

22. Psychotherapie

22.1 Psychotherapie: Systematik

Meinrad Perrez und Urs Baumann

Inhaltsverzeichnis

1. Was charakterisiert psychotherapeutische Methoden?	392	6. Methodenübergreifende Patientenvariablen	405
2. Gemeinsamkeiten in der Verlaufsstruktur ...	393	7. Methodenübergreifende Merkmale der Therapeut-Patient-Dyade	406
2.1 Phasen der Veränderung beim Patienten ..	393	8. Methodenübergreifende institutionelle, soziale und sozio-kulturelle Kontextvariablen	406
2.2 Strukturähnlichkeit in der zeitlichen Organisation der Psychotherapie	394	9. Systematik der psychotherapeutischen Behandlungsformen	408
3. Schulenübergreifende Grundmechanismen der Veränderung in Psychotherapien	398	9.1 Einteilung nach formalen Merkmalen	408
3.1 Theorienübergreifende Mechanismen und Prozesse	398	9.2 Einteilung nach Therapiezielen	409
3.2 Psychologische Mittel und Lernprozesse in psychotherapeutischen Interventionen ...	399	9.3 Einteilung der Therapieformen nach theoretischen Ansätzen	409
4. Methodenübergreifende Therapiewirkungen	402	10. Schlußbemerkungen	412
5. Methodenübergreifende Therapeutenvariablen	403	11. Literatur	413

1. Was charakterisiert psychotherapeutische Methoden?

Unter klinisch-psychologischen Behandlungs- und Therapiemethoden verstehen wir jene Teilmenge der klinisch-psychologischen Interventionsmethoden, die zur therapeutischen Beeinflussung von *Störungen* eingesetzt werden. Die Störungen können sich auf der intrapersonellen Ebene von psychischen Funktionen, Funktionsmustern oder der Ebene von interpersonellen Systemen lokalisieren. Durch ihre Anwendung soll die Prävalenz von Störungen vermindert werden. Im übrigen teilen sie die Merkmale von anderen klinisch-psychologischen Interventionsmethoden, die zur Prävention/Gesund-

heitsförderung und Rehabilitation angewendet werden (vgl. Huber, 1987): Verwendung *psychologischer Mittel*, *zielorientierter Prozeß*, durch den rationalen Korpus der Psychologie *theoretisch und empirisch fundiert*, durch psychologische *Experten* in einem professionellen *Setting* durchgeführt (vgl. Kap. 1/Grundbegriffe – Einleitung). Die durch psychologische Experten mit Hilfe von psychologischen Mitteln initiierten, psychodiagnostisch begleiteten und evaluierten psychischen Veränderungsprozesse zielen auf die Veränderung von psychischen Funktionen, die Reorganisation komplexer Funktionsmuster bzw. von gestörten interpersonellen Systemen ab. Der *Psychotherapiebegriff* hat sich stärker für Interventionen bei *Funktionsmustern* (Syndromen) und bei *interpersonellen Systemen* eingebürgert und weniger bei gestörten psychischen

Funktionen (vgl. Kap. 1/Grundbegriffe – Einleitung). Für die Behandlung gestörter Funktionen wird eher der Behandlungsbegriff (z. B. Behandlung einer Lernstörung) und der Begriff «Funktionstraining» (z. B. Gedächtnistraining) verwendet; beiden Begriffen ist indes der (psycho-)therapeutische Aspekt gemeinsam. Funktionstrainings und Psychotherapien können auch mit dem Ziel durchgeführt werden, körperliche Beschwerden oder Störungen zu beheben, wenn z. B. durch eine Behandlung des Eßverhaltens (event. Funktionstraining) eine Verbesserung des somatischen Befindens erwartet werden darf, oder wenn ein begründeter Verdacht auf einen Zusammenhang von psychischen Problemen mit dem physischen Befinden besteht: Erlebens- und Verhaltensmerkmale als Kodeterminanten somatischer Störungen. Umgekehrt gelangen klinisch-psychologische Behandlungs- und Therapiemethoden auch bei psychischen Störungen zur Anwendung, die aus somatischen Erkrankungen resultieren, z. B. bei der Schmerzbehandlung oder bei der Diabetesbehandlung: Psychische Probleme als Folge von organischen Störungen. Derartige Interventionen werden heute vielfach im Gebiet der *Verhaltensmedizin* (vgl. Miltnner, Birbaumer & Gerber, 1986) diskutiert. Auch im Rehabilitationskontext sind mitunter Behandlungen von Funktionen und Psychotherapien angezeigt, wenn beispielsweise durch die Belastung einer chronischen Krankheit eine psychische Störung ausgelöst wird, die einer Psychotherapie bedarf.

Zur Charakterisierung klinisch-psychologischer Behandlungs- und Therapiemethoden sei schließlich ihr Status als *Regelsysteme* zur therapeutischen Beeinflussung psychischer und sozialer Störungen von ihrer *praktischen Anwendung* unterschieden. Unter *Methoden* verstehen wir zunächst Handlungsregeln und Regelsysteme, wie sie in Lehrbüchern beschrieben werden (vgl. Kap. 4/Wissenschaftstheorie: Intervention). In der Praxis werden solche Regeln angewendet. Damit unterscheiden wir die Handlungsebene von der Methoden- bzw. Regelungsebene.

Die psychotherapeutischen Methoden der Gegenwart stellen auf den ersten Blick eine sehr heterogene Ansammlung von Methoden dar, die – in Schulenstreitereien verwickelt – Wert auf ihre wechselseitige Abgrenzung legen. Trotz

dieser Akzentuierung der jeweiligen Andersartigkeit weisen sie gemeinsame Struktur- und Prozeßmerkmale auf. Diese vermögen zwar nicht ihre ganze Wirkung zu erklären, aber durch sie können die allgemeinen Charakteristika der Psychotherapie und der speziellen Methoden besser erkannt werden. Die folgenden Kapitel sind diesen methodenübergreifenden Aspekten gewidmet.

2. Gemeinsamkeiten in der Verlaufsstruktur

2.1 Phasen der Veränderung beim Patienten

Bis eine Psychotherapie als professionelle Hilfeleistung zu einer Verhaltens- und Persönlichkeitsänderung führt, bedarf es *vorthérapeutischer* Veränderungsprozesse, bei denen der Patient und seine Umgebung die Hauptrolle spielen. Prochaska, DiClemente und Norcross (1992) unterscheiden für diese Etappe zwei verschiedenen abgrenzbare Phasen in ihrem schulenübergreifenden therapeutischen 5-Phasen-Konzept:

(1) *Präkontemplationsphase* («*precontemplation stage*»), *Phase ohne Problembewußtsein*: Die Patienten haben in dieser Phase keine Absicht, ihr Verhalten zu ändern, und oft geht ihnen auch die bewußte Einsicht in ihr Problem ab, obwohl die Umgebung die Probleme bemerkt. Zur Psychotherapie werden sie in dieser Phase mitunter von der Umgebung gezwungen, ohne gute Erfolgsaussichten. Allenfalls sind vage Wünsche für Verbesserungen erkennbar.

(2) *Kontemplationsphase* («*contemplation stage*»), *Phase des Problembewußtseins*: In dieser Phase werden die Patienten gewahr, daß Probleme vorhanden sind, ohne daß schon eine konkrete Entscheidung getroffen würde, wie sie anzugehen wären. Sie sind noch nicht für eine Veränderung bereit und wägen Vor- und Nachteile einer Therapie ab.

(3) *Vorbereitungsphase* («*preparation*»), *Phase der Entscheidung und Vorbereitung*: In dieser Phase entschließen sich die Patienten, in naher Zukunft eine Therapie zu beginnen. Hier spielt

die Umgebung oft eine große Rolle für die Entscheidungsprozesse (s. Kap. 19/Gesundheitsversorgung).

(4) *Handlungsphase*, («*action*»): Die Patienten investieren aktiv in die Veränderung mit Zeit, Geld und psychischem Aufwand. In dieser Phase lokalisiert sich der Ablauf des therapeutischen Prozesses (vgl. Abschnitt 2.2).

(5) *Aufrechterhaltungsphase* («*maintenance*»): Sie bezeichnet den Abschnitt nach der Therapie, in dem die Patienten in die Aufrechterhaltung des Erreichten investieren.

Diese Phasen kann man sowohl bei selbst-initiierten Verhaltensänderungen wie auch bei solchen, die sich mit therapeutischer Hilfe vollziehen, beobachten. Es können *vier verschiedene Verlaufstypen* unterschieden werden: (1) *Stabiler Typus*: Patienten verharren in einer Phase während längerer Zeit; (2) *Progressiver Verlaufstypus*: es kann eine lineare Bewegung von ei-

nem Stadium zum anderen festgestellt werden; (3) *Regressiver Typus*: Patient fällt von einem späteren Stadium in ein früheres zurück; (4) «*Recycling-Typus*»: Patienten ändern die Veränderungsrichtung innerhalb der Therapie mindestens zwei Mal.

2.2 Strukturähnlichkeit in der zeitlichen Organisation der Psychotherapie

Die verschiedenen psychotherapeutischen Methoden teilen weitgehend eine elementare Strukturähnlichkeit in ihrer *zeitlichen Organisation*. In allen Psychotherapien besteht nach der Indikationsabklärung die erste therapeutische Aufgabe in der Herstellung der therapeutischen Beziehung zwischen Therapeut und Patient. Auf dieser erreichten Grundlage werden dann therapeutische Lernprozesse angeregt. Die Veränderungsprozesse selber werden mehr oder weniger systematisch und kontinuierlich evaluiert, und je nach Ergebnis wird das therapeutische Handeln in Funktion dieser Evaluation korrigiert bzw. die Therapie zum Abschluß gebracht (s. Tab. 1). Diese therapeutischen Funktionseinheiten resultieren aus der Aufgabenstruktur, die der Psychotherapie innewohnt. Sie sind nicht nur für die Psychotherapie, sondern – teilweise mit etwas unterschiedlichem Gewicht – auch für die Behandlung gestörter Funktionen relevant. Eine Darstellung der verschiedenen Phasen aus der Perspektive des Patienten findet sich bei Huber (1991; vgl. auch Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1991).

Väter der Psychotherapie



Sigmund Freud
1856–1939



Iwan Petrowitsch Pawlow
1849–1936



Aaron T. Beck
* 1921



Burrhus F. Skinner
1904–1991



Emil Kraepelin
1856–1926



Carl Rogers
1902–1987

(1) *Phase der Indikation*: Klinisch-psychologische Behandlung respektive Therapie wird durch die Feststellung ihrer Indikation eingeleitet. Unter Indikationsaussagen werden Handlungsregeln verstanden, «die angeben, welche Maßnahmen unter vorgegebenen Randbedingungen (u. a. auch Ziele) optimal sind» (Baumann & von Wedel, 1981, S. 13). Damit entsprechen sie der Struktur von technologischen Regeln. Dabei sind verschiedene Entscheidungsebenen zu unterscheiden, vom «Laiensystem» (Selbstindikation) bis zum System der psychotherapeutischen Spezialisten.

Auf der Grundlage diagnostischer Prozesse (vgl. Kap. 6/Klassifikation) werden *Klassifikationsentscheidungen* bezüglich der Diagnose und *Selektionsentscheidungen* für das therapeutische Verfahren getroffen (vgl. Zielke, 1982). Theorie-

tisch könnte durch die sogenannte prognostische oder selektive Indikation für eine gegebene Störung – im Sinne einer optimalen Passung – die jeweils beste Methode ausgewählt werden. Die Eingangsindikation legt den groben Handlungsrahmen fest. Der Einfluß dieses diagnostischen Prozesses auf die Wahl des therapeutischen Verfahrens darf indes nicht überschätzt werden (vgl. Blaser, 1985), da Therapeuten auf Grund ihrer Ausbildung nur ein beschränktes Repertoire an therapeutischen Techniken beherrschen, fundierte Indikationsaussagen nur beschränkt vorliegen und der therapeutische Prozeß als dynamisches Geschehen die Problemlage über die Zeit verändert (vgl. Grawe, 1981a). Dies macht eine kontinuierliche Adaptation der therapeutischen Einflußnahme erforderlich, weshalb in diesem Zusam-

Tabelle 1: Ablaufstruktur von Psychotherapien (vgl. auch Kanfer & Grimm, 1980)

Phase	Ziele	Mittel
1. Indikation	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostische Abklärung • Klärung der geeigneten Therapiemethode Medizinische Intervention? Psychologische Intervention? Welche klinisch-psychologische Behandlungs- bzw. Therapiemethoden? • Aufklärung über die Therapie, Einwilligung («informed-consent») 	<ul style="list-style-type: none"> • Interview/Anamnese • Persönlichkeitstests und klinische Tests • u. U. neben psychologischer auch medizinische Untersuchung
2. Aufbau der therapeutischen Beziehung und Klärungsarbeit (Problemklärung/Ziele)	<ul style="list-style-type: none"> • Rollenstrukturierung (dem Patienten die Rolle als Patient erleichtern und erklären) • Bildung von positiven Veränderungserwartungen • Aufbau der therapeutischen Beziehung. Evtl. Vermittlung eines globalen Ätiologiekonzeptes 	<ul style="list-style-type: none"> • Verwirklichung von Wertschätzung und Empathie • Klärung der therapeutischen Spielregeln • Therapeutischer Kontrakt
3. Inszenierung des therapeutischen Lernens	<ul style="list-style-type: none"> • Systematischer Kompetenzaufbau (Verhaltenstherapie) • Analyse und Erfahrung von Verhaltens- und Erlebensmotiven (Psychoanalyse) • Restrukturierung des Selbstbildes (Gesprächspsychotherapie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Einsatz spezieller psychotherapeutischer Techniken • Kontinuierliche Beobachtung und Evaluation des therapeutischen Verlaufs
4. Evaluation vor/nach Abschluß	<ul style="list-style-type: none"> • Psychodiagnostische Klärung der Therapiezielerreichung • Sicherung der Generalisierung der Therapieergebnisse • Formelle Beendigung des therapeutischen Verhältnisses 	<ul style="list-style-type: none"> • Gespräch • Diagnostische Verfahren • Reduzierung der therapeutischen Kontakte • Einvernehmliche Abschlußvereinbarung

menhang von einer *adaptiven Indikation* gesprochen wird. Die adaptive Indikation definiert den exakteren Handlungsablauf. In diesem Sinne spielt die Diagnostik in allen Phasen der Therapie eine Rolle. Zur Indikationsphase gehört auch die Aufklärung der Patienten und das Einholen der Einwilligung (Informed Consent; Dsubanko-Obermayr & Baumann, 1998).

(2) *Aufbau der therapeutischen Beziehung*: Kanfer und Grimm (1980) sprechen für die Anfangsphase von der *Rollenstrukturierung* und vom Aufbau der therapeutischen Allianz oder Strupp (1986) von der Herstellung der zwischenmenschlichen Beziehung zwischen Therapeut und Patient, die Voraussetzung für das therapeutische Lernen ist. Der Patient hat sich einerseits mit der besonderen Rolle als Patient, wie sie je nach therapeutischem Ansatz definiert ist, vertraut zu machen. Er erfährt dabei, welche Leistungen der Therapeut von ihm erwartet, welche Spielregeln für die Therapie Geltung haben. Andererseits muß in dieser Phase eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient und Therapeut aufgebaut werden. Die von Rogers thematisierten Therapeutenvariablen der Echtheit, der Wärme und Wertschätzung und der Empathie erleichtern die Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung (vgl. Kap. 22.3/Gesprächstherapeutisch orientierte Psychotherapie). Diese Beziehung schafft die Voraussetzungen für ein angstfreies therapeutisches Lernen in den folgenden Phasen und unterstützt die Motivation und die Compliance. In der Psychoanalyse ist die Herstellung einer «Übertragungsbeziehung» wesentliche Voraussetzung für die therapeutische Arbeit. Der Aufbau der therapeutischen Beziehung und die Rollenstrukturierung, die Voraussetzung für die koorientierte therapeutische Arbeit ist («co-oriented activity»; Orlinsky & Howard, 1987), wird durch das therapeutische Setting unterstützt. Dazu gehören oberflächliche Aspekte wie die professionellen *räumlichen* Bedingungen, unter denen die Behandlung bzw. Therapie stattfindet, aber auch die therapeutischen Regeln. Der therapeutische Kontrakt zwischen Patient und Therapeut regelt u. a. die Häufigkeit und Dauer der Sitzungen pro Woche, die Verpflichtungen des Patienten und des Therapeuten, wie z. B. die Schweigepflicht. In dieser Phase wird dem Patienten oft auch schon ein erstes globales Kon-

zept zum Verständnis seiner Störung (Ätiologiekonzept) vermittelt.

(3) *Die Inszenierung therapeutischen Lernens*: Eine vertrauensvolle Patient-Therapeut-Beziehung stellt eine der grundlegenden therapeutischen Bedingungen dar, die neues Lernen erleichtern. Strupp (1986) spricht in diesem Zusammenhang vom «*therapeutischen Lernen*». In Übereinstimmung mit allgemeinen Lerndefinitionen (vgl. Bower & Hilgard, 1981) verstehen wir unter therapeutischem Lernen den Aufbau (bzw. Abbau) von relativ stabilen Verhaltensdispositionen und die Neuorganisation von kognitiven Strukturen aufgrund *therapeutischer Erfahrung*, also die Veränderung von Dispositionen zu offenem (direkt beobachtbarem) und/oder verdecktem Verhalten und Erleben, zu psychomotorischem, affektivem, kognitivem und vegetativem Verhalten, und damit einhergehend die Neustrukturierung der störungsrelevanten Kognitionen. Die *Lernziele* können variieren von elementaren Zielen, wie das Abgewöhnen eines Sprachfehlers bis zu hochkomplexen Aufgaben, wie die Veränderung der Einstellungen zu sich selbst und zu wichtigen Bezugspersonen; die *Zeit* kann wenige Stunden bis mehrere Jahre umfassen. Das therapeutische *Lernarrangement* kann hochstrukturiert sein, wie in der Verhaltenstherapie oder mehr auf selbstentdeckender Grundlage beruhen, wie in der Gesprächspsychotherapie (vgl. Strupp, 1986). Die strukturellen Bedingungen des Lernarrangements werden durch den speziellen therapeutischen Ansatz, bzw. die Methode innerhalb eines Ansatzes definiert. In der Verhaltenstherapie besteht die erste Phase der therapeutischen Arbeit in der verhaltensanalytischen Abklärung des Problems, der Zielbestimmung, der Methodenauswahl; später steht das eigentliche therapeutische Lernen im Vordergrund. In der Psychoanalyse sind es auf längere therapeutische Zeiträume ausgelegte Beziehungserfahrungen, die in der Übertragungsanalyse das Zentrum des therapeutischen Lernens darstellen. Alle psychotherapeutischen Ansätze verschaffen dem Patienten in mehr oder weniger großem Ausmaß die Möglichkeit, unter besonderen Bedingungen neue Beziehungserfahrungen machen zu können, Rückmeldung für das eigene Verhalten zu bekommen, zu irgendwelchen Formen der Realitätstestung an-

geregt zu werden und neue Kompetenzen einüben zu können (vgl. Goldfried, 1987). Auf der kognitiven Ebene bieten sie dem Patienten eine plausible – im Idealfall eine auf den Erkenntnissen der Wissenschaft beruhende – Erklärung an, die dem Patienten die Symptome verständlich werden lassen und aus denen die therapeutischen Handlungsprozeduren resultieren (vgl. Frank, 1989). Bei der Behandlung von gestörten Funktionen erfahren die erwähnten Erfahrungselemente eine unterschiedliche Akzentuierung im Vergleich zur Psychotherapie.

Das durch klinisch-psychologische Behandlungen und Therapien bereitgestellte Lernarrangement ist in der Regel zielorientiert (vgl. Perrez, 1982), wobei die Ziele kurzfristig (Zwischenziele oder phasentypische Ziele) oder längerfristig konzipiert und unterschiedlich konkret sein können (vgl. Kap. 18/Systematik der Intervention). Die den meisten Behandlungen oder Psychotherapien zugrundeliegende Zielstruktur (s. Tab. 2) läßt sich in (1) therapieprozeßbezogene, (2) mikroergebnisbezogene und (3) makroergebnisbezogene Ziele gliedern (vgl. Orlinsky & Howard, 1986). Die *therapieprozeßbezogenen* Ziele sind stets kurzfristig und konkret. Sie regulieren die Handlungssteuerung des Therapeuten in der Therapiesitzung, wenn er beim Patienten die Selbstexploration fördern will, einen Zusammenhang klar machen, eine

Einsicht wecken will, wenn er im Rollenspiel dem Patienten ein neues Verhalten entlocken und einüben oder eine Übung durchführen will.

(4) *Evaluation und Abschluß des therapeutischen Lernens*: In allen klinisch-psychologischen therapeutischen Interventionen wird das therapeutische Geschehen durch psychodiagnostische Prozesse begleitet. Diese können unterschiedlich organisierten und methodisierten Charakter haben. Die Funktion der *Prozeßdiagnostik* besteht in der Kontrolle des therapeutischen Verlaufs (vgl. Kanfer & Grimm, 1980). Sie überprüft, wie weit therapieprozeßorientierte Ziele jeweils schon approximiert werden. Die *Statusdiagnostik* klärt, wie weit die angestrebten Makroergebnisse erreicht sind. Für beide diagnostischen Funktionen variieren die eingesetzten Methoden von der wenig reglementierten klinischen Exploration bis zu standardisierten und empirisch normierten Testverfahren.

Die kontinuierliche, prozeßorientierte Evaluation schafft die Voraussetzungen, das therapeutische Handeln an die Gegebenheiten des Patienten zu adaptieren (adaptive Indikation), während die Abschlußevaluation ergebnisorientiert ist. Sie liefert die Grundlage für die Entscheidung, eine Therapie zum Abschluß zu bringen.

Tabelle 2: Allgemeine Zielstrukturen von Psychotherapien (vgl. Orlinsky & Howard, 1986)

Zieltyp	Beispiele
Ziele für Therapiesitzung (therapieprozeßbezogen): Konkret und kurzfristig	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung der Selbstexploration • Verminderung der Angst beim Sprechen über tabuisierte Inhalte • Beim Rollenspiel angemessen mitspielen • Instruktionen einer Übung befolgen
Mikroergebnisse (micro-outcome/post-session): Konkret und kurzfristig	<ul style="list-style-type: none"> • Konkrete Alltagssituation, die bisher gemieden wurde, nicht mehr meiden (z. B. mit Vorgesetzten sprechen) • Den Zusammenhang einer konkreten sozialen Konfliktsituation besser verstehen können
Makroergebnisse (macro-outcome/post-session): Global und langfristig	<ul style="list-style-type: none"> • Positives Selbstbild • Angemessene Ichstärke • Angemessene Selbstwirksamkeitserwartung • Verbesserte Kommunikationsfähigkeit • Stabile und situationsgeneralisierte Kompetenzen

3. Schulenübergreifende Grundmechanismen der Veränderung in Psychotherapien

3.1 Theorienübergreifende Mechanismen und Prozesse

Eine zentrale psychologische Fragestellung besteht in den grundlegenden Veränderungsmechanismen, die an therapeutischen Veränderungen beim Patienten beteiligt sind. Welche psychologischen Mechanismen werden durch die Inszenierung des therapeutischen Lernens affiziert, deren Veränderung schließlich die Störung beheben oder mildern?

