel einer Gesprächspsychotherapie ist die Reduktion von Inkongruenz im Erleben.**

Die klientenzentrierte Theorie über die Entwicklung des Selbstkonzeptes macht die Annahme, dass inkongruentes Erleben dann entsteht, wenn bestimmte Erfahrungen von einem sich entwickelnden Selbst bzw. Selbstkonzept nicht oder nicht vollständig gemacht werden können oder dürfen.

**Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie.** Inkongruentes Erleben kann sich vor dem Hintergrund der oben genannten Annahme nur unter der Bedingung dauerhaft zu kongruentem entwickeln, wenn damit eine Veränderung des Selbstkonzeptes einhergeht.

**! Ziel einer Gesprächspsychotherapie ist auch die Veränderung des Selbstkonzeptes.**

Das Selbstkonzept kann sich gemäß den Annahmen der klientenzentrierten Therapietheorie unter der Bedingung wertschätzender Empathie eines anderen Menschen für das konkrete Erleben des einen Menschen ändern.

**Therapieprozess.** Die Erreichung dieses Ziels setzt einen bestimmten Prozess voraus, den in Gang zu setzen und zu fördern das erste wichtige Ziel eines gesprächspsychotherapeutischen Kontaktes ist.

**! Wichtiges Ziel eines gesprächspsychotherapeutischen Kontaktes ist die Aktualisierung des Erlebens des Patienten im Hier und Jetzt oder – an-**



**ders ausgedrückt – die Förderung (korrekter) Wahrnehmung des Erlebens (»experiencing«) und der Selbstexploration des Patienten.**

Dabei lassen sich ein Fern- und ein Nahziel unterscheiden.

**Fernziel.** Eine Gesprächspsychotherapie ist idealerweise dann beendet, wenn der Patient zu sich die Beziehung aufnehmen kann, die der Therapeut ihm anbietet: wenn er kongruent sein kann, d. h. ohne Bedingungen an sich zu stellen, sich sein ganzes Erleben bewusst machen kann. Diese »fully functioning person« ist sicher als ein Idealziel zu betrachten, das, wenn überhaupt, selten erreicht wird, und das Ende einer längeren Behandlung darstellt.

**Nahziel.** Betrachtet man das Ziel einer jeden Therapie-stunde als Nahziel, dann fällt die Zielsetzung bescheidener und zugleich für den Therapeuten handlungsleitender aus: Im konkreten therapeutischen Kontakt hat der Gesprächspsychotherapeut nur das einzige Ziel, den psychotherapeutischen Prozess zu fördern. Oder noch technischer ausgedrückt: Der Gesprächspsychotherapeut hat das Ziel, die Selbstexploration eines Patienten zu fördern bzw., wenn sie im ausreichenden Maß vorliegt, nicht zu stören.

Eine weithin anerkannte und viel zitierte Definition von Psychotherapie stammt von Strotzka:

Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozeß zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch aversal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. (Strotzka 1975, S. 4)

Dieser Definition können sich Gesprächspsychotherapeuten insofern anschließen, als sie alle wesentlichen Elemente enthält, die die Gesprächspsychotherapie kennzeichnen.

Von den in dieser Definition genannten Zielen einer Psychotherapie, nämlich »Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit«, benennt die Gesprächspsychotherapie theoretisch nur die Änderung des Selbstkonzeptes als »Strukturänderung«.

Von Symptomminderung ist nicht die Rede, wenn der Abbau von inkongruentem Erleben das Ziel einer Gesprächspsychotherapie sein soll. Die Bedeutung die-

ser Zielsetzung lässt sich nicht immer leicht vermitteln, nicht nur Kostenträgern, sondern auch Patienten. Es wird sich kaum ein Patient finden, der sich mit dem Wunsch nach einer »Strukturänderung« an einen Therapeuten wendet. Patienten wollen ihre Ängste loswerden, von ihren Zwangshandlungen befreit werden, sich in Kontakten nicht mehr so minderwertig fühlen usw.

Bei der durch Gesprächspsychotherapie angestrebten Veränderung der Struktur, d. h. des Selbstkonzeptes, handelt es sich nicht um eine Veränderung der Persönlichkeitsstruktur im umfassenden Sinne, sondern um eine Veränderung der Prozesse, die die Wahrnehmung und das Erleben steuern. Diese führt zur Aufhebung bzw. zur Verminderung von Inkongruenz mit dem Effekt, dass auch die Symptomatik zurückgeht bzw. aufgehoben wird. Die Veränderung der Symptomatik durch Gesprächspsychotherapie belegen empirische Forschungsergebnisse (► Abschn. 10.8), die zeigen, dass Gesprächspsychotherapie die Symptomatik, z. B. eine Phobie, in wünschenswerter Weise reduziert. Dabei ist Gesprächspsychotherapie, wie vergleichende Therapiestudien zeigen, im Mittel genau so erfolgreich wie Therapieverfahren, deren vorrangiges Therapieziel die Symptomminimalisierung ist.

## 10.5.2 Störungsspezifische Therapieziele

Die oben zitierte Definition von Psychotherapie sieht einen Konsens zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe bezüglich der Therapieziele vor.

Die bisher benannten Ziele einer Gesprächspsychotherapie sind theoretischer formuliert und damit als Grundlage für den geforderten Konsens mit dem Patienten ungeeignet. Sie bewegen sich auf einem Abstraktionsniveau, das Freuds berühmter Definition des Ziels einer psychoanalytischen Kur entspricht:

Absicht ist ja, das Ich zu stärken, es vom Über-Ich unabhängiger zu machen, sein Wahrnehmungsfeld zu erweitern und seine Organisation auszubauen, so dass es sich neue Stücke des Es aneignen kann. Wo Es war, soll Ich werden. (Freud 1933, S. 86).

Die Festlegung der Therapieziele für und mit dem Patienten ist eine der Aufgaben bei der Indikationsstellung (► Abschn. 10.2). Die Therapieziele variieren natürlich in Abhängigkeit von der jeweiligen Störung des Patienten. In der Regel wird jedoch eine Veränderung der Symptomatik oder des problematischen Verhaltens, die den Patienten veranlassen, um eine Psychotherapie nachzusuchen, wesentlicher Teil der Therapiezieldefinition sein.

Die Festlegung von Therapiezielen ist im Individualfall häufig nicht einfach, v. a. dann, wenn die Störung des

Patienten als schwer zu kennzeichnen ist, d. h. viele Bereiche der Persönlichkeit umfasst.

### Beispiel

Beispielsweise einigt sich eine Patientin mit einer Borderline-persönlichkeitsstörung mit ihrem Therapeuten auf folgendes Therapieziel: »Ich möchte eine richtige Beziehung eingehen können«. Die Therapieziele hätten aufgrund der akuten Psychopathologie der Patientin zum Zeitpunkt der Behandlungsaufnahme auch lauten können:

- »Ich will nicht mehr so depressiv sein.«
- »Ich möchte keine Angst mehr vor meinen Suizidgedanken haben.«
- »Ich möchte mein promiskuitives Verhalten aufgeben können.«
- »Ich will nicht mehr so ausrasten, dass ich meinen Bruder mit dem Messer bedrohe.«
- »Ich möchte die Angst verlieren, verrückt zu werden oder es zu sein.«
- »Ich möchte mich nicht mehr jeden Abend betrinken müssen und auch keine Drogen mehr nehmen« (usw.).

Bei der Anwendung eines nichtsymptomzentrierten Therapieverfahrens ist es nicht selten so, dass sich die eingangs formulierten Therapieziele im Behandlungsverlauf ändern. Wichtig ist, dass Therapeut und Patient das registrieren und sich erneut darüber abstimmen.

### Beispiel

Beispielsweise kommt eine durch einen bewaffneten Raubüberfall in ihrem Ferienhaus traumatisierte Patientin mit dem Ziel in die Behandlung, dieses Haus wieder nutzen zu können, ohne »jede Nacht vor Angst zu sterben«. Als dieses Ziel erreicht ist, setzt sie die Therapie mit anderen Inhalten und anderen Zielen fort.

Abschließend soll noch ein Fall vorgestellt werden, der deutlich macht, wie notwendig es ist, zu einem wirklichen Konsens mit dem Patienten bezüglich der Therapieziele zu kommen, und dass ein unter Zeitdruck geführtes Erstinterview – wie im folgenden Beispiel – in jedem Fall zu vermeiden ist.

### Fallbeispiel

Die Patientin, Ehefrau eines niedergelassenen Nervenarztes, wird von einer Kriminalbeamten zur Beratung und evtl. Behandlung an eine psychiatrische Poliklinik überwiesen. Die etwa 55-jährige Frau ist zum wiederholten Mal bei einem Ladendiebstahl erwischt worden. Der Interviewer stellt zu seiner Verwunderung fest, dass der Ehemann von den vorangegangenen Ladendiebstählen und den jeweiligen Verhören durch Polizei und Staatsanwaltschaft keine Kenntnis hat. Die Patientin hat es verschwiegen. Die Patientin wirkt auf den Interviewer klug, lebenserfahren – sie hat zwei fast erwachsene

Kinder – und realitätsorientiert. Zum Zeitpunkt des Interviews wird an der Einrichtung, an die die Patientin überwiesen worden ist, begonnen, mit zeitlich limitierten Psychotherapien und begrenzten Therapiezielen zu experimentieren. Der Interviewer, der bei diesem Interview zeitlich unter Druck steht, kann sich vor diesem Hintergrund eine auf 15 Stunden begrenzte Gesprächspsychotherapie mit dieser Patientin mit dem konkreten Ziel, dass die Patientin mit ihrem Mann offen über ihre Schwierigkeiten spricht, gut vorstellen.

Als die Patientin drei Jahre später die Behandlung beendet, ist ein Jahr zuvor ihr Mann verstorben, die Praxis verkauft und auch das letzte Kind in eine eigene Wohnung gezogen. In den drei Jahren ist es zu keinem weiteren Ladendiebstahl mehr gekommen, und die Patientin fürchtet auch keinen »Rückfall« mehr. Allerdings hat sie ihrem Mann bis zu seinem Tod nie von diesem Problem erzählt. Sie begründet das im Nachhinein damit, dass es »nichts gebracht« hätte und außerdem hätte sie sich ihrem Mann gegenüber »zu Tode geschämt«.

Sieht man von der langen Dauer der Behandlung ab, so hat es sich letztlich doch um eine Art »negative« Fokalthherapie gehandelt: Die sicherlich sehr problematische Beziehung zum Ehemann ist nie wirklich Thema der Therapie geworden.