Grawe (1997) unterscheidet theorienübergreifend vier verschiedene *Grundmechanismen der Veränderung*, die an allem psychotherapeutischem Lernen beteiligt sind. Diese Mechanismen werden durch therapeutische Methoden aktiviert, wobei gewisse Methoden bestimmte Mechanismen nicht und andere weniger ansprechen.

Der erste Mechanismus, die *«Bewältigungskompetenz»* («mastery/coping») betrifft die Befähigung des Patienten, die störungsspezifischen fehlenden Bewältigungskompetenzen aufzubauen. Durch die Befähigung im adäquaten Umgang mit problematischen Situationen verändert der Patient auch die «sekundäre Bewertung» (vgl. Kap. 17/Streß, Coping) seiner Kompetenzen. Die Selbstwirksamkeitserwartung wird erhöht. Grawe nennt die Expositionstherapie als Beispiel für eine Methode, die diesen Mechanismus aktiviert.

Mit dem zweiten Grundmechanismus, der *«Klärung und Veränderung der Bedeutungen»* («clarification of meaning») meint Grawe die Veränderung der «primären Bewertung» im Sinne von Lazarus. Angst z. B. kann aus der Einschätzung einer Situation als bedrohend für das Wohlbefinden resultieren. Dies bewußt zu machen und zu klären, hat therapeutische Wirkung. Der therapeutische Ansatz von Greenberg, Rice und Elliott (1993) wird als Beispiel für eine Methode, die hier ansetzt, genannt.

Der dritte Mechanismus, die *«Problemaktualisierung»* besteht im Aktualisieren problematischer Erlebens- und Verhaltensmuster, um op-

timale Lernbedingungen gestalten zu können, statt nur auf der symbolisch vermittelten Sprachebene Veränderungsprozesse zu stimulieren. Damit wird das direkte Erfahrungslernen ermöglicht. Dies wird in Therapien wie Psychodrama, in Interaktions-Rollenspielen aber auch in der Übertragungsbeziehung und deren Aufarbeitung gewährleistet (vgl. Heigl & Triebel, 1977).

Der vierte Mechanismus, die *«Ressourcen-Aktivierung»* bezeichnet die Mobilisierung der Kräfte, die der Patient mitbringt, um seine Veränderung in Gang zu setzen und zu stabilisieren.

Eine forschungsbasierte Psychotherapie (vgl. Grawe, 1997) sollte Techniken für alle Grundmechanismen beinhalten, die – am Einzelfall gemäß der therapeutischen Prozeßphase adaptiert – anzuwenden sind. Diese Mechanismen können auch auf der Ebene eines größeren Auflösungsvermögens konzeptualisiert werden, wodurch sich ihre Anzahl vergrößert. Auch die Wahl der theoretischen Ebene ist durch den Vorschlag von Grawe nicht zwingend vorbestimmt. So sind z. B. Prozesse der Bedeutungsgenerierung oder der psychologischen Bewältigung bzw. deren Veränderung für verschiedene theoretische Konzeptualisierungen offen.

Eine weitere theorienübergreifende Konzeption stammt von Prochaska, DiClemente und Norcross (1992), die zehn verschiedene, schulenübergreifende grundlegende Veränderungsprozesse vorschlagen (s. Tab. 3). Veränderungsprozesse definieren sie als offene und verdeckte Aktivitäten und Erfahrungen, in die sich Individuen engagieren, wenn sie versuchen, problematisches Verhalten zu ändern. Diese Prozesse können zu verschiedenen Zeitpunkten des Veränderungsprozesses und für verschiedene Störungen resp. Therapieziele unterschiedliche Bedeutung haben. Verschiedene Methoden akzentuieren dabei unterschiedliche Veränderungsprozesse.

Im theorien- und methodenübergreifenden Modell von Prochaska, DiClemente und Norcross (1992) werden die Veränderungsphasen mit den Prozessen integriert. Das Modell geht davon aus, daß je nach Störung und Phase, in der sich PatientInnen befinden, Prozesse zu initiieren sind. Personen mit schweren Verhaltensproblemen, die sich noch in der ersten oder zweiten Phase befinden, haben eine schlechte

Tabelle 3: Prozesse und Interventionen (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992)

Prozesse	Ziele und psychologische Mittel zur Aktivierung der Prozesse
Selbstexploration/Selbstreflexion (consciousness raising)	Zunahme an Information über sich selber und über Probleme: Beobachtung, Konfrontation, Interpretationen/Deuten, Bibliotherapie
Selbst-Neueinschätzung (-Bewertung) (self-reevaluation)	Feststellen, wie man fühlt und über sich selbst denkt in Hinblick auf ein Problem: Klärung der Werte, Vorstellungsarbeit, korrektive emotionale Erfahrung
Selbst-Befreiung (self-liberation)	Entscheidung und Engagement für Verhaltensänderung, Stärkung des Vertrauens in die Fähigkeit für die Veränderung: Entscheidungstherapie, Logotherapie, therapeutische Technik, Motivierungstechnik
Gegenkonditionierung (counter-conditioning)	Problemverhalten durch alternatives Verhalten löschen: Relaxation, Desensibilisierung, Selbstsicherheitstraining, positive Selbst-Instruktion
Stimuluskontrolle (stimulus control)	Vermeidung oder Bekämpfung von Stimuli, die das Problemverhalten auslösen: Umgebung restrukturieren (z. B. Alkohol oder schädigende Nahrungsmittel verbannen), gefährliche Risikosituationen vermeiden
Verstärkungsprozeduren (reinforcement management)	Selbst- oder Fremdverstärkung für erwünschtes Verhalten: Kontingenzverträge, offenes oder verdecktes Verstärken, Selbstbelohnung
Helfende Beziehungen (helping relationships)	Offensein für Probleme und Personen vertrauen, die helfen: Therapeutische Allianz, soziale Unterstützung, Selbsthilfegruppen
Gefühlserleichterung (dramatic relief)	Gewahrwerden und ausdrücken von Gefühlen bezüglich eigener Probleme und Lösungen: Psychodrama, Rollenspiel
Umgebungs-Neueinschätzung (-Bewertung) (environmental reevaluation)	Feststellen, wie eigene Probleme die Umgebung belasten: Empathie-Training
Soziale Befreiung (social liberation)	Aufbau bzw. Stärkung von konstruktivem Verhalten der Sozietät: Einsatz für die Rechte der Unterdrückten, «Empowering», politische Interventionen

Prognose, wenn man mit der vierten Phase beginnt. Sie unterscheiden zwei Formen von therapeutischen «Mismatches» von Phasen (in denen sich Patienten befinden) und therapeutischen Angeboten: (1) die Methode akzentuiert Prozesse für eine Phase, in der der Patient noch nicht ist, oder (2) Prozesse für eine Phase, die vom Patienten bereits durchlaufen ist, z. B. der Patient ist bereits für die Aktionsphase eingestellt, und die Therapie arbeitet an Prozessen, die für die «Contemplation»-Phase wichtig sind. Beides ist prognostisch ungünstig.

3.2 Psychologische Mittel und Lernprozesse in psychotherapeutischen Interventionen

Bereits im vorausgegangenen Abschnitt wurden bei Grawe (1997) und Prochaska, DiClemente und Norcross (1992) Methoden/Mittel als Beispiele genannt, die zur Aktivierung von therapeutischen Veränderungsmechanismen in verschiedenen Therapien angewendet werden.

Die Prozeßsystematisierung von Prochaska, DiClemente und Norcross (1992) orientiert sich

an einer empirischen Komponentenanalyse von Patientendaten, die mit Veränderungstems in verschiedenen Studien und während verschiedenen Prozeßphasen erhoben worden waren. Das Ergebnis der Systematisierung ist die beschreibende Unterscheidung von verschiedenen Veränderungsprozessen auf einem mittleren Abstraktionsniveau, wie es die Autoren selber einschätzen.

Im folgenden wird ein theoriebezogener Systemisierungsvorschlag skizziert, der sich am *Lernen als Grundprozeß aller psychotherapeutischen Veränderungsprozesse* orientiert. Dabei sind verschiedene Überlappungen mit den zuvor im Abschnitt 3.1 dargestellten Varianten zu erkennen. Die Klassifikation unterscheidet sieben Typen von psychologischen Mitteln und entsprechende implizierte Lernprozesse.

Die therapeutischen Veränderungsprozesse betreffen entweder stärker einzelne psychische Funktionen (beim Funktionstraining) oder das ganze psychobiologische System der Persönlichkeit, als Ensemble motivationaler, emotionaler, kognitiver, motorischer, psychophysiologischer, biochemischer und neurologischer Funktionen (bei Psychotherapien). Bestimmte Psychotherapien sprechen gewisse Funktionen stärker an als andere. So stehen bei Biofeedback-Methoden psychophysiologische und kognitive Funktionen im Vordergrund, während in der rational-emotiven Therapie mehr motivationale, kognitive und emotionale Funktionen angesprochen werden, was nicht bedeutet, daß durch die methodentypische Fokussierung gewisser Funktionen oder durch Funktionstrainings sekundär nicht auch alle anderen mitbeeinflußt würden. Ungeachtet des therapeutischen Ansatzpunktes finden im positiven Fall – wie oben bereits angesprochen – Lernprozesse statt, wenn die stabile Veränderung nicht lediglich auf biochemische oder Reifungsprozesse, sondern auf die therapeutische Lernerfahrung zurückzuführen ist.

Psychotherapeutische Methoden wie auch die Methoden zur Behandlung von Funktionsstörungen lassen sich methodenübergreifend nach den *Lernmechanismen und -mitteln* beschreiben und untersuchen, die je nach Methode einzeln oder kombiniert Anwendung finden – ungeachtet der von den Schulen selbst vorgebrachten Kausalattributionen. Diese stellen psychologische *Erklärungselemente* für die Änderungs-

prozesse dar. Diese Erklärungselemente werden in Funktion der künftigen Forschung, insbesondere der Lernforschung weitere Differenzierungen und Korrekturen erfahren. Auf Probleme der strikten Erklärung psychotherapeutischer Effekte haben u.a. Bastine (1988) oder Westmeyer und Hoffmann (1977) aufmerksam gemacht (vgl. auch Kap. 4/Wissenschaftstheorie: Intervention).

Eine psychologisch stringente *Taxonomie* der psychologischen Mittel und Lernprinzipien, die in den Psychotherapien und Behandlungen von Funktionsstörungen Anwendung finden, liegt bisher nicht vor und wird hier auch nicht zu leisten sein. Komplexere Therapieansätze bringen stets mehrere Mittel zur Anwendung, und meistens sind an einem Mittel wiederum mehrere «Sub-Mittel» zu unterscheiden, was ihre Untersuchung in der therapeutischen Praxis sehr erschwert. Dennoch liegen zu einzelnen Mitteln und damit implizierten Lernmechanismen kontrollierte Studien vor, z.B. zur Methode der differentiellen Beachtung (vgl. Ischi, 1985) oder des Biofeedback (vgl. Zeier, 1998). Die Lernprozesse sind prinzipiell verschiedenen theoretischen Rekonstruktionen zugänglich. Statt an den «klassischen» Lernprinzipien könnte die Systematik z.B. auch an Konzepten der Informationsverarbeitung orientiert sein. Der folgende Systematisierungsversuch der psychologischen Mittel orientiert sich primär – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – an «klassischen» lernpsychologischen Gesichtspunkten (vgl. Spada, 1992).

(1) *Gewohnheitsbildung durch Übung*: Darunter verstehen wir jene Mittel, bei denen affektive, kognitive, motorische usw. Verhaltensdispositionen durch *Verhaltenswiederholung* gestärkt werden sollen. Das *mentale Training* stellt eine besondere Variante des Übens dar, bei der die Verhaltenswiederholung vorstellungsmäßig durchgeführt wird (vgl. dazu unten «(5) kognitive Mittel»). Die Übung wird durch den Therapeuten instruiert und u.U. auch modelliert. Instruktion und Modelldarbietung stehen dann als Elemente anderer Mittelgruppen im Dienste der Übung. Übung ist ein wesentlicher Aspekt bei den Entspannungstechniken, auch beim Biofeedback. Gleichermäßen spielt bei Konditionierungs- oder Dekonditionierungsprozessen die Übung bzw. die Wiederholung eine wichti-

ge Rolle, so z. B. bei der Desensibilisierung oder der Expositionstherapie. Kognitive Gewohnheiten werden u. a. bei der kognitiven Umstrukturierung durch Üben verändert.

(2) *Konfrontation mit der angstauslösenden Situation*: Verschiedene Methoden verwenden dieses Mittel zum Abbau bzw. zur Schwächung von affektiven Reaktionen. Dadurch werden psychologische Prozesse der Löschung, der Gegenkonditionierung bzw. der Habituation angeregt, an denen auch kognitive Veränderungen beteiligt sind (Fiegenbaum & Tuschen, 1996). Merkmale des Therapeuten können ebenfalls als soziales angsthemmendes Agens wirken (vgl. Martin, 1975).

(3) *Positive bzw. negative verbale und nonverbale Rückmeldung durch den Psychotherapeuten*: In jeder Psychotherapie spielt dieses Mittel eine Rolle; diese Form der Rückmeldung wird auch motivationale Rückmeldung genannt. Dadurch werden auf motivationaler Ebene *soziale Verstärkungsprozesse* in Gang gesetzt (Rückmeldung bezüglich informationaler Aspekte vgl. unten «kognitive Mittel»). Krasner (1962) hat den Versuch gemacht, den therapeutischen Interaktionsprozeß konsequent als sozialen Verstärkungsprozeß zu interpretieren und nannte den Therapeuten in diesem Zusammenhang eine «social reinforcement machine». Die Verstärkung ist an der verbalen Interaktion durch die selektive Aufmerksamkeit, durch Rückmeldung usw., aber auch beim Verfolgen konkreter Lernziele mitunter explizit – wie beim Aufbau von Verhaltensweisen bei Depressiven – oder implizit beteiligt. Durch soziale Verstärkung wird u. a. ein Teil der Wirkung der Therapeutenvariablen von Rogers erklärt. Zu diesem Mitteltyp gehört auch die gezielte Unterlassung von bestrafenden Reaktionen in der verbalen Interaktion, wenn tabuisierte Inhalte aufgearbeitet werden, was den therapeutischen Dialog u. a. vom Alltagsdialog unterscheidet. Operante Verfahren setzen Verstärker als therapeutisches Hauptmittel ein (Maercker, 1996).

(4) *Therapeut als Modell*: Als Modell angemessener menschlicher Beziehungen und angemessener Auseinandersetzung bringt der Therapeut sich selbst mit ins Spiel. Auf diese Weise können neue Verhaltensweisen durch den Patien-

ten imitiert oder unerwünschte geschwächt werden, z. B. durch den Abbau von angstbesetzten Meidetendenzen (vgl. Helm, 1980). Soweit wurde das Modellernen bereits unter den methodenübergreifenden Therapeutenvariablen besprochen. Vor allem in der Verhaltenstherapie werden darüber hinaus Modelle explizit als therapeutische Mittel eingesetzt (vgl. Bandura, 1987).

(5) *Kognitive Mittel*: Dazu gehören das Deuten, Überzeugen, informationales Rückmelden und ähnliches. Psychologisch zielen sie darauf ab, die kognitive Repräsentation und das Erwartungssystem zu beeinflussen. Repräsentationsorientierte Verfahren bzw. Interventionen lassen sich in diesem Sinne von den reaktionsorientierten Verfahren und Interventionen abheben. In der Psychotherapie wird auf weite Strecken im Gespräch mit kognitiven Repräsentationen von Situationen und Reaktionen des Patienten gearbeitet, und ein Teil der Ziele besteht in der Veränderung dieser Repräsentationen durch Information, Überzeugen usw. Für psychodynamische Kurztherapien haben McCullough et al. (1991) die Wirkungen verschiedener Interpretationstypen auf die Therapieergebnisse untersucht und haben u. a. zeigen können, daß therapeutische Interpretationen, die defensive Patientenreaktionen auslösen, negativ mit der Therapiewirkung korreliert sind. Die kognitive Psychologie hat in den letzten Jahren Modelle zur kognitiven Organisation von Repräsentationen entwickelt. Auf die Psychotherapie bezogen, wurden insbesondere die Veränderung von Aspekten der Informationsverarbeitung (Antaki & Brewin, 1982), von Erwartungen und Attributionstendenzen (vgl. Caspar, 1997; Brewin, 1988) und die Veränderung von kognitiven Schemata (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983; Grawe, 1987) diskutiert. Auf dem Hintergrund von «Cognitive Science»-Ansätzen wird auch der Versuch gemacht, durch Psychotherapie initiierte kognitive und emotionale Prozesse zu simulieren (vgl. Leuzinger-Bohleber & Pfeifer, 1989; Caspar, 1995).

(6) *Psychophysiologisch orientierte Methoden*: Bei diesen Methoden wird das Körpererleben auf molarer Ebene (wie in den körperbezogenen Therapieformen) oder auf der Ebene präzise

umschriebener physiologischer Rückmeldungen in den therapeutischen Prozeß explizit mit einbezogen (vgl. z.B. beim Biofeedback; Zeier, 1998). Auch bei psychophysiologischen Methoden spielen kognitive Prozesse – wie beispielsweise das Wahrnehmen der Rückmeldung, das Reattribuieren von Empfindungen usw. – und die Übung eine Rolle.

Die *therapeutische Beziehung* fungiert in verschiedenen Psychotherapien systematisch als Medium der Therapie. Am differenziertesten nutzt die Psychoanalyse durch die Übertragungsanalyse die Therapeut-Patient-Beziehung als mikro-soziales Erfahrungsmodell für das therapeutische Lernen. Bei diesem Prozeß gelangen *verschiedene Mittel*, wie z.B. die soziale Verstärkung, Modellernen oder andere kognitive Mittel zur Anwendung. Die therapeutische Beziehung als psychologisches Mittel für therapeutische Lernerfahrungen einzusetzen, bedeutet u.a., dem Patienten an Hand der mikrosozialen (künstlichen) Modellsituation die Gelegenheit zu verschaffen, sich mit angstbesetzten Inhalten ohne Bestrafungsrisiko auseinandersetzen zu können, ein angstfreies Partnermodell erleben zu können, soziale Verstärkung zu erfahren usw. In diesen Erfahrungsmöglichkeiten sind Elemente der oben beschriebenen psychologischen Mittel enthalten.

Die differentiellen Effekte verschiedener psychotherapeutischer Methoden und die Wirkungen einzelner konkreter Therapien lassen sich als das Ergebnis interpretieren, das durch das besondere Akzentuieren einzelner oder durch die Mischung von verschiedenen der oben genannten Mittel und Prozesse zustande kommt. Die Akzentuierung auf einzelne Mitteltypen bedeutet nicht, daß deswegen nicht auch andere Prozesse aktiviert würden. Auch beim Üben als einer reaktionsorientierten Methode werden z.B. kognitive Prozesse angeregt. Dennoch ist die Annahme, die verschiedenen Therapiemethoden hätten gleiche Wirkungen, auf dem Hintergrund des vorliegenden Wissensstandes unhaltbar. Einen ausgezeichneten Überblick über die differentiellen Wirkungen bzw. über die Methoden der Wahl für eine Reihe von Störungen geben Huber (1992) und Seligman (1994).

4. Methodenübergreifende Therapiewirkungen

Erfolgreiche Behandlung und Therapie ist in jedem Fall dadurch charakterisierbar, daß beim Patienten therapeutisches Lernen stattgefunden hat. Die erfolgten Lernprozesse können in Veränderungen psychischer Funktionen, von Funktionsmustern (Pattern; Greenberg, 1986), oder von interpersonalen Beziehungsmustern bestehen. Relativ *methodenübergreifende Wirkungen* der psychotherapeutischen Interaktion können wie folgt postuliert werden:

- Auf der *Prozeßebene* kann angenommen werden, daß die therapeutische Beziehung gestärkt, die Hoffnung auf konstruktive Veränderungen bei den Patienten intensiviert, die Sensibilisierung für emotionale und selbstwertbedrohende Probleme erhöht, die Auseinandersetzung mit sich selbst (Selbstexploration) gefördert und neue Lernerfahrungen ermöglicht werden.
- Auf der *Ergebnisebene* unterscheiden Orlinsky und Howard (1986), wie oben bereits beschrieben, Mikroergebnisse («micro-outcome») und Makroergebnisse («macro-outcome»). Die *Mikroergebnisse* betreffen die kleinen Fortschritte, die durch einzelne Therapiesitzungen erreicht werden und die beim Patienten das konkrete Leben und Erleben des Alltages zwischen den Therapiesitzungen beeinflussen («postsession outcome»): Eine konkrete Belastungsepisode wird nun anders erlebt, ein Zusammenhang in der Beziehung zu einer Person besser verstanden usw. Diese kurzfristigen kleinen Effekte der Therapie bauen die *Makroergebnisse* auf, die von einer längerfristigen Bedeutung sind und die zentralere Strukturen der Person betreffen. Dazu können neue Einstellungen, Kompetenzen usw. gehören. Bei erfolgreichen Therapien darf in diesem Sinne eine Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung (self-efficacy) und damit zusammenhängend eine Hebung des Selbstwertgefühls angenommen werden (Bandura, 1987). Zur neuen Selbstsicht gehören auch ein kohärenteres, plausibles Verständnis der eigenen bisherigen Probleme und der eigenen Lerngeschichte. Über die neue Selbstinterpretation hinaus lernen Patienten normalerweise auch, ihre Umwelt neu zu interpretieren (vgl. Stiles,

Shapiro & Elliott, 1986). Frank (1989) spricht den therapeutischen Ritualen, Prozeduren und Mythen insgesamt eine «moral-raising function» zu. Neben diesen eher kognitiven Aspekten werden neue Kompetenzen (z. B. soziale) vermittelt.

Howard, Lueger, Maling und Martinovich (1992) haben in ihrer Studie über die Wirkungen von Psychotherapien an über 1400 Fällen drei Wirkungsgrößen unterschieden: (1) Veränderung des Wohlbefindens, (2) Symptomveränderung und (3) Veränderung der Persönlichkeitsstruktur. Die Ergebnisse zeigen, daß den Persönlichkeitsveränderungen, wenn solche überhaupt eintreffen, Veränderungen des subjektiven Wohlbefindens und der Symptomatik in der Regel *vorausgehen*.

Trotz dieser methodenübergreifenden Wirkungsdimensionen, darf nicht erwartet werden, daß die verschiedenen therapeutischen Ansätze alle die gleichen Wirkungen erzielen würden. Daß über so allgemeine und übergreifende Wirkungen hinaus methodenabhängig spezielle Effekte erzielt werden, hat Grawe (1981b) durch seine neue Zugangsweise der differentiellen Psychotherapieforschung deutlich gemacht. Die verschiedenen Therapieformen stellen spezielle Bedingungen des Lernarrangements und der Lernorganisation zur Verfügung. Wie weit diese Lernbedingungen innerhalb einer Methode in der Praxis tatsächlich homogen seien, ist umstritten (Kiesler, 1966). In den letzten Jahren ist diese Frage auch unter dem Begriff der «Treatment Integrity» diskutiert worden, die das Ausmaß bezeichnet, mit dem in der Therapie tatsächlich das gemacht wird, was von den Methoden her intendiert ist (Kazdin, 1994). Das Lernergebnis wird in allen Fällen durch das Zusammenwirken verschiedener Faktorengruppen beeinflusst. Diese werden in der Psychotherapieforschung als Therapeutenvariablen, Patientenvariablen, als Merkmale der Dyade und als sozio-kulturelle Kontextvariablen thematisiert. Unter diesen Variablen wollen wir Merkmale der Therapie verstehen, die in mehr oder weniger starker Ausprägung bei den *meisten* Therapieformen festzustellen sind. Ihr spezieller Ausprägungsgrad trägt zur binnenmethodischen Varianz und zur Individualisierung konkreter Therapien bei. *Spezifische Techniken* stellen dagegen die speziellen thera-

peutischen Handlungsschemata oder Handlungsregeln dar, die zur Erreichung umschriebener Ziele eingesetzt werden (vgl. Kap. 22.2 bis 22.5 mit der störungsübergreifenden und Kap. 25 bis 43 mit den störungsbezogenen Darstellungen). Das Handlungsschema der Expositionstherapie (vgl. Kap. 22.4/Verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie) ist z. B. in der Psychoanalyse oder Gesprächspsychotherapie nicht zu finden. In allen drei Therapiearten zeigen indes Therapeuten ein bestimmtes Ausmaß an Wertschätzung und lassen sich bestimmte Patientenerwartungen identifizieren. Ob und welche Wirkungen von den methodenübergreifenden Komponenten und den spezifischen Techniken ausgehen und wie sie untereinander interagieren, ist Gegenstand der psychotherapeutischen Prozeß- und Wirkungsforschung. Im folgenden werden wichtige Variablengruppen erörtert.

5. Methodenübergreifende Therapeutenvariablen

Unter Therapeutenvariablen werden Merkmale des Therapeuten verstanden, deren Ausprägungsgrad vermutlich in einem funktionalen Zusammenhang mit Prozeß- und Ergebnisvariablen auf Seiten des Patienten steht. Beutler, Machado und Neufeldt (1994) haben in ihrer Überblicksdarstellung ein Ordnungsschema zur Beschreibung der Therapeutenmerkmale vorgelegt, das auf der einen Achse situationsunabhängige resp. therapiesituationsspezifische Variablen und auf der anderen Achse objektive und subjektive Merkmale unterscheidet (vgl. Abb. 1).

- Für die Variablen Alter, Geschlecht und ethnische Zugehörigkeit (1. Quadrant) liegen keine einheitlichen Befunde vor. Es scheint aber, daß Ähnlichkeit zwischen Patient und Therapeut in diesen Variablen – wenn auch keinen zentralen, so doch einen förderlichen Einfluß auf die Therapie ausübt (vgl. Beutler, Machado & Neufeldt, 1994).
- Am intensivsten ist in den letzten Jahren jene Faktorengruppe untersucht worden, die man mit der Fähigkeit umschreiben kann, zum Patienten eine *warme, wertschätzende und angstfreie*

Beziehung aufzubauen (4. Quadrant). Die drei Rogers-Variablen «Wärme, Empathie und Echtheit» (vgl. Kap. 22.3/Gesprächstherapeutisch orientierte Psychotherapie) betreffen diesen Variablenkomplex, der für alle Psychotherapien und auch für die Behandlung gestörter Funktionen bedeutungsvoll ist. In der Sozialpsychologie des helfenden Verhaltens (Wills, 1982) und in der Psychotherapieforschung (Stiles, Shapiro & Elliott, 1986) konnte u. a. ein Zusammenhang dieser Therapeutenvariablen mit der Förderung des Selbstwertgefühls bei Patienten nachgewiesen werden, was ein übergreifender Effekt hilfreicher Beziehungen zu sein scheint. Orlinsky, Grawe und Parks (1994) fassen den gegenwärtigen Forschungsstand zu den therapeutischen Beziehungsvariablen dahingehend zusammen, daß die über 1000 einschlägigen Wirkungsergebnisse nahelegen, daß es sich bei diesem Faktor um eine zentrale Therapeutenvariable sowohl in Individual- wie Gruppentherapien handelt, die eine starke Verknüpfung zu den Wirkungen aufweist.

Als weiteres Beispiel sei die *Erwartungsvariable* genannt. Die Erwartungen und Einstellungen des Therapeuten zum Patienten (Fietkau, 1977) beeinflussen vermutlich im Sinne des Rosenthaleffektes sowohl das Therapeutenverhalten als auch den Patienten. Die einschlägigen Untersuchungen zeigen die stärksten Wirkungen, wenn Therapeuten- und Patientenerwartungen

positiv sind (vgl. Beutler, Machado & Neufeldt, 1994). Die Rolle der Therapeuten- und Patientenerwartung wurde u. a. im Zusammenhang der Placebo-Effekte eingehend diskutiert (vgl. Baumann, 1986).

- Eine dritte Gruppe von Therapeutenvariablen kann mit *Persönlichkeitsmerkmalen* umschrieben werden, die für die Patienten eine Modellfunktion haben können (3. Quadrant). Relativ patientenunabhängig dürften Therapeutenmerkmale wie persönliche Sicherheit, Selbstakzeptierung, Angstfreiheit oder Frustrationstoleranz, aber auch Werthaltungen und allgemeine Einstellungen Modellwirkung haben (vgl. Wills, 1982).

- Über die *Erfahrungsvariable* (2. Quadrant), die man vielleicht spontan als besonders wichtig vermuten möchte, liegen bisher keine einheitlichen Befunde vor. Während ihr Therapeuten große Bedeutung für ihre eigene therapeutische Entwicklung zuschreiben (Margraf & Baumann, 1986), ist ihr Einfluß auf den Patienten bis heute nicht klar nachgewiesen. Daß sogar *Laientherapeuten* ohne Psychologie- oder Medizinstudium, nach einem intensiven therapeutischen Training Patienten mit komplexen psychischen Beeinträchtigungen erfolgreich helfen können, hat Zielke (1979) für die Gesprächspsychotherapie nachgewiesen. Für die Einschätzung der

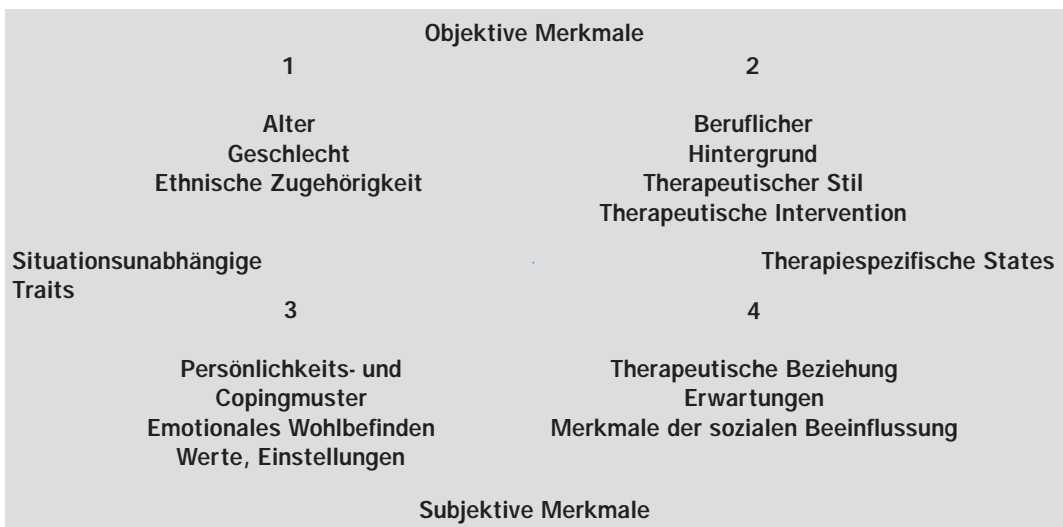


Abbildung 1: Klassifikation der Therapeutenmerkmale (Beutler, Machado & Neufeldt, 1994, S. 231)

Wirksamkeit von Laientherapeuten ist indes zu bedenken, daß die vorliegenden Studien nicht darüber informieren, wieweit Laien über längere Zeit hinweg imstande sind, ihre helfende Aktivität aufrechtzuerhalten. Therapeuten verfügen vermutlich über eine größere Frustrationstoleranz und sind durch ihre Professionalisierung besser imstande, die mitunter irritierenden Prozesse bei Patienten einordnen und verarbeiten zu können. Nach der Metaanalyse von Stein und Lambert (1984) erzielen erfahrene Therapeuten bei schwereren Störungen bessere Wirkungen als unerfahrene. Nietzel und Fisher (1981) setzen sich kritisch mit den vorhandenen Studien zum Effektivitätsvergleich von professionellen mit nicht-professionellen Therapeuten auseinander. Eine differenzierte Beurteilung, wieviel der Erfolgsvarianz von Psychotherapien auf die Ausbildung zurückführbar sei, kann nach den beiden Autoren beim gegenwärtigen Forschungsstand nicht geleistet werden. Lambert und Bergin (1994) machen darauf aufmerksam, daß die vorliegende Befundlage unklar ist, da der Laienbegriff in den verschiedenen Studien unterschiedlich definiert wird (einmal «erfahren» versus «unerfahren», oder «trainiert» versus «untrainiert» usw.). Oft wird nicht präzisiert, wie weit sogenannte Laien psychologische Methoden anwenden, deren Wirksamkeit u. U. bereits bekannt ist (vgl. Christensen & Jacobson, 1994).

6. Methodenübergreifende Patientenvariablen

Analog zu den Therapeutenvariablen können Patientenmerkmale auf ihre Bedeutung für den Therapieprozeß hin untersucht werden.

- Bereits in den sechziger Jahren hat Schofield (1964) die *Attraktivität des Patienten* als sozialpsychologischen Therapiefaktor thematisiert. Er nahm an, daß Therapeuten zu sogenannten *YAVIS-Patienten* (jung, attraktiv, verbal begabt, intelligent, erfolgreich) leichter eine positive Beziehung aufbauen würden. In dieser Allgemeinheit läßt sich diese Annahme nicht halten, da die Sympathie als dynamisches Phänomen durch die Interaktion verändert werden kann und nicht nur durch die Ähnlichkeit der

Interaktionspartner bestimmt wird (vgl. Herschbach, Kliner & Odefey, 1980, S. 133–150).

- Als methodenübergreifende Patientenvariable hat das Konstrukt der *Therapieerwartung* in der bisherigen Forschung die größte Aufmerksamkeit erfahren. Die Erwartungseffekte wurden unter verschiedenen Gesichtspunkten untersucht (vgl. Halder, 1977). Die Frage, wieweit das konkrete therapeutische Angebot des Therapeuten den Therapieerwartungen des Patienten entspricht, kann den Therapieverlauf wesentlich beeinflussen. Einen anderen Erwartungsaspekt stellt die *Erfolgserwartung* des Patienten dar. Diese wurde vor allem im Rahmen der Placebo-Studien systematisch untersucht. Wills (1982) sieht in der positiven Erwartung einen Beeinflussungsfaktor, der bei allen helfenden Beziehungen bedeutungsvoll ist. Als Erwartungsaspekt kann auch die durch den Patienten dem Therapeuten *zugeschriebene Glaubwürdigkeit und Kompetenz* interpretiert werden (Sue & Zane, 1987). Garfield (1994) macht in seiner Überblicksdarstellung darauf aufmerksam, daß die künftige Erwartungsforschung die Erwartungskonstrukte deutlicher zu differenzieren hat (z. B. Abgrenzung zu Motivation, Compliance usw.) und auch der Bezug zur Therapiephase expliziter thematisiert werden muß, da die Patientenerwartungen nicht in allen Phasen die gleichen Bedeutungen haben.

- Das *Ausmaß der Defensivität* konnte in mehreren Studien als methodenübergreifende Patientenvariable, die mit dem Commitment des Patienten korreliert ist, nachgewiesen werden (Gaston, Marmar, Thompson & Gallagher, 1988). Dieser Befund wird auch im Überblick von Orlinsky, Grawe und Parks (1994) bestätigt. Die Variable «Aufnahmebereitschaft des Patienten» kann als eine Operationalisierung des Defensivitätskonstruktes interpretiert werden. Ihren Einfluß und ihre Interaktion mit der therapeutischen Technik haben Ambühl und Grawe (1988) untersucht. «Selbstexploration» oder «self-relatedness» des Patienten stellen andere Operationalisierungen des selben Konstruktes dar. Die Reaktanz, in der Psychoanalyse als Widerstand beschrieben, kann als dynamische Konzeptualisierung der Abwehr verstanden werden (vgl. Kap. 31/Motivationsstörung).

- Andere *Persönlichkeitsmerkmale*, deren Einfluß auf den Therapieerfolg untersucht worden sind, sind u. a. Alter, Geschlecht, Ich-Stärke und Intelligenz. In der Psychoanalyse sind vor allem «Übertragung» und «Widerstand» als bedeutungsvolle dynamische Patientenprozeßvariablen thematisiert worden. Garfield (1994) macht in seinem Überblicksreferat darauf aufmerksam, daß die Ergebnisse stark von den verwendeten Untersuchungsmethoden und den Datenquellen abhängig sind, was auch für die Befunde der anderen Therapievariablen gilt. Ebenso fordert er, daß in der künftigen Forschung die Vernetzung mit anderen Variablen stärker analysiert wird, statt nur Erwartungsmerkmale mit Wirkungsvariablen in Beziehung zu setzen. Seine Einschätzung der Befundlage von 1986 ist im großen und ganzen richtig geblieben.
- Als letzte Patientenvariable, die den Therapieerfolg beeinflusst, sei die *Intensität und Form der Störung* genannt. Die Vorhersage des Therapieerfolges wird naheliegenderweise nicht zuletzt durch die Art und Intensität der Störung mitbeeinflusst.

Weder die Therapeuten- noch die Patientenvariablen sind *intraindividuell* voneinander unabhängig. Darüber hinaus stehen sie in *interindividueller* Wechselwirkung, was ihre empirische Untersuchung erschwert.

7. Methodenübergreifende Merkmale der Therapeut-Patient-Dyade

Merkmale der Therapeut-Patient-Dyade charakterisieren Aspekte der Beziehungsstruktur zwischen Helfendem und Hilfesuchendem. Sie lassen sich nicht auf Merkmale des einen oder anderen Interaktionspartners reduzieren. Für die Psychotherapie sind u. a. die folgenden Dyadenmerkmale hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Therapieprozeß diskutiert worden.

- Die *wechselseitige interpersonelle Attraktivität* oder Sympathie bezeichnet das Ausmaß, in dem zwei Personen zueinander positiv eingestellt sind, wie weit beide für einander Belohnungswert besitzen (vgl. Mikula, 1977). Austauschpsychologische Hypothesen ermög-

lichen Vorhersagen über die Aufrechterhaltung einer therapeutischen Beziehung. In der Psychotherapieforschung ist diese Frage u. a. unter dem Aspekt der wechselseitigen Wertschätzung von Therapeut und Patient untersucht worden. Der positive Einfluß dieses Dyadenmerkmals («reciprocal affirmation») auf den Behandlungserfolg ist in verschiedenen Studien nachgewiesen worden. Orlinsky, Grawe und Parks (1994) fanden in ihrem Überblick über die einschlägigen Studien, daß 78 Prozent von 32 Resultaten signifikant positive Zusammenhänge mit den Wirkungsvariablen ergaben.

- Ein anderer Aspekt der Dyade ist die Entsprechung (die Passung) von Therapeuten- und Patientenmerkmalen im Sinne der Ähnlichkeit oder der Komplementarität von Persönlichkeitsmerkmalen. Die empirischen Befunde dazu sind uneinheitlich (Zimmer, 1983; Garfield, 1994).
- Zu den Merkmalen der Dyade gehören auch formale Merkmale der *Therapeut-Patient-Interaktion*, wie Rhythmus des Wortwechsels, Reziprozität der sozialen Verstärkung oder Bestrafung usw. Zur Erfassung einschlägiger Interaktionsmerkmale sind entsprechende Forschungsinstrumente entwickelt und erprobt worden (Benjamin, 1987), ohne daß bisher Zusammenhänge mit Ergebnisvariablen gesichert worden wären.

8. Methodenübergreifende institutionelle, soziale und sozio-kulturelle Kontextvariablen

(1) Der Behandlungs- resp. Psychotherapieprozeß findet jeweils in einem *institutionellen und organisatorischen Kontext* statt, der – wie Bastine (1988) beschrieben hat – die therapeutischen Rahmenbedingungen beeinflusst. Die ökologische und ökonomische Zugänglichkeit einer Institution hat einen Einfluß auf die *Selektion* der Patienten, die sie benützen. Räumlich entlegene Dorfbewohner, deren nächste psychologische Beratungsstelle in einer mit öffentlichen Verkehrsmitteln schwer erreichbaren Bezirkshauptstadt liegt, werden diese Institution mit

tienten, die ihre *Umwelt als unterstützend* erleben, haben, unabhängig von der Therapiemethode, bessere Prognosen (Bankoff & Howard, 1992; Gaston, Marmar, Thompson & Gallagher, 1988). Soziale Unterstützung ist – entsprechend der Pufferhypothese – bei Belastungen wirksam. Personen mit stärkerer sozialer Unterstützung erleben neben der Therapie eine zusätzliche belastungsreduzierende Einflußgröße (vgl. Kap. 17/Streß, Coping).

(3) Über den engeren Rahmen des unmittelbaren institutionellen und sozialen Umfeldes hinaus beeinflussen *sozio-kulturelle Faktoren* in verschiedener Hinsicht methodenübergreifend den Therapieprozeß. Die Krankheits- resp. Störungsvorstellungen bezüglich Ätiologie und Therapie, die ein Patient durch seine Sozialisation in seiner Subkultur erworben hat, beeinflussen u.U. die Wahl des Therapeuten. Dort wo keine Wahlmöglichkeit vorliegt, erleichtern oder erschweren sie – je nach Passung mit dem Konzept des Therapeuten – die Behandlung, die ko-orientierte therapeutische Arbeit, wie sie Orlinsky und Howard (1986) als Voraussetzung für die Psychotherapie beschrieben haben (vgl. auch Brehm & Smith, 1986). Die Erwartungen des Patienten und die dem Therapeuten zugeschriebene Kompetenz und Glaubwürdigkeit werden durch kulturelle und subkulturelle Vorgaben strukturiert. Ob von der Handauflegung des Geistheilers, vom psychoanalytischen Handeln oder vom Biofeedbacks Hilfe erwartet wird, hängt von den Gesundheitsvorstellungen («health beliefs») der Kultur oder Subkultur ab, mit der sich der Patient identifiziert. In dem Ausmaß, in dem das therapeutische Angebot inkongruent ist mit den kulturell oder subkulturell akzeptierten Formen der Hilfestellung, wird dies den Therapieprozeß belasten. Dieser Einfluß ist nicht nur bei ethnischen Minderheiten in den USA beobachtbar (vgl. Sue & Zane, 1987), sondern auch in der bäuerlichen Subkultur der Alpenländer, wo Magnetisten und Handaufleger sich guter Nachfrage erfreuen.

Orlinsky und Howard (1986) haben das dynamische Zusammenwirken wichtiger verschiedener Faktoren, die die Wirkungen psychotherapeutischer Prozesse beeinflussen, in einem Modell schematisch zusammengefaßt (s. Abb. 2).

Das Schema modelliert die Beeinflussungsstruktur und verdeutlicht die Komplexität der Wirkfaktoren. Es illustriert auch den Schwierigkeitsgrad, dem sich die Psychotherapieforschung ausgesetzt sieht, wenn sie das Gewicht einzelner Faktoren empirisch zu schätzen und ihr Zusammenspiel zu analysieren versucht.

9. Systematik der psychotherapeutischen Behandlungsformen

Die verschiedenen klinisch-psychologischen Behandlungs- und Therapieformen sind nicht das Ergebnis einer systematischen und kohärenten wissenschaftlichen Entwicklung, sondern das Resultat einer vielschichtigen fachlichen und berufspolitischen Geschichte. Viele Therapieansätze haben sich außerhalb der akademischen Psychologie und Psychiatrie entwickelt. Aber selbst innerhalb der Psychologie existieren bisher eher erste Ansätze als ein umfassendes Konzept eines systematischen theoretischen Grundlagen- und Interventionswissens, das den Hintergrund einer einheitlichen Interventionsystematik bilden könnte. Trotz dieser Umstände, die eine Systematisierung der Therapieformen erschweren, sollen einige Ordnungsgesichtspunkte beschrieben werden, die unter jeweils besonderer Perspektive die klinisch-psychologischen Behandlungs- und Therapiemethoden zu gliedern erlauben. Die verschiedenen Ordnungsgesichtspunkte sind weitgehend auch auf die rehabilitativen und teilweise auf die präventiven Maßnahmen anwendbar.

9.1 Einteilung nach formalen Merkmalen

Behandlungs- und Therapieverfahren können über verschiedene Ansätze hinweg nach formalen Merkmalen charakterisiert werden:

- *Anzahl der therapeutischen Interaktionspartner: Eine Person versus mehrere Personen.* Wird eine Therapie nicht als Einzeltherapie, sondern gleichzeitig mit mehreren Personen durchgeführt, so ist zu unterscheiden, ob diese Perso-

nen untereinander vernetzt sind oder nicht. Im ersteren Falle haben wir *Partner- und Familientherapien*, im letzteren *Gruppentherapien*. In Gruppentherapien variiert die Patientenzahl normalerweise zwischen 5 bis 8 Patienten. Je nach therapeutischem Ansatz kann die Zahl auch höher liegen.

- **Zeitfaktor: Langzeittherapie versus Kurztherapie.** Die Therapiedauer ist zwischen den Therapieansätzen auch für die normale Therapie sehr unterschiedlich. Eine gewöhnliche Gesprächspsychotherapie kann 10 bis 40 Sitzungen dauern, während sich eine klassische Psychoanalyse über 2 bis 4 Jahre – 2 bis 4 Sitzungen pro Woche – erstrecken kann. Die Langzeitvariante wird aber in der Praxis nur noch selten angewandt, was u. a. aus Kassenstatistiken, Expertenaussagen und Therapeutenbefragungen (Hutzli & Schneeberger, 1995) hervorgeht. Verhaltens- und kognitive Therapien haben im Durchschnitt eine Therapiedauer von 30 bis 40 Behandlungsstunden (Grawe, Caspar & Ambühl, 1990).

Kurztherapien dauern normalerweise zwischen 10 und 20 Stunden, wobei die Stundenzahl nicht das einzige Kriterium darstellt. Auch ihre Ziele sind weniger weitreichend als bei Langzeittherapien (vgl. Koss & Shiang, 1994). Die Dauer der Behandlung von gestörten Funktionen variiert in großen Breiten, je nach Art der Störung. Sprachstörungen als Folge zerebraler Defekte werden z. B. mitunter über Jahre hinweg behandelt.