## 10.5.3 Methodenspezifische Therapieziele

Abschließend soll noch ein anderes Modell der Wirksamkeit von Psychotherapie als das den bisherigen Ausführungen zugrunde gelegte vorgestellt werden. Bei den bisherigen Ausführungen über die Begründbarkeit von Therapiezielen wurde davon ausgegangen, dass jede psychische Erkrankung eine eigene spezifische Genese hat, die sog. ätiologische Fundierung einer Störung, und dass das therapeutische Handeln sowie die therapeutischen Ziele aus dieser Genese abzuleiten sind. Dieses Denken hat in der somatischen Medizin eine lange und gute Tradition: Wenn der Virus, der die Krankheit verursacht, identifiziert ist, kann auch das spezifische Gegenmittel gefunden werden.

Dieses kausale Modell von Ursache und Wirkung der klassischen Naturwissenschaften ist aber offenbar nur bedingt auf psychische Prozesse übertragbar (vgl. z. B. Kriz 1989, Höger 1993). Es gibt inzwischen eine Reihe von empirischen Befunden, die darauf hinweisen, dass der Therapeut und die von ihm praktizierte Therapiemethode das Therapieergebnis nicht unerheblich mitbestimmen (Eckert u. Biermann-Ratjen 1990). Die verschiedenen Therapieverfahren definieren vor dem Hintergrund ihrer unterschiedlichen theoretischen Grundannahmen über die Entstehung und Veränderung von psychischen Störungen unterschiedliche therapeutische Beziehungsangebote.

**! Erfolgreich behandelte Patienten nehmen das jeweilige Beziehungsangebot als für sich stimmig wahr, und sie übernehmen damit zugleich die »Theorie« ihres Therapeuten, d. h. sein Krankheits- bzw. Entwicklungsmodell.**

Gesprächspsychotherapeutisch behandelte Patienten z. B. beurteilen ihren Therapieerfolg nach anderen Kriterien als verhaltenstherapeutisch behandelte, obwohl sich im durchschnittlichen Therapieergebnis – gemessen z. B. an der Reduktion der Leitsymptomatik – keine wesentlichen Unterschiede ergeben. Konkret: Verhaltenstherapeutisch behandelte Patienten mit Phobien beurteilen den Erfolg ihrer Therapie nach dem Ausmaß des Rückgangs ihrer phobischen Symptomatik; gesprächspsychotherapeutisch behandelte Patienten bemessen ihren Therapieerfolg im Gegensatz dazu an der Zunahme ihrer Beziehungsfähigkeit, während vergleichbare Patienten, die psychoanalytisch behandelt wurden, ihren Therapieerfolg an der Zunahme ihrer inneren und äußeren Autonomie festmachen usw.

Die Therapieergebnisse der verschiedenen Psychotherapieverfahren unterscheiden sich offensichtlich nicht so sehr in quantitativer, wohl aber in qualitativer Hinsicht. Für die Therapiezielüberlegungen bedeutet das:

#### Tipps

Prüfen Sie im Rahmen der Indikationsstellung, ob die von einem Therapieverfahren mehr oder weniger explizit theoretisch vorgegebenen Therapieziele – und der zu ihrer Erreichung angestrebte Therapieprozess – mit den Therapiezielen des Patienten und dessen Vorstellungen, wie diese zu erreichen sind, zu vereinbaren sind.

### 10.5.4 Therapieziele und Ethik

Die Ausführungen über die Ziele einer Gesprächspsychotherapie sollen mit einem Hinweis auf ethische Implikationen bei der Festlegung von Therapiezielen abgeschlossen werden. Ethische Fragen im Zusammenhang mit dem vom Patienten angestrebten Behandlungsziel sind eher selten. Der von Psychologiestudenten immer wieder einmal beschworene ehemalige KZ-Wächter oder DDR-Mauerschütze, der um eine Psychotherapie nachsucht, ist eine Fiktion. Moralisch belastete Menschen suchen in den seltensten Fällen Hilfe bei einem Psychotherapeuten. Wenn sie es tun, dann präsentieren sie erfahrungsgemäß ihr Problem in einer Form, die den Therapeuten nicht in moralisch-ethische Konflikte stürzt.

Häufiger ist der Fall, dass im Laufe einer Behandlung Probleme auftauchen, die ethische Fragen tangieren. Beispielsweise, wenn eine Patientin während einer Behandlung ungewollt schwanger wird, sich mit dem Gedanken an eine Abtreibung trägt und sich mit der mehr oder weniger unausgesprochenen Bitte an den Therapeuten wendet, ihr die moralischen Bedenken zu nehmen, eine Gewissensentlastung vorzunehmen.

Ob ein Gesprächspsychotherapeut mit diesem Anliegen therapeutisch umgeht oder aufgrund seiner eigenen ethisch-moralischen Einstellung aus der Therapeutenrolle geht, sollte er davon abhängig machen, ob er sich diesem Problem seiner Patientin mit unbedingter Wertschätzung zuwenden kann oder nicht. Kann er es nicht, sollte er das seiner Patientin mitteilen und auch seine Gründe dafür nennen. Ob die Behandlung fortgesetzt werden kann oder nicht, müssen dann beide Beteiligten entscheiden. Eine allgemein gültige Regel gibt es dafür nicht. Weitere Fragen der Ethik in der Psychotherapie werden im ► Kap. 34 dargestellt.

## 10.6 Beendigung der Behandlung

Im Idealfall kommen Therapeut und Patienten gleichzeitig und mit übereinstimmenden Begründungen zu dem Resümee, dass die Ziele der Therapie in ausreichendem Maß erreicht worden sind und die Behandlung abgeschlossen werden kann. Die Abschiedsstimmung ist häufig sowohl beim Patienten als auch beim Therapeuten eine Mischung aus Wehmut, sich von jemanden Vertrautgewordenen zu trennen, und Stolz, einige schwierige Hürden genommen zu haben. Dieser Idealfall tritt aber eher selten und meistens nur bei kürzeren Behandlungen ein. Die Beendigung der Behandlung und die damit verbundene Trennung bzw. die dabei wieder auftauchenden Trennungserfahrungen können auch zum schwierigsten Teil der Therapie werden.

### 10.6.1 Probleme des Patienten

Dass der Patient mit der Trennung Probleme hat, erkennt der Therapeut u. a. daran, dass der Patient das Thema Behandlungsende deutlich vermeidet oder die Symptomatik nochmals aufflammt, sodass ein Abschluss bei dem akuten Zustandsbild unverantwortlich wäre. Ein weiterer, v. a. bei Patienten mit einer Borderlinepersönlichkeitsstörung anzutreffender Versuch einer Trennungsbewältigung besteht darin, die Therapie bzw. den Therapeuten zu entwerten: Es wird vorwurfsvoll geklagt, dass man doch seit längerem auf der Stelle trete; offenbar würden die Mittel des Therapeuten nicht ausreichen, um den entscheidenden Schritt nach vorn zu tun usw.



Für Patienten mit Borderlinepersönlichkeitsstörung sind Trennungen bekanntlich einer der stärksten Belastungsfaktoren überhaupt. Daher stellt für sie das Behandlungsende immer ein besonderes Problem dar.

### Tipps

Werden Patienten mit Borderlinepersönlichkeitsstörung in Gruppen behandelt, hat es sich für das Therapieende als günstig erwiesen, die Behandlung in geschlossenen Gruppen durchzuführen. Ein gemeinsamer Abschied erleichtert die Trennung.

Einen vergleichbaren Effekt haben Behandlungsenden, die durch äußere Umstände erzwungen werden, z. B., wenn das von der Kasse bewilligte Stundenkontingent nach zweimaliger Verlängerung endgültig ausgeschöpft ist. Patient und Therapeut können sich mehr oder weniger ausgesprochen darauf einigen, dass sie sich nicht voneinander trennen, sondern durch eine äußere Instanz zwangsweise voneinander geschieden werden. »Getrennt zu werden« ist für Borderlinepatienten meistens leichter zu ertragen als »weggeschickt zu werden«, weil die Beziehung nicht infrage gestellt werden muss.

Ein psychotherapeutisch sinnvollerer Umgang mit der »Endlichkeit« von Psychotherapie besteht in der Verlängerung der Therapiezeit. Etwa ein Drittel der Gesprächspsychotherapien wird gegen Ende der Behandlung »gestreckt«, d. h. die meistens übliche Behandlungsfrequenz von einer Sitzung pro Woche wird auf 14-tägliche Sitzungen oder auf noch längere Intervalle abgesenkt, sodass sich die Therapiezeit insgesamt verlängert (Eckert 2002). Der Patient erhält dadurch die Möglichkeit, sich an die Zeit ohne therapeutische Begleitung zu gewöhnen. Eine solche Vereinbarung ist in der Regel das Resultat einer aktiven Auseinandersetzung mit der Frage nach dem Abschluss der Behandlung und der Erörterung von Möglichkeiten, einen geeigneten Weg für einen »gelungenen« Abschied zu finden.

**! In den Fällen, in denen eine Thematisierung des Endes der Therapie vonseiten des Patienten nicht erfolgt, ist es die Aufgabe des Gesprächspsychotherapeuten, dieses anzusprechen.**

Der Einstieg in ein solches Gespräch kann sich daraus ergeben, dass der Gesprächspsychotherapeut bei sich selbst registriert, dass er Schwierigkeiten hat, den Ausführungen seines Patienten empathisch zu folgen und dass seine Gedanken um das Thema kreisen, wann und wie diese Behandlung wohl beendet werde. Er sollte sich zunächst in stiller Selbstexploration vergewissern, dass seine Gedanken nicht Ausdruck seiner eigenen Wünsche sind, den Patienten endlich loszuwerden. Ist das nicht der Fall, kann er mit großer Sicherheit davon aus-

gehen, dass sich in ihm etwas abbildet bzw. zu Wort meldet, womit der Patient befasst ist, ohne es jedoch bisher in Worte zu fassen zu haben. Beispielsweise kann sich der im folgenden Beispiel aufgeführte Dialog ergeben.