- **Ort der therapeutischen Macht** (vgl. Kessler & Roth, 1980): *Direkte, intermediäre Methoden, Selbsthilfemethoden*. Bei den direkten Methoden («power to the therapist»), worunter die traditionellen therapeutischen Settings fallen, arbeiten die Therapeuten mit einzelnen Patienten, Paaren, Gruppen usw. direkt zusammen. Beim Mediatorenkonzept («power to the mediator») richtet sich die Hilfestellung nicht direkt an den Patienten, sondern an relevante Bezugspersonen. Psychotherapie durch Mediatoren versucht, durch Delegation der Expertenmacht, das unmittelbare Umfeld des Patienten therapeutisch oder hilfstherapeutisch zu qualifizieren (Perrez, 1988). Selbsthilfemethoden («power to the person») sind durch die Selbstorganisation der Hilfesuchenden und durch die Abwesenheit von Experten charakterisiert. Ex-

perten sind gegebenenfalls bei der Initiierung behilflich (Marks, 1994).

- **Beeinflussungsebene:** Es können *intrapersonelle Funktionen und Funktionsmuster, interpersonelle Systeme* unterschieden werden (vgl. Kap. 1/ Grundbegriff – Einleitung).

9.2 Einteilung nach Therapiezielen

Die inzwischen veraltete, aber dennoch gelegentlich diskutierte Unterscheidung «Einsichtstherapien» versus «Verhaltenstherapien» (London, 1964) geht davon aus, daß einzelne Therapierichtungen primär *einsichtsorientiert* sind – so die Psychoanalyse oder die Gesprächspsychotherapie – und andere eher *verhaltensorientiert*. Danach würden gewisse Therapiearten die Veränderung von Einsichten und andere die Veränderung von (offenen) Verhaltenstendenzen anstreben. Diese Dichotomisierung nach (zentralen) kognitiven versus (peripheren) Verhaltenszielen ist indes unangemessen. In der Verhaltenstherapie spielen Einsicht, Motivation usw. ebenfalls eine zentrale Rolle. Selbst bei Methoden wie der Expositionstherapie wird davon ausgegangen, daß der Patient Einsicht in die Zusammenhänge seiner Störung und der Therapie erhalten solle. Dennoch kann man Therapiemethoden grob danach ordnen, ob sie den Zugang zur Veränderung im psychologischen Regulationssystem eher repräsentations- oder aber reaktionsorientiert gestalten. Kognitive Umstrukturierung oder Psychoanalyse sind zunächst eher auf die Veränderung der kognitiven Repräsentation ausgerichtet. Letztendlich intendieren aber alle wichtigen Psychotherapiemethoden, psychische Störungen zu beheben (Greve, 1993).

9.3 Einteilung der Therapieformen nach theoretischen Ansätzen

Als letzte Einteilungsvariante soll jene erörtert werden, die meistens als Gliederungskriterium verwendet wird, nämlich die Klassifikation der psychotherapeutischen Methoden nach Schulen.

Dieses häufig verwendete Kriterium hat den Vorteil, die verschiedenen Methoden nach ih-

rem theoretischen Hintergrund zusammenzufassen, so wie er von den Proponenten des Ansatzes selbst beschrieben wird. Damit bildet nicht eine wissenschaftliche psychologische Systematik (z. B. nach formalen Aspekten, Indikationskriterien, verwendeten Mitteln usw.) das Einteilungskriterium, sondern die theoretischen Ideen und Kausalattributionen, die von den Vertretern des Ansatzes selbst vorgebracht werden, die u. U. der Alltagspsychologie näher stehen als der wissenschaftlichen Psychologie, wie z. B. bei den bioenergetischen Methoden oder bei der Organismischen Psychotherapie. Die Einteilung nach Schulen verzichtet auf ein einheitliches theoretisches wissenschaftliches Referenzsystem. Nachteilig ist die mangelnde Ökonomie einer solchen Systematik, da die therapeutischen Schulen unterdessen Legion geworden sind. Deshalb werden sie mitunter in schulischen Familien zusammengefaßt, z. B. tiefenpsychologische Ansätze, Verhaltens- und

Kognitionstherapeutische Ansätze und Existentiell-Humanistische Ansätze (Korchin, 1976). Tabelle 4 stellt vier verschiedene theoretische Therapieansätze – nach einem Schema von Karasu (1977) – in verschiedenen Kriterien vergleichend gegenüber (s. Tab. 4). Diese Gegenüberstellung gibt die stark vereinfachte Charakterisierung der Ansätze aus der Sicht ihrer Proponenten wieder.

Die Tabelle läßt in der schematisierten Gegenüberstellung einige Aspekte und Akzente erkennen, in denen sich diese vier Therapiegruppen *in ihrem Selbstverständnis* theoretisch unterscheiden. Die verschiedenen – auch wissenschaftlich unterschiedlich elaborierten und fundierten – Selbstdarstellungen suggerieren über Gebühr Unterschiede in den Zielsetzungen, Wirkungen und Methoden. Daß sich die *Unterschiede zwischen* den Ansätzen und die *Homogenität innerhalb* einzelner theoretischer Konzep-

Tabelle 4: Vier Psychotherapie-Ansätze – aus der Sicht ihrer Proponenten (vgl. Karasu, 1977)

Konzepte	Tiefenpsychologischer Ansatz (z. B. Freud, Winnicott)	Verhaltenstherapeutischer Ansatz (z. B. Beck, Meichenbaum)	Existenziell-Humanistischer Ansatz (z. B. Rogers, Gendlin)	Kommunikationsorientierter Ansatz (z. B. Watzlawick, Minuchin)
Ätiologiekonzept	Frühkindliche Triebkonflikte, Verdrängungsprozesse	Dysfunktionale Lerngeschichte, Person-Umwelt-Interaktion	Inkongruenz von Erfahrung und Selbstkonzept	Störungen als Ausdruck/Folge dysfunktionaler Kommunikationsstrukturen
Gesundheitskonzept/ Therapieziele	Aufarbeitung von intrapsychischen Konflikten, «Wo Es war soll Ich werden», dem Patienten helfen, unbewußte Motive zu erkennen	Wiederherstellung der Verhaltens- und Erlebenskompetenzen, Veränderung der Selbstsicht, Selbstkontrolle	Förderung der Selbstaktualisierung, «Fully functioning person»	Herstellen konstruktiver Kommunikationsstrukturen, Entdecken dysfunktionaler Kommunikationsstrukturen, Kommunikationsstrukturen reorganisieren helfen
Therapeutische Zeitperspektive	Gegenwart aus Vergangenheit verstehen	Gegenwartsorientiert	Gegenwartsorientiert	Gegenwartsorientiert
Psychologische Mittel	Deuten von freien Assoziationen, von Übertragungsphänomenen, Fehlleistungen, Träumen usw., Beziehungserfahrung	Übung, Verstärkungslernen, Habituation, Modellernen, Kognitive Umstrukturierung, psychophysiologische Methoden	Zeigen von Empathie und Akzeptierung, Dialog, Encounter (teilweise Körpererfahrung)	Instruktion/Deuten

te in der Praxis weniger deutlich akzentuieren, ist verschiedentlich belegt worden (vgl. Kiesler, 1966). Aber auch Untersuchungen bei Praktikern haben gezeigt, daß sich viele Psychotherapeuten nicht nur an *einer* Richtung orientieren, sondern unterschiedliche Konzepte verwenden (Garfield & Bergin, 1994). In der Psychotherapieforschung sind daher immer wieder Konzepte diskutiert worden, die sich nicht an Psychotherapieschulen oder Therapierichtungen orientieren und daher schulenübergreifend sind. Stichworte wie Integration, Eklektizismus, gemeinsame/unspezifische Faktoren, allgemeine Psychotherapie weisen auf schulenübergreifende Bemühungen hin:

- **Integration:** Im Vordergrund steht das Anliegen, unterschiedliche Ansätze theoretisch zu verschmelzen (Arkovitz, 1992; Märtens & Petzold, 1995). Wesentlich ist bei der Integration der Theoriebezug und die Herausarbeitung der Gemeinsamkeiten (Norcross, 1995).
- **Eklektizismus:** Beim Eklektizismus haben wir eine technologische Position, bei der wirksame Elemente – unbesehen von ihrer theoretischen Kompatibilität – herausgegriffen und kombiniert werden (Norcross, 1995).

Häufig werden die beiden Ansätze als identisch angesehen. Die Gemeinsamkeit besteht in der Abkehr von einer *einzig*en Therapieschule und in der Berücksichtigung von mehr als einer Richtung, doch unterscheiden sie sich dabei in ihrer Vorgehensweise (vgl. Huber, 1998).

Neben Integration und Eklektizismus sind als weiterer schulenübergreifender Ansatz das Konzept der *gemeinsamen, unspezifischen Faktoren* zu nennen, die in der Psychotherapieforschung häufig als übergeordnetes Konzept diskutiert worden sind. Mit Grawe, Donati und Bernauer (1994) sind wir der Meinung, daß dieser Begriff zu vielen Mißverständnissen Anlaß gegeben hat. Wir bevorzugen den Ausdruck «methodenübergreifende Variablen». Damit wird deutlicher, daß zum einen diese Faktoren (z. B. Empathie) in ihrer Auswirkung durchaus spezifisch sein können, und daß zum andern diese Faktoren nicht ohne weiteres von vornherein in Psychotherapien gleichstark realisiert werden, sondern in ihrer Ausprägung durchaus variieren können. Mit dem Konzept der gemeinsamen,

unspezifischen Faktoren verbindet sich teilweise ein abwertender Unterton, daß unspezifische Faktoren letztlich nur die Placebowirkung re-präsentieren; ebenso werden die gemeinsamen Faktoren gelegentlich für mangelnde differentielle Befunde verantwortlich gemacht.

In neuerer Zeit werden unter den gemeinsamen Faktoren wesentliche Dimensionen verstanden, durch die Psychotherapie beschrieben und weiterentwickelt werden kann. Vorhandene Methoden können in einem derartigen Ansatz dargestellt und beurteilt werden, ohne daß Unterschiede in Vorgehen und Wirkung verwischt werden. Weinberger (1995) hat folgende gemeinsamen Faktoren zur Diskussion gestellt:

- Therapeutische Beziehung (Arbeitsbündnis, Übertragung);
- Erfolgserwartung. Dieser Aspekt wird in der Forschung oft als Störfaktor betrachtet und minimiert, obwohl er für die Praxis bedeutsam ist;
- Konfrontation mit dem Problem;
- Kognitive Kontrolle über das Problem;
- Erfolgs-, Mißerfolgsattribution durch den Patienten als wesentliches Element für Compliance, Abbruch, Rückfall, Erfolg; bisher ist dieser Aspekt wenig beachtet worden.

Einen etwas anderen Ansatz vertritt Grawe (1995) mit dem Konzept der *Allgemeinen Psychotherapie*. Er postuliert die in Abschnitt 3.1 angeführten Grundmechanismen als zentrale Momente der Psychotherapie: Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, aktive Hilfe zur Problembewältigung und motivationale Klärung. In den Ansätzen von Weinberger und Grawe wird ein übergeordneter Diskussionsrahmen aufgestellt, in dem bestehende Psychotherapierichtungen lokalisiert und beschrieben werden können. Dadurch wird deutlich, welche Psychotherapierichtungen welche Aspekte favorisieren bzw. vernachlässigen. Für einen derartigen allgemeinen Rahmen hat Grawe den Begriff der Allgemeinen Psychotherapie vorgeschlagen. Dabei ist anzumerken, daß diese nicht durch eine spezifische oder spezielle Psychotherapie zu ergänzen ist. Vielmehr signalisiert der Begriff, daß es sich um ein übergeordnetes Verständnis von Psychotherapie handelt, wie wir es auch bei anderen Fachdisziplinen (Inne-

re Medizin etc.) in Form von gemeinsamer Forschungs- und Berufsidentität beobachten. Dabei darf dieses Rahmenkonzept nicht mit einer umfassenden Rahmentheorie im Sinne einer Grundlagentheorie verwechselt werden. Derartige Metatheorien liegen bisher weder für die Psychotherapie noch andere Anwendungsgebiete der Psychologie und auch nicht für andere Gebiete der Psychologie vor. Ein allgemeines Rahmenkonzept darf auch nicht als Versuch gesehen werden, aus unterschiedlichen Ansätzen einen Einheitsansatz zu konstruieren. Wesentlich ist für ein derartiges Rahmenkonzept, daß es maßgebend von der Psychologie als Wissenschaft vom Erleben und Verhalten geprägt wird, da Psychotherapie als Methode durch den Ansatzpunkt im Erleben und Verhalten charakterisiert ist.

10. Schlußbemerkungen

Die Tatsache, daß viele der heute verbreiteten Psychotherapieansätze nicht durch den Wissenskorpus der Psychologie, sondern durch wissenschaftsfremde Ideen inspiriert sind, erschwert die Darstellung und Auseinandersetzung mit den klinisch-psychologischen Interventionsmethoden der Gegenwart. Im vorliegenden Lehrbuch gewähren wir daher jenen Ansätzen größere Aufmerksamkeit, die aus psychologischen Forschungszusammenhängen hervorgegangen sind. Bei jenen psychotherapeutischen Methoden, deren Vertreter einen theoretischen Hintergrund favorisieren, der in der Psychologie weniger verankert ist, wird – soweit sie hier zur Sprache kommen – der Versuch gemacht, die Bezüge zur Psychologie herzustellen. Das betrifft vor allem die psychoanalytisch orientierten Interventionen. Denn auch ihre Wirkungsweise beruht auf psychologischen Gesetzmäßigkeiten, die zu erforschen sich die Psychologie vorgenommen hat, auch wenn deren Repräsentanten teilweise andere Kausalattributionen für ihre Wirkungen bemühen mögen.

Die klinisch-psychologischen Behandlungs-/Therapie-Ansätze werden in diesem Lehrbuch einerseits nach dem Kriterium gegliedert, wo sie in ihrem therapeutischen Handeln ihren primären «Interventionsort» haben. Die verschiedenen psychotherapeutischen Ansätze favori-

sieren in je eigener Art bestimmte psychologische Ansatzpunkte, um therapeutische Veränderungen zu erzielen, einige Methoden stellen die *Therapeut-Patient-Beziehung* ins Zentrum der therapeutischen Arbeit, andere die gezielte Veränderung von dysfunktionalen *Verhaltens- und Erlebensmustern* der Patienten, und wiederum andere arbeiten an der Veränderung der *Interaktionsstruktur und -qualität* zwischen Bezugspersonen. Es ist psychologisch auf der Grundlage der intra- und interindividuellen systemischen Organisiertheit des menschlichen Verhaltens und Erlebens durchaus stimmig, daß man auf verschiedenen Wegen zu ähnlichen Zielen gelangen kann, daß z. B. eine depressive Störung sowohl durch die gezielte Beeinflussung dysfunktionaler Kognitionen und Verhaltensweisen wie auch durch die Reorganisation des Selbstbildes durch eine strukturierte therapeutische Beziehungserfahrung gemildert werden kann. Die *Psychoanalyse* (Kap. 22.2) und die *Gesprächspsychotherapie* (Kap. 22.3) betrachten wir als therapeutische Ansätze, bei denen die *Therapeut-Patient-Beziehung* einen zentralen Stellenwert für die Therapie besitzt. Übertragungs- und Gegenübertragungsanalyse bzw. die Verwirklichung der therapeutischen Grundvariablen sind in diesen Therapien wesentliche Vehikel für die Inszenierung einer therapeutischen Beziehungserfahrung. In der *Verhaltenstherapie* (inkl. kognitive Ansätze; Kap. 22.4) wird direkter das *dysfunktionale Verhalten* der Patienten anvisiert, und es werden Lernarrangements geplant und durchgeführt, die den Patienten helfen, ihre Probleme angemessener zu meistern. Ein anderer Ansatzpunkt könnte die Arbeit mit dem *Körper* als Ansatzpunkt für Psychotherapie sein. Es wurde darauf verzichtet, diese Ansätze – mit Ausnahme des Biofeedbacks – im Lehrbuch darzustellen, da ihre wissenschaftlichen Grundlagen derzeit noch unzureichend sind. Eine andere Ebene stellen die *interpersonellen Systeme*, insbesondere die der Partnerschaft oder der Familie dar, die in Kap. 22.5 abgehandelt werden.

Die einheitliche Systematik der methodenorientierten Darstellung umfaßt jeweils die folgenden Teile:

- Einleitung, die auf das Gesundheits- und Krankheitskonzept und auf die Therapieziele Bezug nimmt,

- Interventionstechniken,
- Interventionsebenen,
- Wirksamkeit und Indikation, sowie
- Erklärung der Wirksamkeit für den jeweiligen Ansatz.

Es schien uns aus fachhistorischen und -politischen Gründen unumgänglich, die theoretischen Ansätze einzeln zu beschreiben, wenn gleich wir die Zukunft der psychologischen Interventionsmethoden nicht in schulischen Ansätzen, sondern in Konzepten sehen, die unabhängig von ihrer Herkunft forschungsbasiert in der Psychologie verwurzelt sind. Studierende der Klinischen Psychologie müssen sich indes mit diesen heute praktizierten Verfahrensgruppen und den damit verbundenen Ideen auseinandersetzen.

Diese Ansätze waren in den letzten Jahrzehnten – wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß – Gegenstand der empirischen Prozeß- und Wirkungsforschung. Wir gehen davon aus, daß sich die wissenschaftliche Entwicklung der klinisch-psychologischen Behandlungsmethoden künftig stärker an der Entwicklung der verschiedenen Teilgebiete der Psychologie als an einzelnen historischen Autoritäten orientieren wird. Die in vielen Störungsbereichen unklare Befundlage, die die strikte Anwendung eines differentiellen Indikationsmodells derzeit nur begrenzt erlaubt (vgl. Kap. 3 und 4 zur Wissenschaftstheorie), hat zur Folge, daß an die Psychotherapeuten ganz besondere wissenschaftliche und praktische Ansprüche zu richten sind. Eine bessere Vernetzung der Psychotherapie mit ihren wissenschaftlichen Grundlagen (vgl. Boulder-Modell; s. Kap. 19/Gesundheitsversorgung) erscheint uns unerläßlich zu sein, um eine optimale, wissenschaftlich begründete Psychotherapie zu gewährleisten.

11. Literatur

- Antaki, Ch. & Brewin, Ch. (1982). *Attributions and psychological change*. London: Academic Press.
- Ambühl, H. & Grawe, K. (1988). Die Wirkungen von Psychotherapie als Ergebnisse der Wechselwirkung zwischen therapeutischem Angebot und Aufnahmebereitschaft der Klient/inn/en. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psvchopathologie und Psychotherapie*, 36, 308–327.
- Arkowitz, H. (1992). Integrative theories of therapy. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy* (pp. 261–303). Washington: American Psychological Association.
- Bandura, A. (1987). Perceived self-efficacy: exercise of control through self-belief. In J. P. Dawwalder, M. Perez & V. Hobi (Eds.), *Controversial issues in behavior modification* (pp. 27–59). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Bankoff, E. A. & Howard, K. I. (1992). The social network of the psychotherapy patient and effective psychotherapeutic process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 2, 273–294.
- Bastine, R. (1988). Psychotherapeutische Prozesse – von der Verlegenheit, psychotherapeutische Veränderungen zu erklären. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 36, 296–307.
- Baumann, U. (1986). Zum Placebo-Konzept in der Psychotherapie. In H. Hippus, K. Überla, G. Laakmann & J. Hasford (Hrsg.), *Das Placebo-Problem* (S. 97–105). Stuttgart: Fischer.
- Baumann, U. (Hrsg.). (1987). Soziales Netzwerk – Soziale Unterstützung (Themenheft). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 16, 4.
- Baumann, U. (1996). Wissenschaftliche Psychotherapie auf der Basis der wissenschaftlichen Psychologie. *Report Psychologie*, 21, 9, 686–699.
- Baumann, U. & von Wedel, B. (1981). Stellenwert der Indikationsfrage im Psychotherapiebereich. In U. Baumann (Hrsg.), *Indikation zur Psychotherapie* (S. 1–36). München: Urban & Schwarzenberg.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1983). *Kognitive Therapie der Depression*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Beitman, B. D., Goldfried, M. R., Norcross, J. C. (1989). The movement toward integrating the psychotherapies: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 146, 138–147.
- Benjamin, L. S. (1987). Use of structural analysis of social behavior (SASB) to define and measure confrontation in psychotherapy. In W. Huber (Ed.), *Progress in psychotherapy research* (pp. 469–495). Louvain-la-Neuve: Presses Universitaires de Louvain.
- Bergin A. E & Garfield S. L. (Eds.). (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) New York: Wiley.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. P. & Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 229–269). New York: Wiley.
- Beutler, L. E., Williams, R. E., Wakenfield, P. J. & Entwistle, St. R. (1995). Bridging scientist and practitioner perspectives in clinical psychology. *American Psychologist*, 50, 984–994.
- Blaser, A. (1985). Diagnose und Indikation in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 4, 294–304.
- Bower, G. H. & Hilgard, E. R. (1981). *Theorien des Lernens I*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brehm, S. S. & Smith, T. W. (1986 3). Social psychological approaches to psychotherapy and behavior change. In S. L. Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 69–116). New York: Wiley.
- Brewin, C. R. (1988). *Cognitive foundations of clinical psychology*. London: Erlbaum.