### Fallbeispiel: Der Patient mit der Angst, die Angst vor dem Therapieende zu zeigen

*Therapeut: »Ich merke, dass ich in der letzten Zeit und auch jetzt wiederholt darüber nachdenken muss, wann wir die Behandlung abschließen.« [Zweiminütige Stille; Patient schweigt verbissen.]*

*Therapeut: »Ist das für Sie kein Thema?«*

*Patient [sehr heftig]: »Doch! – Schon die ganze Zeit! – Aber ich habe Angst davor.«*

*Therapeut: »Und diese Angst vor dem Ende führt dazu, dass Sie darüber gar nicht sprechen können?«*

*Patient: »Nein, nicht die Angst vor dem Ende, sondern weil ich diese Angst so grundlos finde, so sinnlos, denn es geht mir ja besser, ich komme sicherlich allein klar, aber...«*

*Im Verlauf des Gespräches kommt der Patient auf eine frühere Erfahrung zu sprechen, die er aber bisher noch nie mit seiner Angst vor dem Therapieende im Zusammenhang gesehen hat: Er sei in der zweiten Grundschulklasse gewesen, als seine Oma, die er sehr mochte, für ihn überraschend verstorben sei. In der Nacht nach der Beerdigung habe er Gespenster in seinem Kinderzimmer gesehen und sei voller Angst zu den Eltern ins Schlafzimmer gelaufen. Sein Vater habe ihn mit den Worten »Es gibt keine Gespenster, deshalb musst Du auch keine Angst haben« in das Kinderzimmer zurückgeschickt. Der Patient schließt seine Erinnerungen mit den Worten: »Ja, das ist es wohl, ich habe noch immer Angst, mit meiner Angst abgewiesen zu werden.«*

Die Fallvignette verdeutlicht, dass nicht unbedingt Angst vor dem Abschied, der Trennung bzw. dem Alleingelassenwerden der unmittelbare Grund dafür ist, dass Patienten das Thema Therapieende vermeiden.

**! Die mit einer Trennung verbundenen Erfahrungen sind individuell sehr unterschiedlich und müssen in jedem Einzelfall herausgearbeitet werden.**

Liegt beispielsweise eine traumatisierende Trennungserfahrung vor, z. B. der unerwartete Tod eines Elternteils in der frühen Kindheit, kann die Beendigung der Therapie retraumatisierend wirken, wenn sie unzureichend vorbereitet ist. Der Umgang mit Trennung wird auch durch den **Bindungsstil eines Patienten** geprägt. Bei sicher gebundenen Patienten wird die Trennungsphase unproblematischer sein als bei unsicher gebundenen. Sicher gebundene Menschen nehmen den Therapeuten in sich auf, »verinnerlichen« ihn und sprechen bei Bedarf mit ihm (»Was hätte mein Therapeut dazu gesagt, wenn ich ihm die Situation schildere, in der ich mich



befinde?«). Auf dieses Hilfsmittel können viele unsicher gebundene Patienten, u. a. Patienten mit einer Borderlinepersönlichkeitsstörung, häufig nicht zurückgreifen. Um eine Trennung für solche Patienten erträglich zu machen, bieten viele Therapeuten an, dass der Patient sich im Krisenfall wieder melden darf. Oft ist dieses Angebot bereits so stabilisierend, dass kein Gebrauch davon gemacht wird, oder es bleibt bei einem kurzen Telefonanruf, mit dem der Patient sich vergewissert, dass sein Therapeut für ihn noch erreichbar ist.

### 10.6.2 Probleme des Therapeuten

Wenn Psychotherapeuten Probleme mit dem Behandlungsende haben, sind diese eher nicht verfahrens-, sondern persönlichkeitspezifisch. Es gibt Psychotherapeuten, die bevorzugt Kurztherapien mit einem umschriebenen Behandlungsziel durchführen. Sie haben in der Regel auch keine Probleme, die Behandlung nach 25 Sitzungen (Umfang einer Kurztherapie im Rahmen der Kassenregelungen) zu beenden. Für andere Therapeuten sind Kurztherapien unbefriedigend. Der bekannte Gruppenpsychotherapeut und Schriftsteller Irvin Yalom beschreibt seine Erfahrungen mit sehr kurzen (stationären) Psychotherapien, wie folgt:

Ich hatte das Gefühl, als wäre ich zu den ersten Minuten einer potentiell ergiebigen Behandlung verurteilt... Ich sehnte mich nach mehr. Ich wollte tiefer gehen, im Leben meiner Patienten eine größere Rolle spielen. (Yalom 2000, S. 81).

Bei Therapien, die länger als ein Jahr dauern, ist die Gefahr, dass es Probleme bei der Beendigung der Behandlung gibt, größer als bei einer Kurztherapie: Häufig ändern sich die Therapieziele; neue Therapieziele, die weitere Zeit erfordern, kommen hinzu.

#### Tipps

In Langzeittherapien sollten Sie regelmäßig überprüfen, ob es sich bei der Therapie noch um eine Krankenbehandlung handelt, in der sich der Patient mit sich und seinen Erfahrungen mit dem Ziel auseinandersetzt, sich zu verändern. Dabei sollten Sie auch sich und Ihre Ziele überprüfen bzw. in der Supervision prüfen lassen.

Hierzu sollte sich der Therapeut die folgenden Fragen stellen:

- Hat sich die bedingungsfreie positive Beachtung nicht längst in eine anhaltende Bewunderung für die stetigen Fortschritte des Patienten gewandelt?

- Hat die Therapeut-Patient-Beziehung nicht bereits seit längerem die Qualität einer Mutter-Tochter-Beziehung angenommen, in der die Mutter stolz auf die sich unter ihrer Obhut so gut entwickelnde Tochter ist, und die Tochter es genießt, dass sie bei der Mutter Bewunderung und Anerkennung auslösen kann?
- Dient das neu aufgetretene Problem nicht in erster Linie dem Umstand, die Behandlung fortführen und die gefürchteten Trennungsgefühle nochmals vertagen zu können?

! So wie bei Patienten ist auch bei Therapeuten die Gefahr, dass die Therapie anderen als therapeutischen Zielen dient, umso größer, je reduzierter relevante Sozialkontakte im außertherapeutischen Feld sind.

## 10.7 Indikationen und Kontraindikationen

Die Themen Indikation und Kontraindikation wurden bereits ausführlich im ► Abschn. 10.2.1 unter den Gesichtspunkten »Diagnostik und Indikation« behandelt. Daher beschränken sich die folgenden Ausführungen auf eine Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte von Indikation und Kontraindikation.


### 10.7.1 Indikationen

Heilkundliche Gesprächspsychotherapie ist indiziert, wenn eine seelische Krankheit vorliegt, die verstanden werden kann als »eine krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen. Es gehört zum Wesen dieser Störungen, dass sie der willentlichen Steuerung durch den Patienten nicht oder nur zum Teil zugänglich sind« (Meyer et al. 1991, S. 26).

Ist das Ziel von psychotherapeutischen Kontakten eher die Entwicklung der Person, z. B. der Entfaltung der Persönlichkeit, dem persönlichen Wachstum, der Entdeckung unausgeschöpfter innerer Ressourcen und auch blinder Flecken, spricht man in der Regel von Selbsterfahrung. Die Übergänge können fließend sein.

Eine Indikationsstellung soll die Frage beantworten, welche Patienten mit welchen Störungen erfolgreich mit Gesprächspsychotherapie behandelt werden können. Vor dem Hintergrund gesetzlicher Regelungen bei der Krankenversorgung und als Ergebnis klinischer Forschung und Praxis lassen sich acht Kriterien für eine Indikationsstellung benennen (► Übersicht).

### Indikationskriterien für Gesprächspsychotherapie

1. Sollen die Kosten der Gesprächspsychotherapie von einer Krankenkasse getragen werden, muss es sich um eine psychische Störung mit Krankheitswert im Sinne der Definition von Meyer et al. (1991, S. 23) handeln.
2. Die Störung hat eine Inkongruenz im Sinne der klientenzentrierten Störungstheorie als Grundlage.
3. Das Selbstkonzept ist so stabil, dass gewährleistet ist, dass der Patient zu sich und zu anderen eine Beziehung aufzunehmen in der Lage ist und dass therapiebedingte Belastungen nicht zu einer psychischen Dekompensation, z. B. in Form einer Psychose, führen.
4. Der Patient nimmt seine Inkongruenz wahr, z. B. in Form von unerklärlichen Angstgefühlen, Minderwertigkeitsgefühlen oder dem Impuls, sich selbst zu verletzen, und er verbindet diese Wahrnehmung mit einem Wunsch nach Veränderung.
5. Die Aufhebung der bestehenden Inkongruenz führt zur Linderung oder zur Aufhebung der geklagten Störung oder zu einer Klärung des Problems.  
Dieses Kriterium soll gewährleisten, dass Gesprächspsychotherapie nicht(!) angewandt wird, wenn keine Veränderungen zu erwarten sind, beispielsweise wenn sich herausstellt, dass ein Patient bereits seit Jahren außer Kontakten zu verschiedenen Therapeuten keine weiteren Sozialkontakte hat. Eine Gesprächspsychotherapie könnte bei diesem Patienten zunächst nur der Klärung der Frage dienen, wie weit der Patient selbst darin ein Problem sieht und ob er dieses Problem zum Gegenstand der Therapie werden soll oder nicht.
6. Der Patient nimmt das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot zumindest in Ansätzen wahr und fühlt sich davon angesprochen. Der Grad der Ansprechbarkeit wird in den Reaktionen des Patienten sichtbar: Der Patient tritt während der probatorischen Phase des Erstinterviews oder während der probatorischen Sitzungen in einen fortschreitenden Prozess der Selbstreflexion und -exploration ein, d. h. er wendet sich verstärkt seinem Erleben zu und teilt es mit. Er schöpft Hoffnung (»Ich habe das Gefühl, dass die Talsohle bald durchschritten ist«); er teilt sein Berührtsein mit (»Das war ja heute ganz schön anstrengend«).
7. Zieht man zur Indikationsstellung die vier Passungen aus der  Abb. 2.2 »Wirkfaktoren und Zusammenhänge im therapeutischen Prozess« als Kriterien heran, nämlich
  1. Passung zwischen Behandlungsmodell und Person des Patienten
  2. Passung zwischen Person des Therapeuten und Person des Patienten
  3. Passung zwischen Behandlungsmodell und Person des Therapeuten
  4. Passung Behandlungsmodell und Störung des Patienten
 dann sind die erste, zweite und dritte Passung im sechsten Kriterium enthalten: Eine ausreichende Ansprechbarkeit für das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot wird es nur geben, wenn die ersten drei Passungen hinreichend stimmig sind.
8. Die vierte Passung setzt ausreichende Evidenzen voraus, dass Gesprächspsychotherapie geeignet ist, die vorliegende Störung erfolgreich zu behandeln. Dieses sollte als achttes Indikationskriterium erfüllt sein.

### 10.7.2 Kontraindikationen

Für den Fall, dass eines oder mehrere der genannten Indikationskriterien nicht erfüllt werden können, bedeutet das nicht automatisch, dass eine Gesprächspsychotherapie kontraindiziert ist. Trifft beispielsweise das sechste Kriterium nicht zu, dann ist eine Gesprächspsychotherapie in der Regel nicht **kontraindiziert**, sondern **nicht-indiziert**. Das ist immer dann der Fall, wenn die Psychotherapie anderen Zielen dienen soll als der Auseinandersetzung mit der eigenen Person mit dem Ziel, sich selbst zu verändern. Eine nichtindizierte Psychotherapie richtet keinen sichtbaren Schaden an; sie nützt aber auch nichts.

 Bei einer Kontraindikation wird davon ausgegangen, dass die Gesprächspsychotherapie auch Schaden kann.

Schäden, die durch eine Psychotherapie ausgelöst oder verursacht werden können, sind v. a.

- **Suizidalität**, die in einem schweren Suizidversuch oder im Suizid endet,
- anhaltende **psychotische Dekompensation**,
- deutliche **Verschlechterung der Symptomatik** (weitere Symptome kommen hinzu und führen z. B. zur Arbeitsunfähigkeit),
- **Chronifizierung des Störungsbildes** und
- **Demontage außertherapeutischer sozialer Beziehungen**, z. B. mit der Folge, dass der Therapeut als einzig wichtige Bezugsperson übrig bleibt.

Zu solchen Schäden kann es kommen, wenn ein Patient durch die Therapie überfordert wird. Diese Gefahr scheint bei Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu anderen psychotherapeutischen Verfahren geringer zu sein: Gesprächspsychotherapie ist durch Beachtung des Prinzips der Nichtdirektivität ein ausgesprochen nichtinvasives Verfahren. Dennoch können Patienten mit einer psychosenahen Persönlichkeitsstruktur, d. h. mit einem instabilen Selbstkonzept, auch von einer Gesprächspsychotherapie überfordert werden (► Fallbeispiel).

### Fallbeispiel: Instabile Grenzen zwischen Ich und Du

*Eine Patientin in einer geschäftspsychotherapeutischen Gruppentherapie schweigt nach ihrem Eintritt in die Gruppe mehrere Sitzungen lang. Die Gruppe toleriert das auch. Sie spürt offenbar, dass das Schweigen der Patientin Ausdruck einer Unfähigkeit und nicht Ausdruck einer Verweigerungshaltung ist. Nach einigen Sitzungen sagt ein Gruppenmitglied zu dieser Patientin: »Ich habe den Eindruck, du wolltest gerade zu diesem Thema etwas sagen.«*

*Die angesprochene Patientin überlegt eine Weile und antwortet dann: »Ja, das kann sein, aber jetzt, wo Du das sagst, weiß ich nicht mehr, ob ich etwas dazu sagen wollte oder ob ich etwas sagen wollte, weil ich weiß, dass Ihr von mir erwartet, dass ich hier etwas sage.«*

*Auch der Versuch, inneres Erleben zu erkennen und zu benennen, überfordert diese Patientin, sodass die Psychotherapie ausgesetzt und eine neuroleptische Behandlung mit dem Ziel einer Stabilisierung angesetzt wird. Die Patientin hat das Aussetzen der Therapie als Niederlage erlebt.*

Die Frage der Kontraindikation stellt sich nicht nur vor Beginn einer Behandlung. Sie kann auch im weiteren Behandlungsverlauf Bedeutung erlangen und sollte deshalb wiederholt gestellt werden. Anlass für eine erneute Prüfung der Indikation ist v. a. das Auftreten von neuen oder zusätzlichen Symptomen oder der Umstand, dass nach anfänglichen Verbesserungen der Therapieprozess offenbar ins Stocken geraten ist: Die eingetretenen Verbesserungen sind einerseits nicht nachhaltig genug, um an eine Beendigung der Therapie zu denken, und andererseits ist der Zustand des Patienten seit Monaten unverändert. Die Gefahr einer Chronifizierung besteht. Auf jeden Fall ist ein solches Problem in der Therapie vom Therapeuten zu thematisieren, und es sind mit dem Patienten sowohl die Möglichkeit eines (unbefriedigenden) Behandlungsendes zu besprechen als auch Behandlungsalternativen zu erörtern. Der Therapeut sollte sich vor einem solchen Gespräch selbst Klarheit über seinen eigenen Standpunkt verschafft haben, z. B. durch Supervision des Falles.

## 10.8 Evaluation

### 10.8.1 Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie

Werden alle um Therapie nachsuchenden Patienten, für die eine Psychotherapie indiziert ist, ohne Abschätzung der Prognose für eine Gesprächspsychotherapie, geschäftspsychotherapeutisch behandelt, so schließen zwei Drittel von ihnen die Behandlung mit einem zufriedenstellenden bis guten Therapieergebnis ab. Diese Erfolgsquote unterscheidet sich nicht von der anderer Therapieverfahren. Die Erfolgsquote kann erhöht werden, wenn eine sorgfältige Indikation für eine Gesprächspsychotherapie gestellt wird. Sie variiert aber auch dann in Abhängigkeit von der Art der Störung und dem Ausmaß der Chronifizierung sowie vermutlich in Abhängigkeit von der Erfahrung des Therapeuten. Weiterhin nimmt die Dauer einer Gesprächspsychotherapie Einfluss auf das Therapieergebnis. Schwerer gestörte Patienten brauchen in der Regel längere Therapien, um ausreichend von der Behandlung zu profitieren.

Von Bedeutung für die realistische Einschätzung des Erfolgs von Gesprächspsychotherapien ist die Tatsache, dass Gesprächspsychotherapien, wie vermutlich auch andere nichtsymptomzentrierte Verfahren, eine **Langzeitwirkung** entfalten.

**! Ergebnisse von Langzeitkatamnesen (1–3 Jahre) zeigen, dass der unmittelbar bei Beendigung der Therapie erzielte mittlere »Therapiegewinn« zum Zeitpunkt der Katamnese nicht nur erhalten geblieben ist, sondern dass weitere positive Veränderungen eingetreten sind (Frohburg 2004).**

Die Bestimmung einer Erfolgsquote und ihre Aussagekraft sind natürlich auch davon abhängig, wie »Erfolg einer Psychotherapie« definiert und wie er gemessen wird.

Bevor darauf eingegangen wird, soll ein klinischer Eindruck bezüglich der Misserfolge von Gesprächspsychotherapien, der von vielen Kollegen geteilt wird, wiedergegeben werden. Der Eindruck basiert auf jahrzehntelangen Beobachtungen von Therapieerfolgen und -misserfolgen an einer psychiatrischen Universitätsklinik und Poliklinik: Die Misserfolge von Gesprächspsychotherapien bei Patienten, die für eine Gesprächspsychotherapie indiziert waren, scheinen ausschließlich darin zu bestehen, dass sie nicht ausreichend geholfen, nichts genützt haben. Es ist in dem langen Beobachtungszeitraum praktisch nie vorgekommen, dass ein solcher Patient psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen musste, weil sich während der Gesprächspsychotherapie seine Symptomatik in diesem Sinn verschlechtert hatte. Hingegen kam es häufiger vor, dass sich ein Patient mit dem Wunsch nach Psychotherapie an die Poliklinik wendete

und berichtete, früher schon einmal eine »Gesprächstherapie gemacht zu haben«, aber an die Behandlung und deren Wirkung nur wenige Erinnerungen hatte. Patienten, die wegen einer durch eine Psychotherapie ausgelösten Psychose oder massiver Suizidalität oder anderen im Zusammenhang mit der Psychotherapie aufgetretenen einschneidenden psychischen Beeinträchtigungen psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen mussten, kamen nicht aus klassischen Gesprächspsychotherapien. Allerdings gab es immer wieder einmal Patienten, die an einem »marathon encounter« – das ist eine im Rahmen des klientenzentrierten Konzeptes entwickelte Form von Selbsterfahrung in Gruppen, die nicht zur Krankenbehandlung gedacht ist – teilgenommen hatten und um Rat nachsuchten. Sie waren meist bezüglich ihrer psychischen Stabilität verunsichert, oder sie fühlten sich plötzlich behandlungsbedürftig bzw. wollten das abklären lassen. Aus diesen Beobachtungen lässt sich der Schluss ziehen, dass klassische Gesprächspsychotherapie offenbar ein Verfahren ist, dessen therapeutische Misserfolge v. a. in »Nichtwirksamkeit« bestehen.

### 10.8.2 Messung des Therapieerfolgs

Es ist heute, zumindest in der Therapieforschung, üblich, zur Bestimmung des Therapieerfolgs sowohl das Urteil des Patienten als auch das des Therapeuten zu berücksichtigen. Neben der Erhebung von globalen Urteilen, wie »verschlechtert«, »unverändert«, »etwas gebessert« oder »deutlich gebessert«, werden Veränderungen in der Regel mit Persönlichkeitsfragebogen [z. B. Gießen-Test, Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI)], Symptomlisten, symptomzentrierten Fragebögen (z. B. Depressionsskalen) oder auch Einschätzungen des psychosozialen Funktionsniveaus [z. B. »Global Assessment of Functioning- (GAF-)Scale« aus dem DSM-IV] gemessen. Das Ausmaß der Veränderungen wird durch die Bestimmung der Differenz der Vorher-Nachher- (Prä-Post-)Messungen oder durch direkte Einschätzungen des Ausmaßes der Veränderungen festgestellt.

**! Eine wichtige Forderung, der auch zunehmend nachgekommen wird, besteht darin, dass die Erfolgsmessung auch die durch ein Therapieverfahren intendierten Veränderungen erfassen sollte.**

Beispielsweise könnte bei der Feststellung des Therapieerfolgs einer Gesprächspsychotherapie bei der Behandlung eines Patienten mit der ICD-10-Diagnose »Dysthymia« (F34.1), wie folgt, vorgegangen werden: Zur Erfassung der Depression aus der Sicht des Patienten wird ein standardisierter Depressionsfragebogen eingesetzt, z. B. die Depressivitätsskala von v. Zerssen [Collegium Interna-

tionale Psychiatriae Sclorum (CIPS) 1986]; weitere klinische Symptome werden mit dem symptomorientierten Fragebogen »SCL-90-R« (»Symptom Checklist-90-Revised«; Franke 1995) erhoben sowie Art und Ausmaß der interpersonalen Probleme mit dem »Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme« (IIP; Horowitz et al. 1994). Zur Erfassung gesprächspsychotherapiespezifischer Veränderungen kann der Fragebogen »Feelings, Reactions, and Beliefs Survey (FRBS« von Cartwright (Höger 1995) eingesetzt werden. Anhand dieses Fragebogens lässt sich z. B. feststellen, ob der Patient am Ende der Behandlung im Vergleich zum Behandlungsbeginn z. B. »offener für seine Erfahrungen in Beziehungen« geworden ist.