- Caspar, F. (1995). *Hypothesenbildungsprozesse in psychotherapeutischen Erstgesprächen. Probleme und Möglichkeiten des empirischen Zuganges* (Habilitationsschrift). Bern: Universität Bern.
- Caspar, F. (1997). What goes on in a psychotherapist's mind? *Psychotherapy Research*, 7, 105–125.
- Christensen, A. & Jacobson, N.S. (1994). Who (or what) can do psychotherapy: The status and challenge of non-professional therapies. *Psychological Science*, 5, 8–14.
- Dsubanko-Obermayr, K. & Baumann, U. (1998). Informed consent in psychotherapy: demands and reality. *Psychotherapy research*, 8, 321–247.
- Fiegenbaum, W. & Tuschen, B. (1996). Reizkonfrontation. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1* (S. 301–313). Berlin: Springer.
- Fietkau, H.-J. (1977). *Die Einstellung in der Psychotherapie*. Salzburg: Otto Müller.
- Frank, J.D. (1989). Non-specific aspects of treatment: The view of a psychotherapist. In M. Shepherd & N. Sartorius (Eds.), *Non-specific aspects of treatment* (pp. 95–114). Toronto: Hans Huber Publishers.
- Garfield, S.L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 190–228). New York: Wiley.
- Gaston, L. Marmar. C.R., Thompson L.W. & Gallagher, D. (1988). Relation of patient pretreatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 483–489.
- Goldfried, M.R. (1987). The challenge of psychotherapy integration. In W. Huber (Ed.), *Progress in psychotherapy research* (pp. 801–823). Louvain-La-Neuve: Presses Universitaires de Louvain.
- Grawe, K. (1981a). Überlegungen zu möglichen Strategien der Indikationsforschung. In U. Baumann (Hrsg.), *Indikation zur Psychotherapie* (S. 221–236). München: Urban & Schwarzenberg.
- Grawe, K. (1981b). Vergleichende Psychotherapieforschung. In W.-R. Minsel & R. Scheller (Hrsg.), *Psychotherapie* (S. 149–183). München: Kösel.
- Grawe, K. (1987). Psychotherapie als Entwicklungsstimulation von Schemata – ein Prozeß mit nicht voraussehbarem Ausgang. In F. Caspar (Hrsg.), *Problemanalyse in der Psychotherapie* (S. 72–87). Tübingen: DGVT.
- Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7, 1–19.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990). Die Berner Therapievergleichsstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19 (4).
- Greenberg, L.S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 4–9.
- Greenberg, L.S., Rice, L. & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment to moment process*. New York: Guilford Press.
- Greve, W. (1993). Ziele therapeutischer Intervention: Probleme der Bestimmung, Ansätze der Beschreibung, Möglichkeiten der Begründung und Kritik. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 347–373.
- Halder, P. (1977). *Verhaltenstherapie und Patientenerwartung*. Bern: Huber.
- Heigl, F.S. & Triebel, A. (1977). *Lernvorgänge in psychoanalytischen Therapien. Die Technik der Bestätigung. Eine empirische Untersuchung*. Bern: Huber.
- Helm, J. (1980). *Gesprächspsychotherapie*. Darmstadt: Steinkopff Verlag.
- Herschbach, P., Klinger, A. & Odefey, S. (1980). *Die Therapeut-Klient-Beziehung*. Salzburg: Otto Müller.
- Howald, K.I., Lueger, R.J., Maling, M.S. & Martinovich, Z. (1992). *A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change*. Paper presented at the 23rd Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Berkeley, CA.
- Huber, W. (1991). *La Psychologie clinique aujourd'hui*. Bruxelles: Pierre Mardaga.
- Huber, W. (1992). *Probleme, Ängste, Depressionen. Beratung und Therapie bei psychischen Störungen*. Bern: Huber.
- Huber, W. (1998). Entwicklung der integrativen Therapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie*. (2. Aufl., S. 228–230). Stuttgart: Thieme.
- Hutzli, E. & Schneeberger, E. (1995). *Die Psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Eine Umfrage bei psychotherapeutisch tätigen Personen*. Unveröff. Lizentiatsarbeit. Universität Bern.
- Ischi, N. (1985). *Zur Erklärung der Wirksamkeit der differentiellen Beachtung*. Unveröff. Diss., Universität, Bern.
- Kanfer, F.H. & Grimm, L.G. (1980). Managing clinical change. A process model of therapy. *Behavior Modification*, 4, 419–444.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1991). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer.
- Karasu, T.B. (1977). Psychotherapies: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 124, 833–874.
- Kazdin, A.E. (1994). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 19–71). New York: Wiley.
- Kessler, B.H. & Roth, W.L. (1980). Verhaltenstherapie: Strategien, Wirkfaktoren und Ergebnisse. In W. Wittling (Hrsg.) *Handbuch der Klinischen Psychologie* (Bd. 2) (S. 246–287). Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Kiesler, D.J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110–136.
- Korchin, S. (1976). *Modern clinical psychology*. New York: Basic Books.
- Koss, M.P. & Shiang, J. (1994). Research on brief psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 664–700). New York: Wiley.
- Krasner, L. (1962). The therapist as a social reinforcement machine. In H.H. Strupp & L. Luborsky (Eds.), *Research in psychotherapy* (Vol. II) (pp. 61–94). Washington: American Psychological Association.
- Kupper, Z. (1986). *Psychosoziale Versorgung (Kanton Freiburg/Schweiz)*. Unveröff. Liz. Arbeit, Universität, Freiburg (Schweiz).
- Lambert, M.J. & Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 143–189). New York: Wiley.
- Lazarus, A.A. (1984). In support of technical eclecticism. *Psychological Report*, 21, 415–416.
- Leuzinger-Bohleber, M. & Pfeifer, R. (1989). Motivations- und Emotionsstörungen. Ein Cognitive Science An-

- satz. Teil II: Interventionsstrategien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 37, 195–217.
- London, P. (1964). *The modes and morals of psychotherapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Maercker, A. (1996). Operante Verfahren. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1* (S. 401–410). Berlin: Springer.
- Märtens, M. & Petzold, H. (1995). Perspektiven der Psychotherapieforschung und Ansätze für integrative Orientierungen (Psychotherapy research and integrative orientations). *Integrative Therapie*, 1, 3–7.
- Margraf, J. & Baumann, V. (1986). Welche Bedeutung schreiben Psychotherapeuten der Erfahrung zu? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 15, 248–253.
- Marks, I. (1994). Behavior therapy as an aid to self-care. *Current Directions in Psychological Science*, 3, 19–22.
- Martin, D. G. (1975). *Gesprächspsychotherapie als Lernprozess*. Salzburg: Otto Müller.
- McCullough, L., Winston, A., Farber, B. A., Porter, F., Pollack, J., Laikin, M., Vingiano, W. & Trujillo, M. (1991). The relationship of patient – therapist interaction to outcome in brief psychotherapy. *Psychotherapy*, 28, 525–533.
- Mikula, G. (1977). Interpersonale Attraktion: Ein Überblick über den Forschungsgegenstand. In G. Mikula & W. Stroebe (Hrsg.), *Sympathie, Freundschaft und Ehe* (S. 13–40). Bern: Huber.
- Miltner, W., Birbaumer, N. & Gerber, W. D. (Hrsg.). (1986). *Verhaltensmedizin*. Berlin: Springer.
- Nietzel, M. T. & Fisher, S. G. (1981). Effectiveness of professional and paraprofessional helpers: A comment on Durlak. *Psychological Bulletin*, 89, 555–565.
- Norcross, J. C. (1995). Psychotherapie-Integration in den USA. Überblick über eine Metamorphose (Psychotherapy integration in the USA: An overview of a metamorphosis). *Integrative Therapie*, 1, 45–62.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1986 3). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 311–384). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1987). A generic model of process in psychotherapy. In W. Huber (Ed.), *Progress in psychotherapy research* (pp. 445–458). Louvain-La-Neuve: Presses Universitaires de Louvain.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270–329). New York: Wiley.
- Perrez, M. (1982). Ziele der Psychotherapie. In R. Bastine, P. A. Fiedler, K. Grawe, S. Schmidtchen & G. Sommer (Hrsg.), *Grundbegriffe der Psychotherapie* (S. 459–463). Weinheim: Edition Psychologie.
- Perrez, M. (1988). Psychologische Intervention über Mediatoren (Themenheft). *Heilpädagogische Forschung*, 14 (3).
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how peoples change. *American Psychologist*, 47, 1102–1114.
- Schofield, P. T. (1964). *Psychotherapy: The purchase of friendship*. New York: Prentice Hall.
- Seligman, M. E. (1994). *What you can change and what you can't. The complete guide to successful self-improvement*. New York: Knopf.
- Spada, H. (1992). *Lehrbuch Allgemeine Psychologie* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Stein, D. H. & Lambert, M. J. (1984). On the relationship between therapist experience and psychotherapy outcome. *Clinical Psychology Review*, 4, 127–142.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A. & Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41, 165–180.
- Stricker, G. (1992). The relationship of research to clinical practice. *American Psychologist*, 47, 543–549.
- Strupp, H. H. (1986). Psychotherapy. Research, Practice, and public policy. *American Psychologist*, 2, 120–130.
- Sue, S. & Zane, N. (1987). The role of culture and cultural techniques in psychotherapy: A critique and reformulation. *American Psychologist*, 42, 37–45.
- Weinberger, J. (1995). Common factors aren't so common: the common factors dilemma. *Clinical Psychology*, 2, 45–69.
- Westmeyer, H. (1987). Möglichkeiten der Begründung therapeutischer Entscheidungen. In F. Caspar (Hrsg.), *Problemanalyse in der Psychotherapie* (S. 20–31). München: dgvt.
- Westmeyer, H. & Hoffmann, N. (1977). *Verhaltenstherapie. Grundlegende Texte*. Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Wills, T. A. (1982). Non-specific factors in helping relationships. In T. A. Wills (Ed.), *Basic processes in helping relationships* (pp. 381–404). New York: Academic Press.
- Zeier, H. (1998). *Biofeedback. Physiologische Grundlagen-Anwendungen in der Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Zielke, M. (1979). *Laienpsychotherapeuten in der klientenzentrierten Psychotherapie*. Salzburg: Otto Müller.
- Zielke, M. (Hrsg.). (1982). *Diagnostik in der Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Zimmer, D. (1983). Empirische Ergebnisse der Therapie-forschung zur Therapeut-Kient-Beziehung. In D. Zimmer (Hrsg.), *Die therapeutische Beziehung* (S. 12–28). Weinheim: Edition Psychologie.

22.2 Ansatzpunkt Therapeut-Patient-Beziehung: Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie

Rainer Richter

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	416	3. Interventionsvarianten	420
2. Interventionstechniken und Behandlungsregeln	417	3.1 Mediatorenansatz	420
2.1 Interventionsformen	417	3.2 Gruppentherapie	421
2.2 Übertragungsanalyse und Widerstandsanalyse – analytische Psychotherapie als emotionale Erfahrung	418	4. Wirksamkeit und Indikation	421
2.3 Methode der freien Assoziation – die psychoanalytische Grundregel	419	5. Erklärungsmodelle der Wirksamkeit und Prozeßmodelle	424
2.4 Deuten – analytische Psychotherapie als Einsichtstherapie	420	6. Literatur	427

1. Einleitung

Seelische Krankheit wird in psychischen und körperlichen Symptomen und Störungen erkennbar, denen aktuelle Krisen seelischen Geschehens, aber auch pathologische Veränderungen psychischer Strukturen zugrunde liegen können. Psychische Strukturen werden dabei verstanden als die anlagemäßig disponierenden und lebensgeschichtlich erworbenen Grundlagen seelischen Geschehens, das direkt beobachtbar oder indirekt erschließbar ist. Auch Beziehungsstörungen können Ausdruck von Krankheit sein, wenn ihre ursächliche Verknüpfung mit einer krankhaften Veränderung des seelischen oder körperlichen Zustandes eines Menschen nachweisbar ist.

Seelische Krankheit entsteht dann, wenn unbewußte Faktoren ein Minimum an emotionalem Wohlbefinden, an Selbstverwirklichung in sozialen Beziehungen und an materieller Sicherheit verhindern und sich direkt oder in Gestalt von psychophysischen Symptomen Ausdruck verschaffen (vgl. Loch, 1986). Die Ent-

stehung psychischer oder somatischer Symptome wird in der psychoanalytischen Theorie als Ergebnis eines Kompromisses zwischen verdrängten, unbewußten Triebimpulsen und diesen entgegenwirkenden Abwehrmechanismen verstanden. Entsprechend dieser Theorie wird die therapeutische Veränderung durch psychoanalytische Psychotherapie dadurch erklärt, daß diese unbewußten Konflikte zwischen Triebregungen und Abwehr mit Hilfe von Deutungen bewußt gemacht und gelöst werden, wobei sich diese Abwehrformen in der therapeutischen Beziehung als Widerstände darstellen. Hauptwiderstand in der Behandlung ist die Übertragung, wie die unbewußte Wiederholung früherer Konflikte mit elterlichen Bezugspersonen in der therapeutischen Beziehung genannt wird.

Gesundheit bedeutet nicht die vollständige Lösung von Konflikten der Vergangenheit. Neben «einem genügenden Maß von Genuß und Leistungsfähigkeit» (Freud, 1916/17, S. 476) bedeutet Gesundheit gemäß dem neueren Verständnis vor allem auch die Fähigkeit, bisher

gehemmte psychische Prozesse im Hier und Jetzt der psychotherapeutischen Beziehung zu mobilisieren und neu entstehende Konflikte nach den Bedingungen und Möglichkeiten der Gegenwart zu lösen (Nedelmann, 1980; Fonagy, Moran, Edgcombe, Kennedy & Target, 1993).

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie umfaßt solche Therapie-Formen, mit welchen die unbewußte Psychodynamik vor allem aktuell wirksamer neurotischer Konflikte behandelt wird. Eine Konzentration des therapeutischen Prozesses wird dabei durch die Begrenzung des Behandlungszieles, durch ein vorwiegend konfliktzentriertes Vorgehen und durch Einschränkung regressiver Prozesse angestrebt. Zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie gehören auch die analytische Kurz- bzw. Fokalthherapie, die dynamische Psychotherapie, und auch niederfrequente Therapien in einer längerfristigen, haltgewährenden therapeutischen Beziehung (stützende Psychotherapie). In der *analytischen Psychotherapie* werden zusammen mit der neurotischen Symptomatik der neurotische Konflikt und die zugrundeliegende neurotische Struktur des Patienten behandelt. Im Zentrum des therapeutischen Geschehens steht dabei die Übertragungs- und Widerstandsanalyse unter Nutzung regressiver Prozesse.

Während ältere Definitionen das Ziel von psychoanalytisch begründeten Psychotherapieverfahren noch als «das Unbewußte bewußt machen», «die Autonomie des Ichs erweitern» oder «die Rigidität der Abwehrmechanismen mindern» beschrieben und sich damit weitgehend einer empirischen Überprüfung entzogen, wird in neueren, etwa derjenigen von Sandler und Sandler (1994, S. 42) eine Operationalisierung versucht, deren konzeptuelle Nähe zu anderen Theorien, etwa der Lerntheorie, augenfällig ist: Psychoanalytisch begründete Psychotherapieverfahren haben das Ziel, «die notwendige psychische Veränderung zu bewirken, durch die der Patient befähigt wird, zu neuen und therapeutisch wünschenswerten Lösungen seiner zentralen Konflikte zu gelangen, statt an den alten unbefriedigenden und schmerzhaften festzuhalten».

Beiden ätiologisch orientierten Verfahrensgruppen ist gemeinsam, daß sie die unbewußte Psychodynamik neurotischer Störungen mit

psychischer und/oder somatischer Symptomatik zum Gegenstand der Behandlung machen.

2. Interventionstechniken und Behandlungsregeln

2.1 Interventionsformen

Psychoanalytisch begründete Psychotherapieverfahren sind durch die drei folgenden technischen Merkmale gekennzeichnet (vgl. Kernberg, 1981):

- die Neutralität des analytischen Psychotherapeuten,
- die vorrangige Verwendung der Deutung,
- die systematische Analyse der Übertragung.

Psychoanalytisch begründete Behandlungen werden mit unterschiedlicher Behandlungsfrequenz (max. 5 Stunden pro Woche, min. 1 bis 2 Stunden pro Monat), in unterschiedlichen Settings (Einzel im Sitzen oder auf der Couch, Paar, Familie, Gruppe) und mit unterschiedlicher Dauer (wenige Wochen bis mehrere Jahre) durchgeführt. Die klassische Psychoanalyse auf der Couch ist eine hochfrequente (3 bis 5 Stunden pro Woche), in der Regel mehrere Jahre dauernde Einzel-Behandlung, die psychoanalytische Kurztherapie erstreckt sich über wenige (max. 50) Stunden.

Unter den psychoanalytisch begründeten Verfahren kommen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der analytischen Psychotherapie deswegen eine besondere Bedeutung zu, weil sie in der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung sehr verbreitet sind. Dieses wird sicherlich dadurch gefördert, daß sie zu denjenigen psychotherapeutischen Verfahren gehören, bei denen der Patient (in der Bundesrepublik Deutschland) Anspruch auf die Kostenübernahme durch seine Krankenkasse hat (vgl. Psychotherapie-Richtlinien, 1987; Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie, 1988). Aber nicht nur in Deutschland gehören die psychoanalytisch begründeten Verfahren zu den verbreitetsten (vgl. Richter & Meyer, 1992, Kächele & Richter, 1997): Auch in den USA gaben in einer Umfrage die meisten Therapeuten als ihre spe-

zifische theoretische Orientierung die psychodynamische an (Sammons & Gravitz, 1990).

2.2 Übertragungsanalyse und Widerstandsanalyse – analytische Psychotherapie als emotionale Erfahrung

Im Unterschied zu dieser Auffassung von psychoanalytischer Therapie als mit Einsicht arbeitender Technik, wie Freud sie ursprünglich formuliert hatte, ist allen neuen Entwicklungen der psychoanalytischen Technik die mehr oder weniger deutliche, partielle oder totale Verwendung der emotionalen Erfahrung gemeinsam. Wie Cremerius (1979) ausführt, entwickelte sich aus diesen Ansätzen, die auf Ferenczi zurückgehen, eine grundsätzlich veränderte Haltung des psychoanalytischen Psychotherapeuten dem Patienten gegenüber. War bei Freud noch die Übertragung ein gewissermaßen automatisch in Gang kommender Prozeß, eine Wiederholung alter Verhaltensmuster, in Beziehung zu anderen Menschen und damit auch zum Therapeuten, wird in diesen neueren Konzepten die Bedeutung des Beziehungsangebotes durch den Therapeuten betont. «Die analytische Situation ist eine analytische Beziehung, und der Psychotherapeut ist aufs engste verwickelt in diese Beziehung» (Sandler & Sandler, 1994, S. 43). So weist etwa Winnicott (1974) darauf hin, daß ein analytischer Prozeß durchaus als Äquivalent des Reifungsvorganges beim Säugling und beim Kleinkind verstanden werden kann und der Psychotherapeut durch eine angemessene Gestaltung der Übertragung zum Gelingen dieser Reifung beiträgt. Konsequenterweise bedeutet diese psychotherapeutische Position, daß der Therapeut in dem Bemühen, seinen Patienten zu verstehen, bereit sein muß, sich verwirren zu lassen, das entstehende Chaos zu ertragen. Die moderne Psychoanalyse hat immer besser begriffen, daß der Analytiker für das Unbewußte des Patienten im Brennpunkt von Liebe und Haß, Angst und Abwehr steht. Damit bildet die Übertragung die Grundlage für alle Schwierigkeiten des Patienten, all seine Leiden und Ängste während der Behandlung (vgl. Racker, 1982), ihre Analyse den letztlich das Erleben und Verhalten verändernden Prozeß.

Das unbewußte Wiederholen alter Beziehungsmuster und das rigide Festhalten an ihnen dient oft der Abwehr schmerzlicher, peinlicher oder bedrohlicher Affekte, die ihrerseits in der Regel mit frühen lebensgeschichtlichen Konflikten verbunden sind. Widerstand kann also als unbewußte Aktivität zum Selbstschutz verstanden werden, in der sich Lösungen widerspiegeln, die der Patient im Laufe seiner Entwicklung gefunden oder erlernt hat, um sich vor überwältigend schmerzhaften und bedrohlichen affektiven Erfahrungen zu schützen. «Diese verinnerlichte Schemata stellen die subjektive Verarbeitung zwischenmenschlicher Erfahrungen und Interaktionen dar und nicht die objektive Realität. Als Kompromißbildungen könne sie auch der Abwehr dienen, wenn bestimmte Beziehungen mit unangenehmen Affekten oder Ängsten verbunden sind» (Arbeitskreis Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, 1996, S. 45). Da das Ziel der Therapie die Aufgabe oder Modifikation dieser Lösungen ist, die ihrerseits in der Regel zwar Leiden hervorrufen aber eben auch dem Selbstschutz dienen, ist es nicht verwunderlich, daß sich der Patient in der therapeutischen Beziehung bei aller Motivation zur Veränderung gegen diese Aufdeckung wehrt. Und so kann auch die Übertragung dazu dienen, sich nicht an traumatische Erlebnisse, d. h. in erster Linie an die damit verknüpften Emotionen und Phantasien (vs. Kognitionen oder Gedächtnisinhalte) zu erinnern. Übertragungsanalyse geht also in der analytischen Therapie Hand in Hand mit der Analyse der Widerstände gegen das *emotionale Erinnern* an früheres Leiden, Angst und Haß.

In dieser neueren technischen Konzeption wird auch die Deutung anders verstanden. Sie solle nicht wie in der ursprünglichen Freud'schen Konzeption den Patienten befähigen, neue emotionale Erfahrungen nach der durch Deutung gewonnenen Einsicht in der Beziehung zum Analytiker und auch außerhalb der Analyse zu erleben, sondern diese Reihenfolge dreht sich gewissermaßen um: Am Anfang steht die neue emotionale Erfahrung am Analytiker, die erst Deutung und Einsicht ermöglicht.

Bei dieser Technik-Konzeption der neuen emotionalen Erfahrung am Analytiker bestimmt die unterschiedliche Tiefe der Regression die Technik. Darunter wird verstanden, daß man dem Patienten das emotionale Wiederer-

leben früher, oft infantil-abhängiger Verhaltensweisen, Wünsche und Beziehungsformen und der damit verknüpften Gefühle ermöglicht. Beides entfaltet sich in der therapeutischen Beziehung am und zum Analytiker, wobei in dieser therapeutischen Regression versucht wird, das frühere Scheitern in der (in der Regel) Mutter-Kind-Beziehung zu reparieren. Kernberg (1978) weist in diesem Zusammenhang z.B. darauf hin, daß er ausschließlich hier und jetzt arbeite, daß eine Rekonstruktion kindlicher Erfahrungen und Gefühle durch Deutung unmöglich sei und daß er durch seine Technik der Interpretation der emotionalen therapeutischen Situation eine neue Wirklichkeit schaffe. Die Regression wird durch die für die analytische Psychotherapie typische Versagung, z.B. Nicht-Erfüllen von Wünschen, Schweigen, Nicht-Beantworten von Fragen des Analytikers, begünstigt. »Das zentrale Merkmal dieser Techniken ist somit die Ermöglichung, zum anderen die manipulative Herbeiführung einer-korrigierenden emotionalen Erfahrung in der therapeutischen Zweier-Beziehung« (Cremierus, 1979, S. 588). Die Ergebnisse der neueren Psychotherapie-Prozeßforschung bestätigen die besondere kausale Bedeutung der *therapeutischen Allianz* (Luborsky, 1976) zwischen Patient und Therapeut für den Therapieerfolg, auf deren Basis erst die erstrebten korrigierenden emotionalen Erfahrungen möglich werden. Interessanterweise gilt dieser Wirkzusammenhang auch für andere Psychotherapieverfahren (vgl. Henry, Strupp, Schacht & Gaston, 1994), und zwar selbst für diejenigen, die die Gestaltung der therapeutischen Beziehung weder in ihrer Theorie noch in der therapeutischen Praxis systematisch reflektieren. Vor diesem Hintergrund wird die besondere Bedeutung der fachlichen Kompetenz und psychotherapeutischen Erfahrung des Psychotherapeuten, insbesondere des psychoanalytisch orientierten deutlich, auf die Kächele (1992, S. 237) verweist, wenn er für «ein Mehr an kognitiver Unterweisung d.h. Supervision und für ein Mehr an Erfahrung» plädiert.

2.3 Methode der freien Assoziation – die psychoanalytische Grundregel

Die Spezifität der psychoanalytisch begründeten Verfahren zeigt sich bereits beim freien As-

soziieren und bei der Grundregel, wonach der Patient seinem Therapeuten alle Gedanken und Gefühle mitteilen kann (und soll), die ihm in der Behandlung bewußt werden. («Versuchen Sie alles zu sagen, was Sie bewegt, was Sie fühlen und denken, das erleichtert die Therapie;» Thomä & Kächele, 1988, S. 39). Der Grund, dieses dem Patienten zu empfehlen, ist die Erfahrung, daß derartige Assoziationen auf Vorstellungen und Phantasien, Einstellungen und Erwartungen des Patienten hinweisen, die er ohne die interpretative Hilfe des Therapeuten nicht bewußt erleben würde, und die in engem, oft ursächlichem Zusammenhang mit seinen aktuellen Konflikten und Störungen stehen.