Die Erfahrungen aus der therapeutischen Praxis sprechen sehr für einen routinemäßigen Einsatz von standardisierten Messverfahren. Viele Gesprächspsychotherapeuten kontrollieren ihre Behandlung mit dem Einsatz von Fragebögen, auch wenn sie als niedergelassene Psychotherapeuten in freier Praxis arbeiten. Sie schätzen den Informationsgewinn, den die Fragebogendiagnostik beim Behandlungsbeginn mit sich bringt, und die Möglichkeit, das eigene Urteil über die durch die Therapie erreichten Veränderungen am Ende der Behandlung mit den Einschätzungen des Patienten auf den Fragebögen zu vergleichen.

#### Tipps

Eine systematische Nutzung der Fragebogendiagnostik zum Behandlungsbeginn ist zeitökonomisch.

Die Angaben des Patienten im SCL-90-R ersparen z. B. eine gezielte Exploration nach dem Vorliegen von psychosomatischen Begleitsymptomen, die in einem problemorientierten Erstinterview häufig spontan nicht zur Sprache kommen, obwohl sie auch einen wesentlichen Teil der Belastung darstellen können, der ein Patient ausgesetzt ist.

### 10.8.3 Wissenschaftliche Belege

Die ersten wissenschaftlichen Nachweise der Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie wurden bereits in den 1950er-Jahren erbracht, z. B. durch Rogers u. Dymond (1954) in dem Buch *Psychotherapy and Personality Change*. Heute ist die Zahl der Studien zur Effizienz von (Gesprächs-)Psychotherapie so weit angewachsen, dass eigens eine Methodik, die sog. Metaanalyse, entwickelt wurde, um die Vielzahl der Ergebnisse zusammenfassend bewerten zu können. Eine erste umfassende Metaanalyse haben Grawe et al. (1994) vorgelegt. Dort heißt es zur Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie:

Vergleicht man die Ergebnistabellen für die Prä-Post-Vergleiche und die Kontrollgruppen-Vergleiche mit den analogen Tabellen zu den meisten anderen Therapieformen, dann muss man der Gesprächspsychotherapie eine sehr überzeugend nachgewiesene Wirksamkeit bescheinigen. 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. (Grawe et al. 1994, S. 134)

Die von den Autoren lobend hervorgehobene kurze Therapiedauer resultiert daraus, dass die in diese Metaanalyse einbezogenen Gesprächspsychotherapien meist nur 20 Sitzungen oder weniger umfassten. Gesprächspsychotherapien dauern in der Praxis aber deutlich länger, im Durchschnitt knapp 70 Sitzungen (Eckert 1995), sodass die oben zitierte Feststellung zur Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie nur eine Aussage über die Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapien sein kann, die 20 Sitzungen oder weniger umfassen. Ähnlichen Einschränkungen unterliegen die Resultate dieser Studie bezüglich des Vergleiches der Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie mit anderen Therapieverfahren: Grawe et al. (1994) glauben aufgrund ihrer Ergebnisse eine leichte Überlegenheit der Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie im Vergleich mit psychoanalytischen Therapien und eine geringere Wirksamkeit im Vergleich mit kognitiv-behavioralen Verfahren feststellen zu können. Aber auch in den Untersuchungen, auf die sich diese Beurteilung stützt, war die Dauer der in die Untersuchungen einbezogenen Gesprächspsychotherapien für das Verfahren nicht repräsentativ.

**! Neuere Metaanalysen (Elliott 2002; Elliott et al. 2004), in denen die Wirksamkeit von unterschiedlichen Therapieverfahren direkt miteinander verglichen wurde, kommen zu dem Schluss, dass es keine generellen Wirksamkeitsunterschiede zwischen den psychotherapeutischen Verfahren gibt.**

Neben der klassischen Gesprächspsychotherapie wurden in den letzten Jahren im Rahmen des klientenzentrierten Konzeptes Behandlungstechniken entwickelt, die den Symbolisierungsprozess gezielter fördern, z. B. das Focusing (Gendlin 1981) oder die »process-experiential therapy« (prozess-erlebnisorientierte Therapie; Greenberg et al. 1993; Greenberg 2002). Eine Metaanalyse bescheinigt diesen Verfahren aufgrund höherer Effektstärken eine größere Wirksamkeit als den kognitiv-behavioralen Verfahren (Greenberg et al. 1994). Vermutlich ist es jedoch sinnvoller, nicht eine generelle Überlegenheit bzw. Unterlegenheit nachweisen zu wollen, sondern nach **differenziellen Effekten** zu suchen.

Ein Beispiel dafür ist der von Watson et al. (2003) berichtete Befund, dass prozess-erlebnisorientierte Psychotherapie bei Patienten mit »major depression« zu einer stärkeren Reduktion der interpersonalen Problematik beiträgt als kognitive-behaviorale Therapie, während sich die Effekte in den anderen Bereichen nicht unterscheiden.

Die Ausführungen zur Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie, v. a. die zuletzt dargestellten widersprüchlichen Befunde zu ihrer Wirksamkeit im Vergleich mit anderen Verfahren, sollen mit einer persönlichen Einschätzung abgeschlossen werden. Es ist zu vermuten, dass die frühe Feststellung von Luborsky et al. (1985), dass es beim Vergleich der durchschnittlichen Wirksamkeit von verschiedenen Therapieverfahren keine Sieger und keine Besiegte gibt, sondern dass das Urteil des Vogels Dodo aus *Alice im Wunderland* anzuwenden ist: »Alle haben gewonnen, und jeder bekommt einen Preis!« Gültigkeit behalten wird. Wenn ein Patient auf ein Therapieverfahren wirklich gut »anspricht«, d. h. v. a., wenn sich ziemlich bald eine gute und tragfähige therapeutische Beziehung etabliert, dann wird der Patient von der Behandlung auch profitieren. Die Unterschiede in den Ergebnissen verschiedener Therapieverfahren werden sich zunehmend klarer als qualitative und nicht als quantitative herausstellen. Problempatienten werden weiterhin die sein, die die Behandlung frühzeitig abbrechen, die »drop-outs«, und die, die dem Drittel angehören, das nach den Psychotherapieerfolgsstatistiken von einer Psychotherapie nicht profitiert. Für sie ist zu klären, ob sie in einem anderen Therapieverfahren oder bei einem anderen Therapeuten nicht auch hätten mit Erfolg behandelt werden können. Diese wichtige Frage ist kaum erforscht, aber es gibt erste empirische gestützte Hinweise dafür, dass eine differenzielle Therapieindikationsstellung dazu beitragen kann, die Wirksamkeit von Psychotherapie insgesamt zu verbessern (Eckert et al. 2004).

## 10.9 Eine typische Kasuistik

Im Folgenden finden Sie ein Beispiel für gesprächspsychotherapeutisches Handeln in der Praxis. Bei dem Beispiel, das bereits an anderer Stelle veröffentlicht worden ist (Biermann-Ratjen et al. 2003), handelt es sich um die gekürzte Fassung des bekannten Interviews (ein Erstgespräch), das Rogers mit der Patientin Gloria geführt hat. Dieses Interview wurde deshalb so bekannt, weil die Patientin Gloria auch von dem Begründer der Gestalttherapie, Fritz Perls, und dem Begründer der rational-emotiven Therapie, Albert Ellis, interviewt worden ist, und es darüber einen Film gibt (Shostrom 1965). Das Gespräch wurde ausgewählt, weil der Therapeut der Begründer der klientenzentrierten Psychotherapie, Carl



Rogers, ist, und es sich um ein in sich abgeschlossenes Gespräch handelt, an dem sich die Prinzipien gesprächspsychotherapeutischen Handelns gut verdeutlichen lassen. Bei der Auswahl wurde in Kauf genommen, dass die »Störung« der Patientin keine tief greifende zu sein scheint. Die Äußerungen des Therapeuten in diesem Gespräch werden in dreifacher Hinsicht aufgeschlüsselt und interpretiert:

- ❓ 1. Welche emotionalen Erlebnisinhalte nimmt der Therapeut vermutlich wahr?
2. Welche Überlegungen macht er sich vermutlich bezüglich des inneren Bezugsrahmens der Patientin?
3. Wonach richtet er sich vermutlich bei seiner Entscheidung darüber, was er von dem, was er wahrgenommen und verstanden hat, auch anspricht?

#### Fallbeispiel: Rogers Gespräch mit der Patientin Gloria

##### Therapieprotokoll

- T Ich würde gern von Ihnen erfahren, was Sie beschäftigt.  
 P Gut, ich bin jetzt, ich bin jetzt nervös, aber es beruhigt mich, dass Sie mit leiser Stimme sprechen, und ich nicht das Gefühl haben muss, dass Sie so streng mit mir sein werden – aber...

##### Kommentar

- I Sie fürchtet sich davor, dass ich streng mit ihr sein könnte.  
 B Diese Furcht bestimmt sie jetzt unmittelbar – man hört es an ihrer Stimme.  
 E Ich spreche das unmittelbar vorhandene Erleben an der Stelle an, an der es sich am deutlichsten ausdrückt.

##### Therapieprotokoll

- T Ich höre, dass Ihre Stimme zittert, so...  
 P Gut. Das, worüber ich v. a. mit Ihnen reden möchte, ist, ich habe mich gerade scheiden lassen, und ich war vorher in einer Therapie, und ich war beruhigt, als ich ging, und plötzlich ist nun das größte Problem, wie ich mit meinem Leben als Alleinstehende fertig werden kann.  
 Und eine der Angelegenheiten, die mich am meisten aus der Ruhe bringen, ist die Angelegenheit mit Männern, Männer bei mir im Hause zu haben, und was das für die Kinder bedeutet.  
 Das Belastendste, ich möchte – die Angelegenheit, die mir immer wieder durch den Kopf geht –, was ich Ihnen erzählen möchte ist, dass ich eine Tochter habe, neun Jahre alt, die vor kurzem, das ist mein Eindruck, eine Menge emotionaler Probleme hatte –.  
 Ich wünschte, ich könnte aufhören zu zittern.  
 Und ich bin wirklich gewissenhaft (»bewusst«) mit Sachen, die ihr etwas ausmachen. Ich möchte sie nicht aus der

Fassung bringen, ich möchte sie nicht erschrecken.

Ich wünsche ihr so sehr, dass sie mich akzeptiert. Und wir sind wirklich offen miteinander, v. a., wenn es um Sex geht.

Und vor ein paar Tagen hat sie ein Mädchen gesehen, das unverheiratet, aber schwanger war, und dann hat sie mich darüber ausgefragt, wie Mädchen schwanger werden können, wenn sie unverheiratet sind.

Und das Gespräch war gut, und ich habe mich dabei überhaupt nicht unwohl gefühlt, bis sie mich gefragt hat, ob ich schon einmal mit einem Mann geschlafen habe, seit ich Papi verlassen habe, und ich sie angelogen habe. Und seither muss ich immer wieder daran denken, ich fühle mich so schuldig, weil ich sie angelogen habe, denn ich lüge nie, und ich möchte, dass sie Vertrauen zu mir hat.

Und ich möchte fast eine Antwort von Ihnen haben. Ich möchte, dass Sie mir sagen, ob ich ihr etwas antun würde, wenn ich ihr die Wahrheit sagen würde, oder was.

##### Kommentar

- I Sie spricht jetzt zwar über etwas, das sie selbst belastet, spricht aber mehr über die Gefühle ihrer Tochter. Ihr eigenes Problem scheint zu sein, dass sie ihre Beziehung zu ihrer Tochter damit gefährden könnte, wie sie mit ihren eigenen Problemen umgeht.  
 B Sie traut sich nicht zu, dieses Problem selbst zu lösen, sieht es auch als ein Problem außerhalb ihres eigenen Erlebens an, als etwas objektiv Gegebenes. Deshalb fragt sie mich.  
 E Ich denke, von den Gefühlen, die sie jetzt geäußert hat, ist ihre Sorge um das Verhältnis zu ihrer Tochter das Wichtigste und Deutlichste.

##### Therapieprotokoll

- T Und es ist diese Sorge um sie und die Tatsache, dass Sie wirklich nicht, dass dieses offene Verhältnis, das zwischen Ihnen beiden bestand, dass es Ihnen so vorkommt, als sei das nun dahin.  
 P Ja, ich habe das Gefühl, dass ich bezüglich dieser Sache auf der Hut sein muss, denn ich kann mich erinnern, als ich ein kleines Mädchen war und zum ersten Mal mitbekam, dass meine Eltern miteinander schliefen. Ich fand das schmutzig und schrecklich, und ich mochte meine Mutter eine Zeitlang nicht mehr. Und ich möchte Pamela weder belügen und – ich weiß nicht.

##### Kommentar

- I Sie besteht darauf, von mir einen Rat zu bekommen. Sie denkt, sie hat das nicht hinreichend begründet, denn was sie sonst noch sagt, ist eine Begründung dafür, wie nötig dieser Rat ist.  
 B Dieser Wunsch an mich ist das, was ihr Erleben vorrangig bestimmt. Was sie sonst erlebt, erscheint ihr nicht

problematisch. Sie erwähnt da eher unhinterfragte Tatsachen.

- E Ich muss ihr zeigen, dass ich verstehe, dass sie ihren Wunsch wiederholt hat, und dass ich ihn akzeptiere.

#### Therapieprotokoll

- T Ich wünschte mir wirklich, ich könnte Ihnen die Frage beantworten, was Sie ihr erzählen sollen.  
P Ich habe befürchtet, dass Sie das sagen würden.

#### Kommentar

- I Ich habe die Patientin richtig verstanden.  
B Sie meint also wirklich, diesen Rat zu benötigen.  
E Das will ich ansprechen und Verständnis für die Enttäuschung zeigen, nicht aber die Enttäuschung selbst ansprechen, denn um die Enttäuschung geht es jetzt weniger als darum, dass sie die Dringlichkeit ihres Wunsches wiederholt.

#### Therapieprotokoll

- T Weil Sie wirklich eine Antwort haben möchten.  
P Ich möchte vor allen Dingen wissen, ob ich ihr etwas antäte, wenn ich vollständig offen und ehrlich mit ihr wäre, oder ob es ihr etwas antäte, dass ich gelogen habe. Ich habe das Gefühl, dass es sie stark beunruhigen wird, dass ich sie belogen habe.

#### Kommentar

- I Die Patientin hat Angst um das Vertrauen ihrer Tochter.  
B Eigentlich ist ihr klar, dass sie es am ehesten durch Unehrlichkeit gefährden könnte.  
E Ich werde ihr das anbieten.

#### Therapieprotokoll

- T Sie haben das Gefühl, sie wird Verdacht schöpfen, oder sie wird wissen, dass etwas nicht in Ordnung ist.  
P Ich habe das Gefühl, dass sie mir mit der Zeit misstrauen wird, ja. Und ich habe dann auch gedacht: Was wird passieren, wenn sie ein bißchen älter wird und selbst in heikle Situationen gerät? Sie wird mir das wahrscheinlich nicht mitteilen mögen, weil sie denkt, ich bin so gut und lieb. Und darüber hinaus fürchte ich, sie könnte denken, dass ich eigentlich ein Teufel bin. Und ich möchte so schrecklich gern, dass sie mich akzeptiert. Und ich weiß nicht, wie viel eine Neunjährige verkraften kann.

#### Kommentar

- I Sie fühlt sich verstanden, wiederholt aber den anderen Aspekt ihrer Unsicherheit.  
B Offenbar fürchtet sie v. a. um das Bild, das das Kind von ihr hat. Geht es vielleicht um ihr eigenes Selbstbild?  
E Ich spreche ihren wiederholten Wunsch und ihre Unsicherheit in der Beurteilung, die sie erfahren könnte, an.

#### Therapieprotokoll

- T Beide Möglichkeiten beunruhigen Sie sehr: dass sie denken könnte, Sie sind so gut oder besser als Sie wirklich sind.  
P Ja!  
T Oder dass sie denken könnte, dass Sie schlechter sind, als Sie wirklich sind.  
P Nicht schlechter als ich bin. Ich weiß nicht, ob sie mich so, wie ich bin, akzeptieren kann. Ich denke, ich entwerfe da das Bild von mir, dass ich ganz lieb und mütterlich bin. Ich schäme mich auch ein bißchen meiner Unoffenheit.

#### Kommentar

- I Sie hat tatsächlich eine Selbstwertproblematik und schämt sich dieser.  
B Sie äußert das aber so, als sei ihr das nur ein Problem in der Beziehung zu ihrer Tochter.  
E Ich zeige ihr, dass ich diese tief sitzende Selbstwertproblematik verstanden habe, respektiere aber auch, dass sie das momentan nur in der Beziehung zur Tochter erlebt.

#### Therapieprotokoll

- T Ich verstehe, das geht ein bißchen tiefer. Wenn sie Sie wirklich kennen würde, könnte sie Sie akzeptieren?  
P Genau das weiß ich nicht. Ich möchte nicht, dass sie sich von mir abwendet. Ich weiß nicht einmal, welche Gefühle ich in dieser Sache habe, denn es gibt Zeiten, da fühle ich mich so schuldig, wenn ich einen Mann da habe... Und dennoch weiß ich auch, ich habe diese Bedürfnisse.

#### Kommentar

- I Sie wiederholt ihre Selbstwertproblematik in ihrer Beziehung zu Männern. Sie spricht von Schuldgefühlen, betont aber, wie sehr sie dabei von ihrer Beziehung zu ihrem Kind bestimmt ist.  
B Warum erwähnt sie ihre Bedürfnisse? Sind ihr die auch unabhängig von den Kindern ein Problem?  
E Ich versuche, ihr diese Vermutung nahe zu bringen.

#### Therapieprotokoll

- T Und so ist es ziemlich deutlich: Das ist nicht nur ein Problem in der Beziehung zwischen Ihnen und Ihrer Tochter, das ist auch ein Problem in Ihnen selbst.  
P Ja, und ich mag nicht diese... – Ich würde mich gern wohl fühlen mit allem, was ich tue. Wenn ich mich entschließe, Pamela nicht die Wahrheit zu sagen, dann möchte ich mich damit wohl fühlen, dass sie mit der Wahrheit nicht fertig würde, und ich fühle mich nicht wohl. Ich möchte ehrlich sein, und trotzdem fühle ich, es gibt da einige Gebiete, die nicht einmal ich akzeptiere.



**Kommentar**

- I Sie ist auf der Suche nach Möglichkeiten, sich vollständiger akzeptieren zu können.
- B Natürlich kann sie sich nicht vorstellen, dass ihr Kind etwas akzeptiert, was nicht einmal sie selbst akzeptieren kann. Sie spürt wieder, dass es ihr Unbehagen bereitet, dass sie sich nicht akzeptieren kann, und die daraus resultierende Erwartung, durch andere auch nicht akzeptiert zu werden.
- E Ich werde ihr die Zwangsläufigkeit ihrer Angst, sich dem Kind mitzuteilen, verdeutlichen.

**Therapieprotokoll**

- T Und wenn Sie das bei sich selbst nicht akzeptieren können, wie soll es dann möglich sein, dass Sie sich damit wohlfühlen, wenn Sie ihr davon erzählen?
- P Richtig, ganz richtig. Nun kapiere ich, was Sie sagen. Ja, dann, dann möchte ich daran arbeiten, mich akzeptieren zu können. Ich möchte daran arbeiten, es in Ordnung zu finden. Das ergibt einen Sinn. Das wird ganz natürlich sein, und ich werde mir keine Gedanken um Pamela machen müssen.  
Aber wenn mir etwas so falsch vorkommt, und ich habe den Impuls, es zu tun, wie kann ich das akzeptieren?
- T Was Sie möchten ist, dass Sie sich akzeptieren können, wenn Sie etwas tun, das Sie falsch finden. Ich das richtig?
- P Richtig.

**Kommentar**

- I Die Patientin spürt, dass sie große Schwierigkeiten hat, sich selbst zu akzeptieren.
- B Sie hält das »Sich-selbst-Akzeptieren« für eine Leistung, die sie erbringen muss.
- E Ich werde auf den Gedanken eingehen, der ihr Selbstakzeptierung als eine Leistung erscheinen lässt.

**Therapieprotokoll**

- T Das klingt wie eine schwere Aufgabe.
- P Es kommt mir so vor, als wollten Sie sagen: »Also, warum denken Sie, dass es falsch ist?« Und ich habe da auch gemischte Gefühle. In der Therapie würde ich sagen: »Also, schau mal, ich weiß, es ist natürlich. Frauen empfinden so – klar, wir reden nicht viel darüber in der Öffentlichkeit, aber alle Frauen empfinden so, und es ist sehr natürlich.«  
Ich hatte in den letzten 11 Jahren sexuelle Erlebnisse, und ich möchte sie natürlich weiterhin haben, aber ich denke dennoch, es ist falsch, wenn du nicht ehrlich verliebt bist in einen Mann, und mein Körper scheint dem nicht zuzustimmen. Und ich weiß nicht, wie ich das akzeptieren soll?