Die Methode der freien Assoziation ist keineswegs eine Entdeckung der Psychoanalyse, sondern wurde bereits unsystematisch in der Antike beschrieben. Eine der ersten wissenschaftlichen Untersuchungen dürfte diejenige von Sir Francis Galton aus dem Jahre 1879 sein, die er als *psychometric experiments* in der renommierten Zeitschrift *BRAIN* veröffentlichte. Galton berichtete darüber, welche assoziierten Gedanken ihm durch den Kopf gingen, wenn er bestimmte Gegenstände betrachtete oder an bestimmte Worte dachte. Freud gebührte dann die Entdeckung, daß dieser Prozeß nicht nur produktiver ist, wenn ein Zuhörer anwesend ist, sondern daß diese freien Assoziationen in der Zwei-Personen-Beziehung häufig auf den anwesenden Therapeuten gerichtet sind. Dieses ist insbesondere dann der Fall, wenn der Therapeut sich mit verbalen Äußerungen zurückhält, dem Patienten jedoch zugewandt zuhört und sich dabei aller Wertungen, Meinungen, Fragen, Deutungen enthält, ja selbst auf Fragen des Patienten nicht beantwortet. Diese Haltung des Therapeuten ermöglicht und fördert die *gleichschwebende Aufmerksamkeit*, bei der der Therapeut versucht, sich in gleicher Weise sowohl von den eigenen Gedanken, Phantasien als auch den Äußerungen des Patienten beeindrucken zu lassen, ohne Präferenz für das eine oder das andere. Da nicht alles gleichermaßen in der Schwebelage bleiben kann, wird die Aufmerksamkeit des Therapeuten dann unwillkürlich in bestimmte Richtungen gelenkt, womit eine Auswahl unter verschiedensten Gedanken, Gefühlen, Phantasien getroffen worden ist. Die Technik der gleichschwebenden

Aufmerksamkeit führt auf diese Weise dazu, daß der Therapeut den Gefühlen, Bewertungen des Patienten folgt, sich empathisch auf dessen Welt einläßt, ohne durch eigene Wertungen, Einstellungen oder Erwartungen eine Auswahl zu treffen, und doch immer wieder einen distanzierenden, beobachtenden Standpunkt einnimmt, von dem aus er sich in einem kontinuierlichen Prozeß der Selbstüberprüfung fragt, warum seine Gedanken in diese oder jene Richtung abgewandert sind.

2.4 Deuten – analytische Psychotherapie als Einsichtstherapie

Die Wiederherstellung zerrissener Zusammenhänge (Anna Freud, 1936), d.h. die Möglichkeit, das aktuelle Erleben und Verhalten aus der individuellen Lebensgeschichte heraus zu verstehen und sinnvoll zu verknüpfen, ist ein wesentliches Behandlungselement der psychoanalytisch begründeten Psychotherapie. Der Therapeut verweist auf das Vorhandensein von Verbindungen, Zusammenhängen und Bedeutungen, erinnert den Patienten an vergessene Aussagen oder konfrontiert ihn mit einer Diskrepanz, einem Widerspruch in sich selbst, einer falschen Darstellung und einer offensichtlichen, wenn auch unerkannten Unterlassung. Auf diese Weise gelingt es dem Patienten zuweilen, die Bedeutung der Zugehörigkeit verschiedener Fragmente seines Verhaltens, seiner Gefühle, Phantasien und Erfahrungen zu verstehen. Dies alles – Einsicht, Klarifikation, Konfrontation – wird unter dem Begriff Deutung zusammengefaßt. Dabei muß hervorgehoben werden, daß Deutungen keine Orakel sind, auch nichts mit linguistischen Techniken zu tun haben, sondern im Sinne einer therapeutischen Intervention die aktive Teilnahme des Therapeuten bedeuten, mit denen er dem Patient hilft, den psychotherapeutischen Prozeß zu verstehen und zu beschleunigen. Es handelt sich also bei der Deutung weniger um eine, anderen Psychotherapieverfahren vergleichbare Technik, sondern um ein komplexes interaktionelles, somit insbesondere auch emotionales Geschehen, daß nur in Grenzen kontrolliert und vorhersagbar ist. In dem geschützten Raum der therapeutischen Beziehung kann der Patient erproben, ob neue, durch Deutungen und

Einsicht gestiftete Sinnzusammenhänge vor dem Hintergrund seiner individuellen Lebensgeschichte sich als tragfähig bei der Reorganisation seiner pathogenen sozialen Beziehungen erweisen.

Angesichts der hohen Komplexität dieser spezifischen Intervention, deren Bedeutung für die therapeutische Beziehung und den Erfolg einer Behandlung in zahlreichen klinischen Falldarstellungen und Studien beschrieben wurde, ist es somit nicht verwunderlich, daß sich die empirische Psychotherapieforschung erst in den letzten zehn Jahren mit der quantitativen Analyse dieser Intervention in kontrollierten Studien befaßte. So verweisen Henry et al. (1994) in ihrer Übersicht auf die besonderen methodischen Schwierigkeiten und die Problematik, Korrelationen etwa zwischen Intervention und Therapieeffekt kausal zu interpretieren. Immerhin konnten aber doch bereits seit langer Zeit bekannte klinische Erfahrungen in diesen quantitativen Studien belegt werden: Häufige Deutungen sind kein Garant für den Therapieerfolg, Deutungen sind keine wirksame Technik zur Verbesserung einer schlechten therapeutischen Beziehung, im Gegenteil, sie können, wenn zur falschen Zeit und falschen Inhalts, die therapeutische Beziehung sogar beeinträchtigen, etwa indem sie zu heftigen Abwehrreaktionen des Patienten führen. Erst in multivariaten Designs kann die kausale Abfolge von Deutung-Übertragung-therapeutischer Allianz-Effekt untersucht werden. Eine dieser seltenen multivariaten Studien (psychoanalytisch begründete Kurztherapie; Piper et al., 1993, S. 491) kommt zu dem Schluß, daß «der Einfluß der psychotherapeutischen Technik nur in Verbindung mit Patientenvariablen und Variablen der therapeutischen Beziehung verstanden werden kann». Sie belegt den starken, negativen wie positiven, Einfluß von Übertragungsdeutungen auf den Therapieerfolg, je nachdem, ob die Patienten zu stabilen Objektbeziehungen in Lage waren oder nicht.

3. Interventionsvarianten

3.1 Mediatorenansatz

Als die klassische Mediatorenbehandlung, bei der eine relevante Bezugsperson des Patienten

als Vermittler zwischen Therapeut und Patient auftritt, kann wohl der Fall des kleinen Hans gelten, den Freud 1909 publizierte. Der kleine Hans weigerte sich, auf die Straße zu gehen, aus Angst ein Pferd könne ihn beißen. Im Laufe der Analyse, die Rolle des Analytikers wurde dem Vater anvertraut, zeigte sich dann, daß die Pferdephobie vor dem Hintergrund des Ödipuskomplexes verstanden werden konnte: Der kleine Hans hatte seine ödipale Angst vor dem Vater auf das Pferd verschoben. Freud selbst blieb bei der Behandlung ganz im Hintergrund, er behandelte den kleinen Hans gewissermaßen indirekt, indem er den Vater anwies und ihn über die jeweiligen Interventionen berichten ließ.

Die indirekte Behandlung von Kindern, bei der die elterlichen Bezugspersonen die therapeutischen Partner oder Co-Therapeuten waren, wurde in der Folgezeit weiterentwickelt (vgl. Burlingham & A. Freud, 1953) und auch von anderen Therapierichtungen beschrieben (Innerhofer & Warnke, 1978). In der psychoanalytischen Familientherapie (vgl. Richter, Strotzka & Willi, 1976) schließlich haben Interventionen in bezug auf ein bestimmtes Familienmitglied mitunter das Ziel, bei einem anderen Familienmitglied Einsichten zu fördern und dessen affektives Erleben zu verändern. Allerdings spricht man bei der Familientherapie angesichts der Dynamik der intrafamiliären Beziehungen nicht mehr von Mediatorenbehandlung.

Als eine andere Form des Mediatorenansatzes können die *Balintgruppen* betrachtet werden, in denen der gruppensystemische Prozeß genutzt wird, um einem Mitglied der Gruppe ein besseres Verständnis für die von ihm berichtete konflikthafte Interaktion mit einem schwierigen Patienten zu vermitteln. Das, was sich zwischen Therapeut und Patient abspielt und was als Resultat der Wechselwirkung von Übertragung und Gegenübertragung verstanden wird, stellt sich szenisch in dem gruppensystemischen Prozeß dar und kann – falls es erkannt und zutreffend gedeutet wird – zu einer Lösung des dyadischen Konfliktes beitragen.

3.2 Gruppentherapie

Wie in der analytischen Einzelpsychotherapie ist auch in der analytischen Gruppenbehandlung

die Übertragung der entscheidende dynamische Wirkfaktor. Im Gegensatz zur analytischen Einzeltherapie, in der sich die Übertragung ausschließlich auf den Therapeuten richtet, betrifft sie in der Gruppensituation nicht nur diesen, sondern auch die anderen Gruppenmitglieder bzw. die Gruppe als ganze. Entsprechend gestaltet sich auch die Gegenübertragung in der Gruppe nicht innerhalb einer Zwei-Personen-Beziehung, sondern bezieht sich auf Gefühle und Einstellungen, die der Therapeut an sich selbst oder an anderen Patienten beobachtet, die als Reaktion auf das Übertragungsangebot zu verstehen sind. Ziel der analytischen Gruppenbehandlung ist es dabei auch, unbewußte Wünsche, Vorstellungen, Phantasien bewußt zu machen, Einsicht in die unbewußten Motive zu ermöglichen und dem Patienten damit zu einer der Realität angemesseneren Funktionsweise zu verhelfen. Die Interventionen Deutung, Widerstandsanalyse, Durcharbeiten usw. entsprechen dabei denen der Einzelbehandlung.

Wie schon in der analytischen Einzeltherapie soll die Gruppensituation es dabei dem einzelnen Patienten ermöglichen, neue emotionale Erfahrungen dadurch zu erleben, daß er durch die Deutung des Analytikers Einsicht in bisher unbewußte Motive und Phantasien erlangt. Steht in der Einzeltherapie die emotionale Erfahrung am Analytiker im Vordergrund, so ist es in der Gruppe die neue emotionale Erfahrung als Gruppenmitglied, als Mitglied einer Untergruppe oder als Einzelperson der Gruppe gegenüber. Als Beispiel für diesen Forschungssektor sei die Studie von Deneke (1982) angeführt, der an einer Patientenstichprobe den Therapieprozeß und den Therapieerfolg einer analytischen Gruppenpsychotherapie mit empirisch-psychologischen Methoden untersuchte (vgl. Kasten 1).

4. Wirksamkeit und Indikation

In der Psychotherapieforschung unterscheidet man Prozeß- und Erfolgswissenschaft (Kiesler, 1977). Während bei der Prozeßforschung der psychotherapeutische Prozeß, insbesondere die sich verändernde Beziehung zwischen Patient und Therapeut untersucht werden, sind bei der Erfolgswissenschaft vor allem jene Veränderungen von Interesse, die nach der eigentlichen Thera-

Kasten 1

Analytische Gruppenpsychotherapiestudie (Deneke, 1982)

Fragestellung

(1) Es sollen ausgewählte Aspekte des Verhaltens und Erlebens der Patienten und des Therapeuten während der Gruppenpsychotherapie, also Komponenten des psychotherapeutischen Prozesses untersucht werden: Selbst- und Fremdwahrnehmung der Gruppenteilnehmer, Interaktionsanalyse, emotionales Erleben der jeweiligen Gruppensitzungen.

(2) Mehrere Jahre nach der Gruppenpsychotherapie wurde untersucht, welche Veränderungen seit Beginn der Gruppenpsychotherapie festgestellt werden konnten, wobei diese vom Patienten als auch vom Therapeuten eingeschätzt wurden.

(3) Die dritte Fragestellung ergibt sich aus der Verknüpfung der beiden ersten: aus welchen Merkmalen oder Merkmalskomplexen des Therapieprozesses kann ein späterer Therapieerfolg vorhergesagt werden?

Methode

- **Stichprobe:** N = 39 psychosomatische Patienten (Kontakt- und Beziehungsstörungen, Arbeits- und Lernstörungen, Angstsymptomatik, funktionelle körperliche Symptome, insbesondere Herzbeschwerden). Durchschnittsalter 32,5 Jahre, 19 Frauen. Die Patienten wurden in 4 etwa gleichgroßen Gruppen behandelt.

- **Behandlungsform:** Ambulante analytische Gruppenpsychotherapie, bei der die psychoanalytische Behandlung in der Gruppe mit der psychoanalytischen Behandlung der Gruppe kombiniert wird (Pohlen, 1972). Das Interaktionsgeschehen in der Gruppe wird insbesondere unter zwei Aspekten – Übertragung und korrigierende emotionale Erfahrungen – für relevant erachtet. Die Gesamtdauer der Therapie wird nicht festgelegt, eine durchschnittlich zwei- bis dreijährige Behandlungszeit wird erwartet. Die untersuchten Gruppen wurden ambulant von demselben Therapeuten (Gruppenanalytiker) behandelt, pro Woche eine Sitzung von 90 Minuten Dauer.

- **Untersuchungsverfahren:** Gießen-Test (Selbst- und Fremdbild), soziometrische Position, Interaktionsverhalten während einer Gruppensitzung (Kategoriensystem nach Bales), emotionales Erleben der Gruppensitzung. Nachbefragung: Gießen-Test, subjektive Veränderungen, retrospektive Einschätzung der Therapieerfahrungen. Während der Gruppenpsychotherapie wurden 4 Wiederholungsmessungen durchgeführt, 4,5 Jahre nach der Prozeßbeobachtungsphase wurde eine Nachbefragung der Patienten, 6 Jahre nach der Prozeßbeobachtung eine Nachbefragung des Therapeuten durchgeführt

Ergebnisse

Aufgrund ihrer Interaktionen konnten zwei typische Patienten beschrieben werden, der hilflos-ängstliche Patient, der viele Spannungszeichen signalisiert, von den Gruppenmitgliedern aber dominiert und unfreundlich behandelt wird, und der CoTherapeut, der sich freundlich und interessiert am Gruppengespräch beteiligt, für Ängste und Spannungen der anderen Gruppenmitglieder empfänglich ist, ohne dabei aber seine eigene Hilfsbedürftigkeit zu vermitteln. Dabei wähnt sich der Co-Therapeut zu Unrecht in der Position des sozial Geschätzten.

Die katamnestiche Nachbefragung der behandelten Patienten ergab ein aus der Psychotherapieforschung vertrautes Ergebnis: 1/3 der Patienten erzielte gute Therapieergebnisse, 1/4 der Patienten blieb unverändert, der überwiegende Anteil der Patienten (45%) veränderte sich nur schwach in positiver Richtung. Die Korrelation von Therapieprozeßmerkmalen und Therapieerfolg ergab, daß vor allem jene Therapieerfahrungen, die den Erfahrungsbereichen Katharsis, Einsicht und Gruppenkohäsion zugeordnet werden können, mit positiven Veränderungen kovariieren, allerdings nur soweit sie als nützlich und positiv erlebt wurden. Erfolgsbegünstigt sind vor allem solche Patienten, die während der laufenden Behandlung von ihrer Gruppe sehr geschätzt werden, im Expertenurteil selbstreflektierend und leidensfähig erschei-

nen, die sich in der Gruppe nicht hilflos-ängstlich verhalten und fähig sind, ihre Eindrucks- und Wirkung auf andere zutreffend wahrzunehmen. Der Gegentypus des Ich-Schwachen, ausgestoßenen Patienten hat eine ungünstige Prognose. Der gute, freundliche, aber eigene

Hilfsbedürftigkeit verdeckende Co-Therapeut läßt in keiner Hinsicht ein günstiges Therapieergebnis erwarten. Alter und sozioökonomischer Status haben entgegen der Erwartung keinen substantiellen Einfluß auf das Therapieergebnis (Deneke, 1982).

piephase beobachtbar sind, mithin in erster Linie Erfolg bzw. Mißerfolg der Intervention. Bei einer angemessenen Erfolgsmessung muß, so Schulte (1993), zwischen störungsspezifischen bzw. -unspezifischen und verfahrensspezifischen bzw. -unspezifischen Erfolgskriterien unterschieden werden. Zu den verfahrensspezifischen gehören u. a. Veränderungen des Selbstkonzeptes, wie Connolly und Strupp (1996) in einer Befragung von 80 Patienten nach einer psychoanalytisch begründeten Psychotherapie nachweisen konnten.

Umfangreiche Katamnesen von 1004 Patienten, die am Berliner Zentralinstitut für psychogene Erkrankungen (der späteren AOK) behandelt worden waren (Dührssen, 1962), zeigten erstmalig die Effektivität und Effizienz der analytischen Psychotherapie auf. Infolge dieser historisch wichtigen Untersuchung wurden die Neurosen als Krankheit im Sinne des Sozialrechts anerkannt und die Psychotherapie 1967 bzw. 1971 in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen. Auch in zahlreichen anderen Outcome-Studien konnte gezeigt werden, daß analytische Psychotherapie zu gewünschten und objektivierbaren Veränderungen führt (vgl. Luborsky & Singer, 1975; Luborsky & Spence, 1978). Dieses gilt auch für psychoanalytische Behandlungen von Kindern, wie Fonagy et al (1994) zeigten, deren Ergebnisse darüber hinaus die höhere Wirksamkeit mehrjähriger Behandlungen bei Kindern mit dissozialen Störungen belegen. Da die Therapie-Effekte bei Outcome-Studien jedoch nicht im Vergleich zu einer anders oder unbehandelten Kontrollgruppe erhoben werden, kann aus diesen Studien nicht ohne weiteres auf die spezifische Wirksamkeit geschlossen werden, ein oft erhobener methodischer Einwand, der allerdings auch für zahlreiche andere Psychotherapiestudien gilt (vgl. Meyer, 1987).

Nach dem derzeitigen Stand der Forschung (vgl. Bachrach, Galatzer-Levy, Skolnikoff & Waldron, 1991; Grawe, Donati & Bernauer, 1994) gilt als gesichert, daß die psychoanalytisch begründeten Psychotherapieverfahren im Vergleich zu einer unbehandelten Gruppe zu zufallskritisch abgesicherten Effekten im Sinne des Therapieziels führen. Dieses gilt allerdings in erster Linie für kürzere bis mittelfristige Behandlungen; für die Wirksamkeit von Langzeitbehandlungen (mehr als 150 Stunden) liegen bislang keine kontrollierten Studien vor. Über die Wirksamkeit psychoanalytischer Kurztherapien (12 bis 40 Stunden) kommt Crits-Christoph (1992) in einer Metaanalyse zu dem Ergebnis, daß diese Behandlungsform bei Patienten mit psychischen Störungen (Depressionen, Drogenabhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen PTSD) im Vergleich zu Kontrollgruppen (Wartelisten) hochwirksam, aber etwa gleich wirksam wie andere psychotherapeutische (u. a. kognitiv-behaviorale) oder psychopharmakologische Behandlungen ist. Wie schon andere Autoren vor ihm, weist Crits-Christoph (1992) auf die eingeschränkte Gültigkeit seiner Beurteilung für die psychotherapeutische Versorgungspraxis hin, da die zugrundeliegenden Behandlungen unter den streng kontrollierten und standardisierten Bedingungen einer wissenschaftlichen Studie durchgeführt worden seien, Folgerungen für die Wirksamkeit unter naturalistischen Bedingungen somit nur begrenzt zulässig sind (vgl. auch Baumann, 1996). Diese Kritik gilt insbesondere für die Ergebnisse der umfangreichen Metaanalyse von Grawe et al. (1994), in der die generelle Wirksamkeit der psychoanalytisch begründeten Verfahren und Behandlungstechniken eindrücklich belegt, die Wirksamkeit bei der Behandlung psychosomatischer Erkrankungen jedoch infrage gestellt wurde

(vgl. hierzu die Gegenbelege von Meyer, 1994). Für die Gesundheitsversorgung ebenso relevant sind also Studien, die in einem naturalistischem Design durchgeführt wurden, etwa in denen ehemalige Patienten bzw. Therapeuten nach Abschluß der Behandlung über die Behandlungseffekte befragt werden. Eine neuere derartige Studie bestätigt die Ergebnisse von Rudolf (1994) und der amerikanischen Consumer-Report-Studie (vgl. Seligman, 1996), wonach die große Bedeutung psychoanalytisch orientierter Verfahren im deutschen Gesundheitsversorgungssystem zu Recht besteht: Breyer et al (1997) befragten 604 Patienten durchschnittlich zwei Jahre nach Abschluß einer psychoanalytischen Langzeittherapie und -berichten nicht nur deutliche Verbesserungen des subjektiven Befindens, sondern auch «nennenswerte Rückgänge ... sowohl bei den Arztbesuchen als auch bei den Krankenhausaufenthalten. Besonders bemerkenswert ist der Rückgang der Krankenschreibungstage um die Hälfte.»

Zur differentiellen Indikation psychotherapeutischer Verfahren, d. h. zur Wirksamkeit bei umschriebenen Störungen, wurden bislang nur wenige kontrollierte Studien durchgeführt. Aus klinischer Sicht läßt sich jedoch festhalten, daß psychoanalytische Verfahren bei denjenigen Störungen indiziert sind, bei denen intrapsychische und/oder interpersonelle Konflikte in einem plausiblen Zusammenhang mit körperlichen wie psychischen Symptomen stehen. Dieses ist bei allen Patienten mit Neurosen aber auch bei zahlreichen Patienten mit psychosomatischen Störungen oder Persönlichkeitsstörungen der Fall. Vor diesem Hintergrund sind psychoanalytische Verfahren daher seltener bei Suchterkrankungen und Zwangsstörungen indiziert.

Hinsichtlich der Wirksamkeit stationärer analytischer Gruppentherapie kommen Strauß und Burgmeier-Lohse (1994), in weitgehender Übereinstimmung mit Deneke (1982), zum Ergebnis, daß Patienten, die von den anderen Gruppenmitgliedern besonders häufig als störend und unbeliebt bezeichnet wurden, die im Verlauf der Behandlung nur ein geringes Maß an Lernerfahrungen, eine ausgeprägte Gemhemtheit und sowie die geringste Verbundenheit mit der Gruppe zeigten, den geringsten Therapieerfolg aufwiesen. Patienten hingegen, die im Behandlungsverlauf eine große Variabi-

lität in der Beurteilung der Beziehung zum Gruppentherapeuten, eine deutliche Zunahme an reaktiver Emotionalität, Aktivität und Selbständigkeit zeigten, die sich als wenig gehemmt erlebten, erzielten die deutlichsten Behandlungserfolge.

5. Erklärung der Wirksamkeit und Prozeßmodelle

Bei den Wirkfaktoren einer Psychotherapie werden für gewöhnlich, wie in Kapitel 22.1 (Psychotherapie: Systematik) dargestellt, spezifische von unspezifischen, methodenübergreifenden unterschieden. Dabei wird die Ähnlichkeit der therapeutischen Effekte unterschiedlicher psychotherapeutischer Verfahren (s. o.) häufig als Hinweis auf die große Bedeutung der methodenübergreifenden Faktoren interpretiert. Als wichtige methodenübergreifende Faktoren werden emotionale Stabilisierung in einer therapeutischen Beziehung, das Gefühl des Akzeptiertwerdens durch den Therapeuten, dessen emotionale Zuwendung u. a. betrachtet.

Morgan, Luborsky, Crits-Christoph, Curtis und Solomon (1982) werteten die Verbatim-Protokolle von psychoanalytischen Behandlungen des bedeutenden Penn-Psychotherapie-Projektes danach aus, ob eine hilfreiche Beziehung in der Therapeut-Patient-Interaktion etabliert war. Als solche bezeichneten sie eine therapeutische Allianz, in der der Patient den Therapeuten als unterstützend und hilfreich erlebt. Die Autoren konnten zeigen, daß diese Form der hilfreichen Beziehung in der Gruppe der erfolgreich behandelten Patienten signifikant häufiger ausgebildet war als bei der erfolglos behandelten Patientengruppe.

Als spezifische Wirkfaktoren der analytischen Therapie beschreiben Thomä und Kächele (1985) u. a.: Erinnern und Rekonstruktion, Deutungen, Einsicht und Durcharbeiten und Umstrukturieren. In der Vision von Freud ging die psychoanalytische Theorie von Beginn an davon aus, daß im Seelenleben nichts, was einmal gebildet wurde, untergehen kann, daß alles irgendetwie erhalten bleibt und unter geeigneten Umständen, z. B. durch eine weitreichende Regression wieder zum Vorschein gebracht werden kann (Freud, 1930, S. 426). Vor diesem Ver-

ständnis wurde der Psychoanalytiker mit einem Archäologen verglichen, der zusammen mit dem Patienten Erinnerungen freilege und damit vergangene Realität rekonstruiere. In der modernen Reinterpretation dieser frühen theoretischen Positionen wurden diese Rekonstruktionen in einem weiteren Sinn auch als das Wiedererinnern von affektiven Zuständen verstanden, ohne daß situative Details erinnert werden müßten. Wichtig dabei ist, daß Erinnern und Rekonstruktion nur dann als Wirkfaktoren für Veränderungen bedeutsam werden, wenn sie sich in der aktuellen therapeutischen Übertragungs-Beziehung ereignen. Erinnern und Rekonstruktion meint also nicht die ausschließlich kognitive Bewußtwerdung von vergangenen Ereignissen, Situationen, Verhalten oder das Ausfüllen von Gedächtnislücken, sondern bedeutet das Wiederbe- und Erleben vergangener affektiver Erfahrungen und Konflikte in einer akuten Beziehung, nämlich der Patient-Therapeut-Beziehung. «Das entscheidende Stück der Arbeit wird geleistet, indem man im Verhältnis zum Arzt, in der Übertragung, Neuauflagen jener alten Konflikte schafft, in denen sich der Kranke benehmen möchte, wie er sich einerzeit benommen hat, während man ihn durch das Angebot aller verfügbaren seelischen Kräfte zu einer anderen Entscheidung nötigt. Die Übertragung wird also das Schlachtfeld, auf welchem sich alle miteinander ringenden Kräfte treffen sollen» (Freud, 1916).

Der wohl wichtigste Wirkfaktor der psychoanalytischen Therapie ist es, «das Unbewußte bewußt zu machen, die Widerstände zu überwinden». Wichtigstes technisches Mittel hierzu ist die Deutung, die zum Ziel hat, latente Bedeutungen von Verhaltensweisen, Affekten, Phantasien, Einstellungen dem Patienten bewußt werden zu lassen, zerrissene Sinnzusammenhänge wieder herzustellen. Insofern kann die Deutung verstanden werden als Sinnstiftung, durch die der Analytiker versucht, dem Patienten die Einsicht in verborgene, unbewußte und vor allem abgewehrte Sinnzusammenhänge von Handlungen, Phantasien, Affekten etc. zu ermöglichen. Vor diesem Hintergrund werden Widerstandsdeutungen von Übertragungsdeutungen unterschieden. Psychoanalyse bedeutet Widerstandsanalyse, d. h. die Analyse der Kraft, die sich dem Erinnern widersetzt

und bestrebt ist, die Verdrängung aufrechtzuerhalten. Speisman (1959) zeigte in einer quantitativen Studie, daß Deutungen einen systematischen Effekt auf die Antworten des Patienten haben und daß Deutungen von mittlerer Tiefe (in bezug auf die abgewehrten Affekte und Impulse) die günstigsten therapeutischen Effekte nach sich ziehen. In einer neueren Untersuchung konnten Crits-Christophet al. (1988) den in der modernen Psychotherapieforschung wiederholt berichteten Zusammenhang zwischen der Präzision und Qualität der Deutung einerseits und dem Behandlungserfolg andererseits untermauern. Je präziser sich die Deutung an dem zentralen Beziehungskonflikt, einem vor Beginn der Therapie definierten zentralen Problem des Patienten (daher auch Focus genannt) thematisch orientierte, desto höher wurde der Erfolg einer zeitbegrenzten dynamischen Psychotherapie von unabhängigen Beurteilern eingestuft. Bei der dynamischen Psychotherapie handelt es sich um ein von Luborsky und Mitarbeitern entwickeltes zeitbegrenzt analytisches Psychotherapieverfahren, das wohl am ehesten der o. e. tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie entspricht. Die Autoren konnten außerdem den bereits beschriebenen Zusammenhang zwischen der Qualität der therapeutischen Beziehung und dem Therapieerfolg nachweisen, wobei der Einfluß der Qualität der Deutung offensichtlich nicht mit der Qualität der therapeutischen Beziehung in einer Wechselwirkung steht, es sich nach Meinung der Autoren somit um einen spezifischen Faktor des psychotherapeutischen Prozesses handelt, aus dem der Therapieerfolg vorhergesagt werden kann.

Bechmann und Meyer (1989, S. 15) verglichen den therapeutischen Prozeß in einer psychoanalytischen Kurztherapie (PT) mit demjenigen einer klientenzentrierten Psychotherapie (CC), indem sie die vom Tondband transkribierten Therapeut-Patient-Dialoge mit inhaltsanalytischen Methoden auswerteten: «Die therapeutische Beziehung wird in CC seltener und weniger vielfältig verbalisiert als in PT. Dies gilt nicht nur für die Verbalisierung von Übertragungen und Widerstand, sondern auch für die übrigen Aspekte der Therapie und ihrer Teilnehmer». Malan (1976) berichtet, daß Übertragungsdeutungen in erfolgreichen Behandlungen zu einem frühen Zeitpunkt der analytischen Kurz-

therapie erfolgten, und daß Deutungen in der Therapie dazu führten, dem Patienten neue emotionale Erfahrungen zu ermöglichen.

Schon in den Anfängen der Psychoanalyse erkannte Freud, daß es nicht ausreichte, Verdrängtes dem Patienten einfach mitzuteilen, sondern daß Widerstände dagegen standen, das Verdrängte bewußt werden zu lassen, insbesondere es wieder zu erleben. Aus diesem Grunde steht bei den psychoanalytischen Techniken die Analyse und damit die Deutung von Widerständen im Vordergrund, derer sich der Patient unbewußt bedient, um schmerzliche, beschämende oder bedrohliche Erfahrungen und Erlebnisse im Unbewußten zu belassen. Bei diesem Bewußtwerden von vorher Unbewußtem bekommen psychische Inhalte häufig eine andere Bedeutung: der Patient erhält so Einsicht in ihm bis dahin unbewußte Bedeutungen von früheren Konflikten, Erlebnissen, Gefühlen. Während in den Anfängen der Psychoanalyse das «Aha-Erlebnis» noch als typische Einsicht betrachtet wurde, versteht man heute darunter einen eher mühevollen Erkenntnisprozeß, bei dem erlebnishafte und intellektuelle Phänomene integriert werden, ohne ihrer Gegensätzlichkeit und Konflikthaftigkeit entledigt zu werden. Insofern meint Einsicht im psychoanalytischen Prozeß etwas anderes als die kognitive Einsicht in neue funktionale Zusammenhänge.

Einsicht führt jedoch keineswegs regelmäßig zu Veränderungen im Erleben und Verhalten. Diese erfordern vielmehr das wiederholte, mühsame und oft langwierige Durcharbeiten, dessen Ziel es ist, Einsicht wirksam werden zu lassen. Damit läßt sich das Durcharbeiten als Lernprozeß auffassen, bei dem Veränderungen der Verstärker (-pläne) erst nach einiger Zeit zur Verhaltensmodifikation führen. Dementsprechend findet das analytische Durcharbeiten nicht nur innerhalb, sondern auch außerhalb der therapeutischen Situation statt. Im Kontext einer kognitiven Lerntheorie läßt sich das Durcharbeiten mit Einschränkungen als kognitives Umstrukturieren im Sinne einer Erhöhung der kognitiven Strukturiertheit beschreiben, wobei der Akzent beim Durcharbeiten allerdings auf der Veränderung der Affekte und Interaktionen liegt. Auch beim Durcharbeiten (bzw. schon bei der Einsicht) werden kognitive Inkongruenzen aufgelöst und kognitive Innovationen angeregt und gefördert.

Nicht nur für die Veränderung von Verhalten sondern auch für die Aufrechterhaltung von Symptomen, Beschwerden etc. lassen sich Verbindungen von psychoanalytischen zu lerntheoretischen Konstrukten aufzeigen, wie dies erstmals von Dollard und Miller (1950) vorgeschlagen wurde. Sie unternahmen den anspruchsvollen Versuch, die psychoanalytische Theorie in der Sprache einer Theorie des sozialen Lernens systematisch zu reformulieren und strebten so den Entwurf einer lerntheoretisch fundierten Theorie der Technik an, in der sie die klinisch und empirisch bewährten essentials der psychoanalytischen Therapie begrifflich neu faßten. Die Auswirkungen dieses Versuchs waren marginal: Weder übernahm die damals (und für die kommenden Jahrzehnte) streng am S-R-Modell ausgerichtete Verhaltenstherapie die von Dollard und Miller reformulierte psychoanalytische Methode des «freien Assoziierens» oder das die therapeutische Beziehung konstituierende Phänomen der «Übertragung», noch wurde ihr Versuch von psychoanalytischen Theoretikern rezipiert. Das Problem derartiger Reformulierungen liegt darin, daß sie leicht in steril wirkenden Sprachübungen steckenbleiben (Weiner, 1983). Gleichwohl wurde wiederholt versucht, konzeptuelle Gemeinsamkeiten zwischen psychoanalytischen und lerntheoretischen Konzepten und Konstrukten auch begrifflich zu verdeutlichen, so etwa von Thomä und Kächele (1985). Wenn etwa das Lernen am Modell in einem weiteren Sinne verstanden wird als das einfache Imitieren von Verhaltensweisen des Modells, und auch verinnerlichte affektive und kognitive Funktionsweisen mit einschließt, dann kommt diese Form des sozialen Lernens in die Nähe des psychoanalytischen Identifikationsprozesses, bei dem eine Person Teilfunktionen (z. B. Werthaltungen, Denkstile, Affekte) einer anderen, oft Elternperson identifikatorisch übernimmt. Der Therapeut, der auf die Mitteilung der als in höchsten Maße bedrohlich, beschämend erlebten Phantasien und Wünsche des Patienten grundsätzlich ruhig, um Verständnis bemüht reagiert, fungiert gewissermaßen als (unsystematisch) gegen konditionieren des sozialen Agens; in der sicheren therapeutischen Beziehung habituieren die bedrohlichen Affekte. Überschneidungen zwischen beiden Theoriesystemen lassen sich auch für die Übertragung

und insbesondere die Übertragungsanalyse aufzeigen, die nach Thomä und Kächele (1985, S. 329) Ähnlichkeiten mit einem Generalisationsprozeß aufweist: «In den verschiedenen Übertragungskonstellationen kann der Patient vergleichsweise risikoarm unterschiedliche Beziehungsmuster ausprobieren; die vom Analytiker unterstützten, verstärkten Beziehungsaktivitäten wird der Patient auf Beziehungen außerhalb der Therapie übertragen (Generalisation) und dabei natürlich die Unterschiedlichkeiten zwischen der therapeutischen Übertragungs- und Arbeitsbeziehung und den viel stärker variierenden außertherapeutischen Beziehungen feststellen (Diskrimination). Es können hierbei positive Erfahrungen gemacht werden, die verstärkend und damit stabilisierend für das veränderte kognitive Schema und für das neue Verhaltensmuster wirken.»

Empirische Untersuchungen darüber, ob psychoanalytisch und lerntheoretisch fundierte Interventionen kombinierbar und effizient sind, sind selten. Hinweise ergeben sich aus der Untersuchung von Heigl und Triebel (1977), die eine Modifikation der psychoanalytischen Technik untersuchten, in der «kleinste Lernfortschritte des Patienten» bestätigt werden. «Korrektive emotionale Erfahrungen» traten, so die Autoren, bei dieser technischen Modifikation eher ein und ließen sich auch zwei Jahre nach Ende der Therapie noch feststellen. Es besteht ein deutliches Defizit an empirischen Untersuchungen zu den Wirkfaktoren und zu den verschiedenen Interventionsformen der analytischen Psychotherapie (vgl. Luborsky & Spence, 1978; Orlinsky & Howard, 1986). Die empirischen Untersuchungen des psychoanalytischen Prozesses stehen jedoch in der Regel nicht im Widerspruch zu den theoretischen Annahmen und klinischen Erfahrungen. So wirken etwa nach psychoanalytischer Auffassung Deutungen nicht schon allein dadurch, daß sie gegeben werden. Es reicht also nicht, daß der Therapeut den Patienten richtig versteht und das Verstandene auch in eine prägnante Formulierung umsetzen kann, sondern seine Deutung muß sich vielmehr organisch in den aktuellen Behandlungsprozeß einfügen und einen für den Patienten Sinnzusammenhang aufweisen. Entsprechend konnten Deneke et al. (1988, S. 205) zeigen, daß nur diejenigen Interventionen einen Fortschritt für

den Patienten bedeuten, die dadurch gekennzeichnet sind, daß sich Therapeut und Patient «in ihrem verbalen Diskurs» – bezogen z. B. auf Thema und wesentliche Erlebnisinhalte des Patienten – am »gleichen Strang« ziehen. Die Qualität (Güte) der Intervention ist demgegenüber nicht systematisch mit einem therapeutischen Gewinn für den Patienten verknüpft. Luborsky und Spence (1978) kommen in ihrer Übersicht zu der Schlußfolgerung, daß Empathie und richtige Deutung gute Prädiktoren für den Erfolg analytischer Psychotherapie seien. Dieses Ergebnis steht in Übereinstimmung mit der abschließenden Beurteilung von Orlinsky und Howard (1986), die in ihrer Übersicht über empirische Untersuchungen zur Effektivität unterschiedlichster psychotherapeutischer Verfahren ebenfalls die Bedeutung der Therapeut-Patient-Beziehung (empathische Resonanz, gegenseitige Bestätigung) und die Wirksamkeit spezifischer Interventionen, wie Deutungen und Konfrontationen betonen.

6. Literatur

- Arbeitskreis Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (1996). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – Grundlagen und Manual*. Bern: Huber.
- Bachrach, H. M., Galatzer-Levy, R., Skolnikoff, A., & Waldron, S. J. (1991). On the efficacy of psychoanalysis. *Journal of American Psychoanalytical Association*, 39, 871–916.
- Baumann, U. (1996). Wie objektiv ist die Wirksamkeit der Psychotherapie. *Report Psychologie*, 21, 686–699.
- Bechmann, R., & Meyer, A. E. (1990). Die Verbalisierung der therapeutischen Beziehung in der fokals psychoanalytischen und klientenzentrierten Psychotherapie. *Psychotherapie und medizinische Psychologie*, 39, 143–150.
- Breyer, F., Heinzl, R. & Klein, Th. (1997). Kosten und Nutzen ambulanter Psychoanalyse in Deutschland. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 2, 59–73.
- Burlingham, D., & Freud, A. (1953). Simultaneous analysis of mother and child. *The psychoanalytic study of the Child*, 10, 165.
- Connolly, M. B. & Strupp, H. H. (1996) Cluster analysis of patient reported psychotherapy outcomes. *Psychotherapy research*, 6, 30–42.
- Cremerius, J. (1979). Gibt es zwei psychoanalytische Techniken? *Psyche*, 33, 577–599.
- Crits-Christoph, P. (1992). The Efficacy of Brief Dynamic Psychotherapy: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 149, 151–158.
- Crits-Christoph, P., Cooper, A., & Luborsky, L. (1988). The accuracy of therapist's interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 490–495.

- Deneke, F.-W. (1982). *Analytische Gruppentherapie. Eine Prozeß- und Erfolgsstudie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Deneke, F.-W., Hilgenstock, B., Meyer, A.-E., & Franz, A. (1988). Analytiker-Interventionen im Kontext von Interaktion und Gesamtstunde. *Psychotherapie und medizinische Psychologie*, 38, 205–210.
- Dollard, J. & Miller, N.E. (1950). *Personality and psychotherapy*. New York: McGraw-Hill.
- Dührssen, A. (1962). Katamnestiche Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 8, 94–113.
- Fonagy, P., Moran, G.S., Edgumbe, R., Kennedy, H. & Target, M. (1993). The role of mental representations and mental processes in therapeutic action. *Psychoanalytic study of the child*, 48, 9–48.
- Freud A. (1936). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Wien: Int. Psychoanal. Verlag.
- Freud, S. (1909). *Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knabens*. (GW VII: S. 379–463).
- Freud, S. (1916/17). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. (GW Bd. 11).
- Freud, S. (1930). *Das Unbehagen in der Kultur*. (GW Bd 14: S. 419–506).
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Heigl, F.S., & Triebel, A. (1977). *Lernvorgänge in psychoanalytischer Therapie. Die Technik der Bestätigung. Eine empirische Untersuchung*. Bern: Huber.
- Henry, W.P., Strupp, H.H., Schacht, Th.E. & Gaston, L. (1994). Psychodynamic approaches. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed; pp. 467–508). New York: Wiley.
- Innerhofer, P., & Warnke, A. (1978). *Eltern als Co-Therapeuten*. Berlin: Springer.
- Kächele, H. (1992). Die Persönlichkeit des Psychotherapeuten und ihr Beitrag zum Behandlungsprozeß. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 38, 227–239.
- Kächele, H. & Richter, R. (1997). Europäische Perspektiven: Deutschland und Österreich. In St. DeSchill, S. Lebovici & H. Kächele (Hrsg.), *Psychoanalyse und Psychotherapie*. (pp. 35–44). Stuttgart: Thieme.
- Kernberg, O. (1981). Zur Theorie der psychoanalytischen Psychotherapie. *Psyche*, 8, 673–704.
- Kernberg, O. (1978). *Borderline Störungen und pathologischer Narzißmus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kiesler, D.J. (1977). Die Mythen der Psychotherapieforschung und ein Ansatz für ein neues Forschungsparadigma. In F. Petermann (Hrsg.), *Psychotherapieforschung* (S. 7–50). Weinheim: Beltz.
- Loch, W. (1986). *Perspektiven der Psychoanalyse*. Stuttgart: S. Hirzel.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J.L. Claghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92–116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy: Is it true that «Everybody has won and all must have prizes»? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1008.
- Luborsky, L., & Spence, D.P. (1978). Quantitative research on psychoanalytic therapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd ed., pp. 331–368). New York: Wiley.
- Malan, D.H. (1976b). *Toward the validation of a dynamic psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Meyer, A.-E. (1987). Some methodological recommendations from the Hamburg Short Psychotherapy Comparison Experiment. In R.J. Daly & A. Sand (Eds.), *Psychological treatment of mental illness* (pp. 119–127). Berlin: Springer.
- Meyer, A.-E. (1994). Über die Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie bei psychosomatischen Störungen. *Psychotherapeut*, 39, 298–308.
- Morgan, R.L., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Curtis, H., & Solomon, J. (1982). Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn Helping Alliance rating method. *Archives of General Psychology*, 39, 397–402.
- Nedelmann, C. (1980). Behandlungsziel und Gesundheitsbegriff der Psychoanalyse. In H. Bach (Hrsg.), *Der Krankheitsbegriff in der Psychoanalyse*. Bestimmungsvorläufe auf einem Psychoanalytiker-Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie 1980 (S. 55–67). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Orlinsky, D.E., & Howard, K.I. (1986). The relation of process to outcome in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis* (2nd ed., pp. 283–329). New York: Wiley.
- Piper, W.E., McCallum, M. Azim, H.F.A. & Joyce, A.S. (1993). Understanding the relationship between transference interpretation and outcome in the context of other variables. *American Journal of Psychotherapy*, 47, 479–493.
- Pohlen, M. (1972). *Gruppenanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Racker, H. (1982). *Übertragung und Gegenübertragung – Studien zur psychoanalytischen Technik*. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Richter, H.E., Strotzka, H., & Willi, J. (1976). *Familie und seelische Gesundheit*. Reinbeck: Rowohlt.
- Richter, R. & Meyer, A.-E. (1992). Befunde zur psychotherapeutischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. In U. Gerhard (Hrsg.), *Psychologische Erkenntnisse zwischen Philosophie und Empirie* (S. 206–222). Bern: Huber.
- Rudolf, G., Manz, R. & Öri, Chr. (1994). Ergebnisse psychoanalytischer Therapien. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 40, 25–40.
- Sammons, M.T. & Gravitz, M.A. (1990). Theoretical orientations of professional psychologists and their former professors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 131–134.
- Sandler, A.-M., & Sandler, J. (1994). Therapeutische und kontratherapeutische Faktoren in der psychoanalytischen Technik. *Bulletin der Europäischen Psychoanalytischen Föderation*, 43, 41–56.
- Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Überblicksarbeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 374–393.
- Seligman, M.E.P. (1996). Die Effektivität von Psychotherapie. Die Consumer-Report-Studie. *Integrative Therapie*, 2–3, 264–287.
- Speisman, J.-C. (1959). Depth of Interpretation and verbal resistance in Psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 23, 93–99.
- Strauß, B. & Burgmeier-Lohse, M. (1994). Prozeß-Ergebnis-Zusammenhänge in der analytisch orientierten Gruppenpsychotherapie – Eine Erkundungsstudie im stationären Rahmen. *Psychotherapeut*, 39, 239–250.

Thomä, H., & Kächele, H. (1985). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie* (Bd 1: Grundlagen). Berlin: Springer.

Thomä, H., & Kächele, H. (1988). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie* (Bd 2: Praxis). Berlin: Springer.

Weiner, I.B. (1983). Theoretical foundations of clinical psychology. In M. Hersen, A. E. Kazdin & A.S. Bellak (Eds.), *The Clinical Psychology Handbook* (pp. 21–34). New York: Pergamon.

Winnicott, D.W. (1974). *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. München: Kindler.