**Kommentar**

- I Sie empfindet ihre eigenen Bewertungsprozesse als fragwürdig.
- B Sie denkt, sich selbst akzeptieren bedeutet, sich selbst so bewerten, wie man von anderen bewertet wird, meint also, ihre eigenen Bewertungsprozesse in den Hintergrund stellen zu müssen.
- E Ich werde ihr die Spannung zwischen ihren eigenen Bewertungsprozessen und den Meinungen anderer deutlich machen.

**Therapieprotokoll**

- T Das klingt mir wie ein »Sich-im-Kreise-Drehen«, nicht wahr? Sie haben den Eindruck, dass ich oder Therapeuten im Allgemeinen oder andere Leute sagen: »Es ist in Ordnung, es ist natürlich genug, mach nur«, und ich vermute, dass sich Ihr Körper dieser Betrachtungsweise anschließt. Aber irgendwas in Ihnen sagt: »Aber ich mag das nicht; nicht, wenn es nicht wirklich in Ordnung ist.«
- P Richtig! [Lange Pause]  
Ich fühle mich hoffnungslos. Ich meine, so fühle ich mich, und ich fühle – nun gut, was nun?

**Kommentar**

- I u. Die Patientin spürt nun unmittelbar Hoffnungslosigkeit und Wut mir gegenüber. Sie spürt, was es für sie bedeutet, kein Vertrauen in die eigenen Bewertungsprozesse zu haben.
- B Sie spürt, was es für sie bedeutet, kein Vertrauen in die eigenen Bewertungsprozesse zu haben.
- E Ich werde ansprechen, dass sie mir ihre Hoffnungslosigkeit zeigt, und dass sich ihre Wut gegen mich richtet.

**Therapieprotokoll**

- T Sie spüren: Das ist der Konflikt. Und er ist einfach unlösbar, darum ist es hoffnungslos, und Sie sehen mich an, und ich scheine Ihnen nicht zu helfen.
- P Richtig. Ich weiß ja, dass Sie nicht für mich antworten können, und ich muss es selbst herausfinden, aber ich möchte, dass Sie mich führen oder mir zeigen, wo ich anfangen kann, oder... damit es nicht so hoffnungslos aussieht. Ich weiß, ich kann mit dem Konflikt weiterleben, und ich weiß, dass sich die Dinge letztendlich klären werden, aber ich möchte mich mit meinem Lebensstil wohler fühlen – und ich fühle mich nicht wohl!

**Kommentar**

- I Sie richtet ihren Unmut gegen ihre eigene vermeintliche Unfähigkeit, sich wohlzufühlen.
- B Sie versucht, sich zu bekämpfen, wo sie doch eigentlich befreit werden müsste oder ihre Aufmerksamkeit auf ihre eigenen Möglichkeiten, sich zu befreien, richten sollte.
- E Ich werde versuchen, ihr zu zeigen, dass sie viel besser funktioniert, als sie denkt.



## Therapieprotokoll

- T Das Eine möchte ich Ihnen sagen: Was würden Sie mich denn gerne sagen hören?*
- P Ich wünschte, Sie würden sagen, dass ich ehrlich sein soll und es wagen soll, herauszufinden, ob Pamela mich akzeptiert. Und ich habe den Eindruck, dass, wenn ich es mit Pamela wagen würde, vor allen anderen, dass ich dann sagen könnte:*  
*»Dieses kleine Kind kann mich akzeptieren, ich bin in Wirklichkeit gar nicht so schlecht!«*  
*Wenn sie wirklich weiß, was für ein Teufel ich bin, und mich dennoch liebt und akzeptiert, dann wird mir das wahrscheinlich helfen, mich selbst mehr zu akzeptieren – als wenn es in Wirklichkeit nicht so schlimm wäre.*  
*Ich möchte, dass Sie sagen: »Geh und sei ehrlich«, aber ich mag die Verantwortung nicht übernehmen, sie aus der Fassung zu bringen. An dem Punkt möchte ich die Verantwortung nicht übernehmen.*

## Kommentar

- I Die Patientin spürt, dass sie den Wunsch hat, in ihrer Fehlerhaftigkeit akzeptiert zu werden.*
- B Diesen Wunsch akzeptiert sie nicht.*
- E Ich werde ihr zeigen, dass ich den Wunsch akzeptieren kann.*

## Therapieprotokoll

- T Sie wissen sehr gut, was Sie in dieser Beziehung tun möchten. Sie möchten Sie selbst sein, und Sie möchten sie wissen lassen, dass Sie nicht so perfekt sind, Dinge tun, die Sie vielleicht selbst nicht gutheißen, und dass Sie sich selbst zu einem gewissen Grad nicht gutheißen, dass sie Sie aber irgendwo als diese nichtperfekte Person liebt und akzeptiert.*
- P Ja, so wie ich denke, wenn meine Mutter offener mit mir gewesen wäre, dann würde ich in Sachen Sexualität nicht so eng denken. Wenn ich hätte denken können, dass sie auch, nicht wahr, ganz schön sexy und gierig und teuflisch sein konnte, wenn ich sie nicht dermaßen als eine liebe Mutter hätte ansehen müssen, gesehen hätte, dass sie auch anders sein konnte. Aber sie hat darüber nichts gesprochen. Vielleicht habe ich deshalb mein Bild. Ich weiß nicht, aber ich möchte, dass Pamela mich als eine vollständige Frau wahrnimmt und mich dennoch akzeptiert.*
- T Das klingt ganz und gar nicht unentschieden.*
- P Tut es nicht? Was meinen Sie damit?*

## Kommentar

- I Ihr wird immer klarer, dass sie als ganze Person akzeptiert werden möchte.*
- B Sie überlegt, wie es dazu gekommen ist, dass sie ihre eigenen Bewertungsprozesse infrage stellt.*
- E Ich werde die neu gewonnene Sicherheit in der Selbstbewertung ansprechen.*

## Therapieprotokoll

- T Ich meine, dass Sie gerade da gegessen haben und mir genau erzählt haben, was sie in der Beziehung zu Pamela gern täten.*
- P Täte – aber ich möchte das Risiko nicht eingehen, bis mir eine Autorität sagt, dass...*

## Kommentar

- I Die Patientin fühlt sich nicht vollständig verstanden.*
- B Vielleicht ist ihr die eigene Klarheit nicht deutlich genug – vielleicht verboten?*
- E Ich werde sie ihr noch einmal vor Augen führen.*

## Therapieprotokoll

- T Ich denke, ich spüre sehr scharf, dass es unglaublich riskant ist, zu leben. – Sie würden Ihrer Beziehung zu Ihrer Tochter eine Chance geben, und Sie würden dem wahrheitsgetreuen Bild Ihrer Tochter von ihrer Mutter eine Chance geben.*
- P Aber dann ist da noch ein Konflikt, weil ich wirklich nicht sicher weiß, was ich tun soll. Die Sache mit dem Lügen, ja, aber ich bin nicht sicher, was ich tun will, wenn ich gegen mich selbst angehe. Wenn ich z. B. einen Mann mit nach Hause bringe. Ich weiß nicht genau, ob ich das will. Wenn ich mich anschließend schuldig gefühlt habe, muss ich es nicht wirklich gewollt haben.*

## Kommentar

- I Die Patientin kommt auf ein anderes Problem zurück. Sie sucht nach einem untrüglichen Indiz dafür, wann sie in Übereinstimmung mit sich selbst handelt und wann nicht.*
- B Sie spürt, dass Schuldgefühle eine Stellungnahme zum eigenen Erleben bedeuten.*
- E Dieses Phänomen des Stellungnehmens spreche ich an.*

## Therapieprotokoll

- T Mich interessiert, dass Sie sagen – ich weiß nicht genau, welche Worte Sie benutzt haben – aber Sie mögen sich dann nicht und können es nicht gutheißen, wenn Sie etwas gegen sich selbst tun.*  
*[Die Patientin führt im Folgenden aus, dass sie sehr wohl die Situation der totalen Übereinstimmung mit sich selbst kennt und sich darin sehr wohl fühlt. Wegen des Wohlfühls und der Seltenheit dieser Situation nennt sie sie »utopisch«.]*
- T Ich spüre, dass Sie sich in diesen utopischen Momenten wirklich in einer gewissen Art als ein Ganzes fühlen. Sie fühlen sich wie aus einem Guss.*
- P Ja, es schnürt mir etwas die Kehle zu, wenn Sie das sagen, weil ich das Gefühl nicht so oft habe, wie ich es gern hätte. Ich mag dieses ganze Gefühl. Es ist mir sehr kostbar.*

**Kommentar**

- I Sie spürt jetzt, dass ich sie genau verstanden habe. Das macht ihr ein ähnliches Wohlgefühl.
- B Sie ist jetzt ganz bestimmt von dem, was sie im Moment spürt.
- E Ich will ihr sagen, dass ich auch das verstehe.

**Therapieprotokoll**

- T Ich denke, keiner von uns hat es so oft, wie er es gern hätte, aber ich verstehe das wirklich. Das geht Ihnen richtig nahe, nicht wahr?
- P Ja, und wissen Sie, was ich noch gerade denke? Ich – so was Dummes! – plötzlich, als ich mit Ihnen redete, dachte ich: »O, wie gut kann ich mit Ihnen sprechen«, und ich möchte, dass Sie mit mir einverstanden sind, und ich empfinde Hochachtung vor Ihnen, aber was mir fehlt ist, dass mein Vater niemals mit mir so sprechen könnte, wie Sie es tun. Ich meine, ich würde gern sagen: »O, Sie hätte ich gern zum Vater!« Aber ich weiß nicht einmal, warum mir das eingefallen ist.

**Kommentar**

- I Jetzt, wo sie einen bestimmten angestrebten Gefühlszustand erlebt, fällt ihr ein, wann und wo sie ihn vergeblich gesucht hat.
- B Ihr wird ein Stück ihrer Geschichte der Entstehung ihres Selbstkonzeptes deutlich.
- E Ich will ihr sagen, in welcher Form sie das heute erlebt.

**Therapieprotokoll**

- T Mir kommen Sie wie eine recht nette Tochter vor. Aber Sie vermissen das wirklich, dass Sie mit Ihrem eigenen Vater offen sein können.
- P Ja, ich könnte nicht offen sein, aber ich möchte es ihm nicht zum Vorwurf machen. Ich denke, ich bin offener, als er es mir erlauben würde. Er würde mir niemals zuhören wie Sie und nicht ablehnend sein und erniedrigend. Ich habe kürzlich darüber nachgedacht. Warum muss ich immer so perfekt sein. Ich weiß, warum. Er wollte immer, dass ich perfekt bin. Ich musste immer besser sein und, ja, ich vermisste das.

**Kommentar**

- I Die Patientin spürt, dass sie nicht perfektionistisch ist, sondern es vermisst, dass sie nicht so fehlerhaft sein darf, wie sie ist.
- B Sie spürt das »falsche« Selbst, dass ihr Selbstkonzept das Erleben des Wunsches nach Angenommenwerden in der eigenen Unvollkommenheit unterbindet.
- E Ich werde die Anstrengung, die das Unterdrücken solcher Wünsche mit sich bringt, ansprechen.

**Therapieprotokoll**

- T Sie haben mit aller Kraft versucht, das Mädchen zu sein, das Sie für ihn sein sollten.
- P Obwohl ich gleichzeitig rebelliert habe.
- T Das ist richtig.
- P So wie ich mich fast hämisch gefreut habe, als ich ihm kürzlich einen Brief geschrieben habe, in dem ich ihm mitgeteilt habe, dass ich eine Kellnerin bin. Ich denke, er findet das nicht in Ordnung, dass ich nachts ausgehe, und ich habe ihm mit hämischer Freude etwas zurückgezahlt, etwa so, dass ich ihn damit frage: »Na, wie findest Du mich?« Und dennoch: In Wirklichkeit möchte ich, dass er mich akzeptiert und liebt. Ich meine, er liebt mich.

**Kommentar**

- I Sie spürt nun auch die Wut gegen den ihr Erleben einschränkenden Vater und den Genuss, wenn sie sich dafür rächt.
- B Sie hat den Wunsch, vollständig akzeptiert zu werden, aber nicht vollständig aufgegeben.
- E Ich will ihr ihren Wunsch, der sich in ihrer Wut äußert, verdeutlichen.

**Therapieprotokoll**

- T Sie haben ihm also eine Ohrfeige gegeben, indem Sie gesagt haben: »So bin ich, sieh an!«
- P Ja. »Du hast mich erzogen – wie findest Du das Ergebnis?« Aber wissen Sie, was ich denke, was ich von ihm hören möchte? »Ich weiß, das warst Du, immer, mein Schatz, und ich liebe Dich wirklich.«

**Kommentar**

- I Sie spürt den Wunsch und zugleich die Trauer, dass er vom Vater nicht erfüllt werden wird.
- B Ich verstehe ihre Unsicherheit in ihren Selbstbewertungsprozessen jetzt besser.
- E Ich werde das konkret aufgreifen, was sie jetzt fühlt.

**Therapieprotokoll**

- T Es macht Ihnen viel aus, dass Sie denken müssen, es gibt kaum eine Chance, dass er das sagen wird.
- P Nein, das wird er nicht. Er hört nicht hin. Ich bin vor ungefähr zwei Jahren nach Hause zurückgegangen, ich wollte ihn wirklich wissen lassen, dass ich ihn liebe, obwohl ich mich vor ihm gefürchtet habe. Aber er hört mich nicht. Er sagt einfach nur weiter Sachen, wie: »Schatz, Du weißt, ich liebe Dich. Du weißt, dass ich Dich immer geliebt habe.« Er hört nicht hin.

**Kommentar**

- I Sie geht der Enttäuschung durch ihren Vater weiter nach.
- B Die Enttäuschung liegt darin, dass er sich für sie als Person nicht interessiert hat, d. h. sie auf dem schweren Weg der Entwicklung ihres Selbstkonzeptes nicht





durch wirkliches Verstehen und wirkliches Akzeptieren dessen, was er verstand, begleitet hat.

- E Ich will ihr auch diese Quelle ihrer Verzweiflung offenlegen.

#### Therapieprotokoll

- T *Er hat Sie nie richtig kennen gelernt und geliebt, und das ist es, was, irgendwie, die Tränen in Ihnen auslöst.*
- P *Ich weiß nicht, was es ist. Wissen Sie, wenn ich darüber rede, das ist schwer zu fassen. Ich sitze einfach eine Minute lang ganz still da, es fühlt sich an wie eine riesengroße Verletzung hier innen. Stattdessen fühle ich mich betrogen.*

#### Kommentar

- I Sie spürt die Angst, sich der eigentlichen Quelle ihrer Verletzung zu nähern. Das Gefühl der Verletzung und der Wut bleibt flüchtig.

- B Es sind also besonders diese beiden Gefühle, die sie nicht als zu ihrem Selbstkonzept passend zu erleben gelernt hat.

- E Ich werde ihr zeigen, dass ich verstehe, wie schwer sie es mit diesen beiden Empfindungen hat.

#### Therapieprotokoll

- T *Es ist viel leichter, es schwer zu fassen zu finden, denn dann müssen Sie nicht diesen großen Klumpen Ihrer Verletzung spüren.*

T *Therapeut, P Patientin.*

I *Emotionaler Erlebnisinhalt, den der Therapeut wahrnimmt.*

B *Überlegungen des Therapeuten zum Bezugsrahmen.*

E *Entscheidung darüber, was der Therapeut anspricht.*

#### Fazit

Ein Lehrbuch soll sich durch eine didaktisch gute Darstellung des Lehrstoffes, und wenn es sich um ein wissenschaftliches Lehrbuch handelt, auch durch eine nüchterne Darstellung der wissenschaftlichen Theorien und Befunde auszeichnen. Beim ersten zusammenhängenden Lesen dieses Kapitels – es ist in zeitlich auseinanderliegenden Etappen verfasst worden – wurde mir deutlich, dass in meinem Bemühen um wissenschaftliche Korrektheit eine andere Seite von Psychotherapie ziemlich untergegangen ist:

Psychotherapie ist immer etwas Einmaliges, Nichtwiederholbares. Psychotherapie ist die Begegnung von zwei Menschen, die sich so nicht wiederholen wird und auch keine Wiederholung früherer Begegnungen darstellt.

Psychotherapie verläuft nicht nur in »geordneten Bahnen«, sondern es gibt auch überraschende Wendungen, sowohl zum Guten als auch zum Schlechten.

Psychotherapie bedeutet für den Therapeuten nicht nur anstrengende (therapeutische) Arbeit, sie kann auch persönlich sehr bereichernd sein. Psychotherapie kann sowohl dem Therapeuten als auch dem Patienten Spaß machen und beglückende Gefühle auslösen, aber auch Angst und Depression.

Psychotherapieren heißt nicht nur, den dritten – neben dem Erziehen und dem Regieren – jener »drei unmöglichen Berufe, in denen man des ungenügenden Erfolgs von vornherein sicher sein kann« auszuüben (Freud 1937, S. 94; vgl. Kernberg et al. 2005). Gesprächspsychotherapeut zu sein heißt auch, zu erleben, wie das Vertrauen in die Entwicklungsmöglichkeiten von Menschen diesen hilft, an sich selbst zu erleben, dass Menschen nicht erfolgreich verändert werden wollen, sondern in ihren Erfahrungen verstanden und akzeptiert »anerkannt« werden wollen und sich selbst anerkennen möchten.

## Empfohlene Literatur

Die vertiefende Literatur soll sich auf fünf Werke beschränken: zwei Bücher von Carl R. Rogers, die für die Entwicklung der Gesprächspsychotherapie und des klientenzentrierten Konzeptes grundlegend und richtungsweisend waren, ein Buch, das die klinische Explikation der Gesprächspsychotherapie und des klientenzentrierten Konzeptes im deutschen Sprachraum darstellt, das Lehrbuch für die Praxis dazu und ein Buch, das einen Überblick über die verschiedenen Strömungen und konzeptuellen Weiterentwicklungen im Rahmen des klientenzentrierten Konzeptes gibt:

- Biermann-Ratjen EM, Eckert J, Schwartz H-J (2003) Gesprächspsychotherapie, Verändern durch Verstehen. Kohlhammer, Stuttgart (Das Buch erschien erstmals 1979 und wurde für die 9. Auflage, 2003, gründlich überarbeitet. Es beschreibt den Beitrag, den das klientenzentrierte Konzept zum Verstehen von Psychotherapie leistet und überträgt dieses Verständnis auf die Praxis der Gesprächspsychotherapie. Dabei werden Unterschiede zu und Gemeinsamkeiten mit der psychoanalytischen Therapie und der Verhaltenstherapie herausgestellt.)
- Eckert J, Biermann-Ratjen E-M, Höger D (2006) Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo (Es handelt sich um ein neu verfasstes Lehrbuch, das versucht, das gesprächspsychotherapeutische Handeln sowohl praxisnah als auch theoretisch fundiert zu vermitteln.)

- Keil WW, Stumm G (2002) Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie. Springer, Wien  
(Das Buch gibt einen sehr guten Überblick über die Weiterentwicklungen des klientenzentrierten Konzeptes in Theorie und Praxis.)
- Rogers CR (1983) Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie.  
(Dieses Buch erschien 1951 unter dem Titel *Client-centered therapy*. Der Verlag der deutschen Übersetzung erfolgte zunächst durch Kindler (1973), seit 1983 wird das Buch von Fischer in der Reihe »Geist und Psyche«, Bd. 42175, verlegt. Es stellt die Weiterentwicklung des 10 Jahre zuvor dargestellten nichtdirektiven Ansatzes »counseling and psychotherapy« vor und gibt umfassend Auskunft über den damaligen Stand der Theorie der klientenzentrierten Psychotherapie, Teil I, sowie Anwendungsbeispiele aus den Bereichen Kinder- bzw. Spieltherapie, Gruppentherapie, Organisationspsychologie und Erziehung, Teil II.)
- Rogers CR (1973) Entwicklung der Persönlichkeit.  
(Der Originaltitel dieses 1961 veröffentlichten Buches trifft den Inhalt genauer: *On becoming a person. a therapist's view of psychotherapy*. Das Buch enthält eine Sammlung von Aufsätzen, die Rogers in den Jahren 1951–1961 verfasst hat. Er greift sehr unterschiedliche Themen auf: Was macht eine Beziehung zu einer hilfreichen? Welche Prozesse spielen bei der Persönlichkeitsentwicklung eine Rolle? Was macht eine Person aus? Welche Lernprozesse spielen in der Psychotherapie eine Rolle? usw. Bei der Beantwortung dieser Fragen bedient sich Rogers immer wieder seiner Erfahrung als Psychotherapeut: Welche Erfahrungen habe ich als Psychotherapeut in der Beziehung zu Patienten gemacht?)



Psychotherapie

Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen

Reimer, C.; Eckert, J.; Hautzinger, M.; Wilke, E.

2007, XVII, 832 S., Hardcover

ISBN: 978-3-540-29987-5