Psychotherapie: Setting Gruppentherapie

22.3 Ansatzpunkt Therapeut-Patient-Beziehung: Gesprächstherapeutisch orientierte Psychotherapie

Michael Reicherts

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	430	4.1 Gesprächspsychotherapie in Gruppen	438
2. Therapieziele und Störungsmodell	430	4.2 Gesprächspsychotherapie in Systemen und Institutionen	439
3. Interventionstechniken	432	5. Wirksamkeit und Indikation	439
3.1 Beziehungsorientierte Interventionen: die Basisvariablen	432	6. Erklärung der Wirksamkeit	442
3.2 Bearbeitungs- bzw. aufgabenorientierte Interventionen	435	6.1 Lerntheoretische Erklärungsmodelle	443
3.3 Äußere Merkmale der Gesprächspsychotherapie	437	6.2 Kognitive oder Informationsverarbeitungsmodelle	444
4. Ebenen der Intervention und Anwendungsfehler	438	7. Literatur	444

1. Einleitung

Im Mittelpunkt der von Carl Ransom Rogers (1942, 1951, 1970) begründeten Gesprächspsychotherapie steht die therapeutische Beziehung, die sich durch bestimmte veränderungsfördernde Eigenschaften wie Wertschätzung, Offenheit und empathisches Verstehen auszeichnet. Die therapeutischen Interventionen zielen darauf, ein entsprechendes *Beziehungsangebot* an den Klienten heranzutragen, das dieser akzeptieren und erwidern kann. Auf dieser Grundlage entwickelt sich der therapeutische Prozeß, der Veränderungen in der psychischen Struktur und dem Erleben und Verhalten des Klienten ermöglicht. Dabei begünstigen spezifische *bearbeitungsorientierte Interventionen* z.B. zur Erlebnisvertiefung, Bedeutungsexplikation oder Konfrontation, wie sie von neueren Ansätzen vorgeschlagen werden, therapeutische Veränderungen.

Der gesprächstherapeutische Behandlungsansatz hat schon früh große Verbreitung erfah-

ren und gehört heute zu den weltweit am meisten angewandten psychologischen Interventionsverfahren. Er wird auch als «non-directive psychotherapy», «client-centered therapy», im deutschen Sprachraum als «non-direktive», «klientenzentrierte» oder «personzentrierte Gesprächspsychotherapie» bezeichnet, wobei sich der Begriff *Gesprächspsychotherapie* (GT) durchgesetzt hat. Neuere Formen werden auch als zielorientierte oder prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie bezeichnet.

2. Therapieziele und Störungsmodell

Die Therapieziele lassen sich im Sinne des Störungsmodells nach Rogers (1959) wie folgt charakterisieren: Das *Selbstkonzept* umfaßt wichtige stabile Annahmen der Person über sich selbst (z.B. «Ich bin ein Versager»). Es entsteht aus Erfahrungen der Person mit sich selbst und aus

selbstwertbestimmenden Interaktionen mit anderen, bedeutsamen Personen (Eltern, Lehrpersonen, Peers usw.) und bildet den inneren Bezugsrahmen für neue Erfahrungen. Der Begriff der *Inkongruenz* beschreibt einen Zustand, wo bedeutsame (neue) Erfahrungen nicht in das Selbstkonzept integriert werden können. Dabei entstehen negative Gefühlszustände wie diffuse Angst, Bedrohung oder Spannung. Psychische Prozesse und die Weiterentwicklung der Person können blockiert werden.

Psychische Störungen bestehen demnach in negativen Erlebens- und Verhaltensweisen als Folge verzerrter oder fehlender Symbolisierung von Erfahrungen. Das dysfunktionale Selbstkonzept ist rigide und verhindert, daß das Bewußtsein diese Erfahrungen macht. Dagegen können von einer Person mit einem funktionalen Selbstkonzept Erfahrungen weitgehend angstfrei aufgenommen und verarbeitet werden. Rogers (1961) spricht von der «fully functioning person», die für alle Erfahrungen (sie sind bewußtseinsfähig, wenn auch nicht bewußtseinspflichtig) prinzipiell offen und flexibel ist und ein Maximum an Kommunikation und Lebenserfahrung einzubeziehen vermag.

Therapeutisches Oberziel ist folglich die Verminderung der Inkongruenz durch Restrukturierung des Selbstkonzeptes, verbunden mit erhöhter Selbstakzeptierung und Selbstaktualisierung. Voraussetzung dafür sind die beim Klienten durch die Therapie angeregte *Selbstexploration* und das «*Experiencing*», die offene und bewußte Erfahrung von emotionalen Erlebnisanteilen und Bedeutungen. Sie stellen Prozeßziele dar, die der Therapeut mit dem Klienten im konkreten therapeutischen Geschehen anstrebt.

Das *therapeutische Grundpostulat* verlangt eine Therapeut-Klient-Beziehung, die durch bedingungsfreie Akzeptierung und Wertschätzung, durch Aufrichtigkeit und durch einfühlsames Verstehen des Erlebens des Patienten in seinem (gestörten) individuellen Bezugsrahmen gekennzeichnet ist. Die therapeutischen Ziele gelten in dieser Konzeption für alle Personen, unabhängig von der psychischen Störung.

Neuerdings liegen Weiterentwicklungen dieser Konzeption vor, die auch *störungsspezifische* Annahmen enthalten (z. B. Speierer, 1994; Swildens, 1991; Schmidtchen, Speierer & Linster, 1995). In dem *differentiellen Inkongruenz-Modell*

von Speierer (1994) wird Inkongruenz als Unvereinbarkeit von persönlich relevanten Erfahrungsanteilen mit dem Selbstkonzept verstanden, in dem frühe Anteile des Selbst (i. S. des sog. organismischen Bewertungssystems), Wertintrojekte (im Zusammenhang mit Defiziten unbedingter Wertschätzung, vgl. Rogers, 1959) und schließlich die Konstrukte der Lebenserfahrung und Lebensgestaltung unterschieden werden. Die Anteile, zu denen die aktuellen Erfahrungen der Person in Widerspruch stehen, bestimmen das Inkongruenzpotential.

Inkongruenz entsteht einerseits durch bestimmte sozialkommunikative Erfahrungen (z. B. frühe Defizite bedingungsfreier Wertschätzung durch die Bezugspersonen wie in Rogers' ursprünglicher Konzeption). Andererseits kann sie durch bio- oder neuropsychologische Dispositionen (z. B. bei bestimmten Formen psychotischer Störungen) oder durch exogene Faktoren (z. B. bei Alkohol-, Drogen-, Medikamentenmißbrauch) bedingt sein. Einen weiteren Ursachenbereich stellen kritische Lebensereignisse dar (z. B. Bedrohung der psychischen oder physischen Integrität). Inkongruenz kann konflikthaft (z. B. bei internalen Konflikten) oder konfliktfrei erlebt werden, wie bei kritischen Lebensereignissen.

Darüberhinaus unterscheiden sich Personen in ihrem Grundbedürfnis nach Kongruenz wie auch in ihrer Fähigkeit, Kongruenz herzustellen. Da immer wieder neue und schwierige Erfahrungen zu verarbeiten sind, ist auch bei psychisch gesunden Personen anzunehmen, daß sie – wenigstens temporär – Inkongruenz erleben; doch verfügen sie über eine gewisse *Inkongruenztoleranz* sowie über Strategien zur *Bewältigung* von Inkongruenz. Das Ausmaß der Inkongruenztoleranz und die Bewältigungs- oder Verarbeitungsformen charakterisieren auch die jeweilige Störung.

Auf dieser Grundlage werden im differentiellen Inkongruenz-Modell drei Gruppen von psychischen Störungen nach ICD-10 unterschieden:

(1) *Störungen ohne Inkongruenzerleben*: Bei diesen Patienten stimmt die Störung mit ihrem Selbstkonzept überein, z. B. bei einer Verhaltensstörung oder Störung der Impulskontrolle (ICD-10 F63), an der die Bezugspersonen, nicht aber sie selbst leiden. Auch Störungen, deren Sympto-

me sich der Wahrnehmung entziehen (z. B. unbemerkte Ausfallerscheinungen bei Alzheimer-scher Krankheit), und Intelligenz- oder Wahrnehmungsmängel sowie fehlende Krankheitseinsicht sind hierzu zu rechnen.

(2) *Störungen mit kompensiertem Inkongruenz-erleben:* Hier bestehen zwar Folgesymptome der Inkongruenz, doch werden sie nicht als bedrohlich erlebt, weil eine hinreichende Inkongruenztoleranz oder -bewältigung gegeben ist; z. B. bei einer Person mit einer kompensierten Angststörung, z. B. einer einfachen Phobie, die für das Selbstkonzept erträglich ist.

(3) *Störungen mit dekompenziertem Inkongruenz-erleben:* Voraussetzung ist das zumindest teilweise Gewährwerden der Inkongruenz und die Motivation, daran etwas zu verändern. Dazu gehören viele Fälle der dysthymen depressiven Störung (ICD-10 F34.1), aus der Gruppe der phobischen Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen, dissoziativen und somatoformen Störungen (ICD-10 F4). Auch psychische Einflussfaktoren körperlicher Erkrankungen (ICD-10 F54) sind hierzu zu rechnen.

Gesprächspsychotherapie ist primär für die dritte Gruppe, die Störungen mit dekompenziertem Inkongruenz-erleben, indiziert (s. u. Wirksamkeit und Indikation).

3. Interventionstechniken

In der Gesprächspsychotherapie gibt es zwei große, bereits von Rogers selbst angelegte Strömungen: Ein primär philosophisch-anthropologisch orientierter Ansatz sowie ein empirischer, an der wissenschaftlichen Psychologie orientierter Ansatz, der die Fundierung und Effizienzprüfung des Interventionskonzeptes sowie eine Differenzierung des therapeutischen Inventars mit wissenschaftlichen Methoden anstrebt. Die vorliegende Darstellung basiert auf dem empirisch-wissenschaftlichen Ansatz. Flammer (1997) hat vor kurzem eine interessante Einführung zu psychologischen Aspekten des Gesprächs allgemein vorgelegt.

Gesprächspsychotherapeutische Interventionen lassen sich danach unterscheiden, ob sie

primär beziehungsorientiert oder bearbeitungs- bzw. aufgabenorientiert sind.

3.1 Beziehungsorientierte Interventionen: die Basisvariablen

Für die therapeutische Beziehung hat Rogers (1957) «notwendige und hinreichende Bedingungen» formuliert: (1) Zwei Personen – Klient und Therapeut – nehmen zueinander eine Beziehung auf. (2) Der Klient ist mit sich selbst uneins, verletztlich, ängstlich («nicht kongruent»). (3) Der Therapeut dagegen ist in der Lage, sich sein gesamtes Erleben – in der Beziehung zum Klienten – zu vergegenwärtigen, und «kongruent» oder «echt» zu sein. (4) Er ist dem Klienten ohne Vorbedingung positiv zugewandt («nicht an Bedingungen geknüpfte Wertschätzung»). (5) Er ist ferner in der Lage, sich in den Klienten einzufühlen, ihn zu verstehen und ihm das Verstandene mitzuteilen («Empathie»). (6) Der Klient schließlich kann dieses Beziehungsangebot – zumindest in Ansätzen – wahrnehmen und darauf eingehen.

Wie mehrfach gezeigt wurde, sind diese Bedingungen im Einzelfall weder hinreichend noch notwendig. Sie charakterisieren das sog. «Haltungskonzept» der GT und bilden einen heuristischen Handlungsrahmen höherer Abstraktionsstufe.

Im Mittelpunkt der beziehungsorientierten Interventionen stehen die folgenden drei *Basisvariablen* (Rogers, 1957, 1972, 1973; vgl. auch Biermann-Ratjen, Eckert & Schwartz, 1995; Bommert, 1987; Tausch & Tausch 1990):

- *Einführendes Verstehen* oder *Empathie* (ursprünglich «reflecting of feelings», später «accurate empathic understanding» oder «accurate empathy»), auf technischer Ebene auch als Verbalisierung emotionaler Erlebnis-inhalte (VEE) bezeichnet,
- *Emotionale Wärme* oder *Positive Wertschätzung* («unconditional positive regard» oder «warmth») und
- *Echtheit* oder *Kongruenz* («genuineness» oder «congruence»).

Die dadurch beschriebene beziehungsorientierte Haltung wird in einzelnen verbal-kommuni-

kativen Handlungen, durch verbales und non-verbales Verhalten realisiert. Dabei sind zwei Perspektiven zu beachten: die des handelnden Therapeuten, einschließlich seiner intrapsychischen Vorgänge, und die des Klienten, der die realisierten Variablen wahrnimmt (oder wahrnehmen kann).

Auf der Ebene konkreten therapeutischen Handelns bedeutet Echtheit offenes, authentisches und spontanes Verhalten des Therapeuten, das nicht fassadenhaft ist: Er spricht mit dem Klienten ungezwungen und aufrichtig; unter Umständen auch über seine eigenen Gefühle und Gedanken (sog. «Selbstöffnung», s. u.).

Emotionale Wärme und bedingungsfreie, positive Wertschätzung meinen, daß der Therapeut dem Klienten ohne Vorbehalt Wertschätzung entgegenbringt, ihn akzeptiert, so wie er ist und ohne daß er ein bestimmtes Verhalten zeigen muß. Die therapeutische Wertschätzung verlangt keine Gegenleistung, auch wenn sie das Verhalten des Klienten keineswegs immer billigen oder gutheißen muß. Emotionale Wärme ist auch nicht besitzergreifend.

Das empathische Verstehen umfaßt das Erkennen, Akzeptieren *und* Mitteilen von Gefühlen oder Erlebnisinhalten in dem (inneren) Bezugsrahmen des Gegenübers. Der Therapeut versucht das vom Klienten Gesagte widerzuspiegeln («reflecting of feelings») *und* über das vom Klienten unmittelbar Ausgedrückte hinaus Erlebnisanteile in Worte zu kleiden und ihm mitzuteilen, – als etwas, was er – der Therapeut – verstanden zu haben meint. Der Therapeut kann darin auch das wiedergeben, was er hinter dem beobachtbaren Verhalten und den Äußerungen des Klienten vermutet, besonders hinsichtlich mitschwingender emotionaler oder motivationaler Bedeutungsanteile und beteiligter Kognitionen. Wie Sachse (1992) in seinen Untersuchungen zeigen konnte, sind vor allem präzise empathische Therapeutenäußerungen mit «vertiefendem» Charakter für den unmittelbaren therapeutischen Fortschritt des Klienten entscheidend. Sie gehen über das bloße Widerspiegeln und Paraphrasieren hinaus, sind aber durch den genauen thematischen Bezug auf die unmittelbar vorausgehenden Klientenäußerungen gekennzeichnet.

Differenzierungen des Empathie-Konzeptes wurden z. B. von Elliott et al. (1982) oder von

Barrett-Lennard (1981) vorgelegt. Bei Barrett-Lennard basiert Empathie auf einem Drei-Phasen-Prozeß: (1) Der Therapeut erlebt Empathie, (2) teilt sie dem Klienten mit, und (3) dieser nimmt sie wahr. Die vom Klienten wahrgenommene Empathie weist den stärksten Zusammenhang zum Therapieerfolg auf.

Das Erfassen und Unterscheiden von Gefühls- und Bedeutungsanteilen in den Äußerungen des Klienten und ihre präzise Wiedergabe im laufenden Gespräch ist nicht einfach. Diese therapeutischen «skills» bedürfen intensiver Übung in der therapeutischen Ausbildung und späterer Supervision.

Der Veranschaulichung dient der Gesprächsausschnitt in Kasten 1 (Sachse, 1996, S. 226). Andere illustrative Fallbeispiele zur differentiellen Gesprächspsychotherapie finden sich in Swildens (1991).

Um die Basisvariablen erfassen, untersuchen und trainieren zu können, wurden im Laufe der Jahre verschiedene Einschätzungsskalen entwickelt (Truax, 1961; dt. Tausch, 1973; Carkhuff, 1969; dt. Eckert, 1974, und Schwartz, 1975), die sich im allgemeinen recht gut bewährt haben. Neuerdings wurde ein Skala zum Bearbeitungsangebot vorgeschlagen (Sachse, 1992). Nach entsprechendem Training der Beobachter bzw. Rater lassen sich mit den Skalen ausreichende Übereinstimmungswerte erreichen.

Empirische Untersuchungen legen es nahe, daß konstruktive Veränderungen beim Klienten wahrscheinlicher sind, wenn der Therapeut alle drei Basisvariablen in hohem Maße realisiert (z. B. Tausch, 1973). Die Verwirklichung von Kongruenz, positiver Wertschätzung und Empathie begünstigt die *Selbstexploration* beim Klienten, die ihrerseits konstruktive Änderungen fördert, wie z. B. die Verminderung der Inkongruenzen.

Die *Klientenvariable* «Selbstexploration» ist ein komplexes Prozeß-Merkmal. Nach Schwarz (1975; Biermann-Ratjen, Eckert & Schwarz, 1995) umfaßt sie die Intensität der Auseinandersetzung mit sich selbst, die gefühlsmäßige Nähe zum eigenen Erleben bei der Schilderung, und die Haltung diesen Gefühlen gegenüber (abwehrend vs. akzeptierend). Sachse (1992) schlägt vor, die Selbstexploration durch das Konzept der Bearbeitungsweise zu ersetzen, die

Kasten 1 Ein Therapiebeispiel

Therapieausschnitt einer 37jährigen Klientin (aus Sachse, 1996, S. 226 und 241; die Äußerungen der Klientin und die therapeutischen Interventionen sind dort auch im Hinblick auf den Explikationsprozeß kommentiert).

Kl 1: Ich werde also jetzt mit meinem Partner zusammenziehen. Ihre einzige Reaktion darauf war: «Du mußt ja wissen, was Du tust.»

Th 1: Ihre Mutter steht dem ablehnend gegenüber?

Kl 2: Ja, sie hat Angst, daß ich mich übernehme und mich im Haushalt aufreibe und dann krank werde und so.

Th 2: Und so was kriegen Sie häufig von Ihrer Mutter zu hören.

Kl 3: Ja, das krieg' ich ständig zu hören. Aber es kommt überhaupt nicht die Frage, wie es mir dabei eigentlich geht, was ich eigentlich will.

Th 3: Das vermissen Sie sehr, daß sich Ihre Mutter um Ihre Bedürfnisse kümmert?

Kl 4: Ja, ich habe immer gehofft, sie würde mal anders reagieren. Und ich bin immer enttäuscht, wenn sie wieder mit dem Blödsinn anfängt ...

Th 4: Sie sind enttäuscht?

Kl 5: Ja. Andererseits sage ich mir, ich überfordere sie vielleicht auch. Sie hat selbst eine Menge Probleme am Hals, und ich sollte mich gar nicht aufregen, sie ist eine kranke Frau.

Th 5: Ja. Aber irgendwie geht das nicht, sich nicht aufzuregen. Was passiert in Ihnen, wenn Ihre Mutter sich gar nicht darum kümmert, was Ihre Bedürfnisse sind?

Kl 6: Dann werde ich unheimlich sauer. Ich könnt' dann jedesmal aus der Haut fahren. Und ich werde dann auch böse, red' nicht mehr mit ihr oder geh' einfach raus.
(...)

die Verarbeitungs»tiefe« des Klienten beschreibt. Ihr ist ein analoges Konzept auf seiten des Therapeuten gegenübergestellt: das therapeutische Bearbeitungsangebot. Für Bearbeitungsweise und therapeutisches Bearbeitungsangebot existieren analoge Einschätzungsskalen (siehe weiter unten «Explizieren»).

- *Weitere Therapeutenvariablen.* Darüber hinaus wurde eine Reihe weiterer Variablen bzw. Techniken als Einflußfaktoren erfolgreicher Gesprächspsychotherapie diskutiert und empirisch untersucht. Die *Aktivität* (z. B. Minsel, Langer, Peters & Tausch, 1973), die *innere Anteilnahme* (Schwartz, Eckert, Babel & Langer, 1978) oder die *Selbstöffnung* und *Selbsteinbringung* (Truax, Fine, Moravec & Willis, 1968) stellen Teilaspekte der Beziehungsgestaltung seitens des Therapeuten dar. Dagegen charakterisieren das *Konkretisieren*

(Truax & Carkhuff, 1964), das *Spezifizieren* (z. B. Minsel, 1974) und das *Verallgemeinern* bzw. *Fazit-Ziehen* (Schwarz, 1975) von Klientenäußerungen durch den Therapeuten spezifische Aspekte der Bearbeitung von Inhalten. Sie können als Erweiterung der empathischen Antwort, insbesondere der Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte aufgefaßt werden. Unter dem Einfluß der kognitiven Erklärungsansätze wurden auch *Differenzieren* und *Integrieren* der emotionalen Bedeutungsgehalte diskutiert (z. B. Wexler, 1974; Reicherts & Wittig, 1984).

Die Techniken sind operationalisiert durch entsprechende Variablen (der sog. «Variablenansatz»): z. B. das Ausmaß der Selbstöffnung des Therapeuten oder der Grad der Konkretheit der Therapeutenäußerung in einzelnen Gesprächsabschnitten.

3.2 Bearbeitungs- bzw. aufgabenorientierte Interventionen

Verschiedene Autoren weisen darauf hin, daß schon die Basisvariablen (und Zusatzvariablen) im Sinne einer differentiellen Indikation auf den Klienten (Störung und Eingangsmerkmale) und den therapeutischen Prozeß abzustimmen seien. Auch die Realisierung der o.g. Zusatzvariablen (Konkretisieren, Spezifizieren, Verallgemeinern etc.) geht über die reine Beziehungsgestaltung hinaus und zielt auf eine Ausdifferenzierung therapeutischer Handlungselemente.

Neuere Ansätze betonen neben der Beziehungsorientierung die Bearbeitungs- oder Aufgabenorientierung anhand spezifischer Interventionen. Im Rahmen des Beziehungsangebotes macht der Therapeut je nach Verlauf des therapeutischen Prozesses bestimmte Bearbeitungsangebote. Diese basieren auf spezifischen Ausprägungen der Interventionsvariablen bzw. auf weiteren, «prozeßdirektiven» Interventionsformen wie Fragenstellen, Konfrontieren, Explizieren etc., die der jeweiligen Problematik und dem aktuellen Prozeß des Klienten angepaßt sind.

Im Unterschied zu den beziehungsorientierten Interventionen, die generelle und längerfristige Ziele verfolgen (z.B. Rahmenbedingungen der therapeutischen Beziehung, interpersonaler Prozeß, mikrosoziales Erfahrungssystem), sind bearbeitungsorientierte Interventionen auf unmittelbare, kurzfristige Ziele («Aufgaben») gerichtet, die der Klient ausgehend vom gegenwärtigen therapeutischen Prozeß angehen bzw. erreichen sollte (Greenberg, Rice & Elliott, 1993). Aufgabenorientierte Intervention gehen einher mit einem veränderten Therapieverständnis: der Therapeut «folgt» nicht nur den Äußerungen des Klienten, sondern «steuert» sie auch aktiv.

Als *prozeßbezogene Interventionen* («process tasks» und Bearbeitungsangebote) beachten sie das Prinzip der Prozeß-Indikation. Sie setzen bei typischen therapeutischen Situationen oder Ereignissen ein, die durch bestimmte Merkmale («process marker») gekennzeichnet sind, und sie verfolgen bestimmte therapeutische Prozeßziele («marker-guided»). Der Therapeut nimmt eine aktive Haltung ein und macht ein bestimmtes Bearbeitungsangebot, z. B. in folgenden Fällen:

- Es taucht ein hoch bedeutsames Ereignis aus der Vergangenheit des Klienten auf, das neu durchgearbeitet und expliziert wird (Rice & Saperia, 1984);
- ein aktuelles Problem verdient eine tiefere affektive Bearbeitung zur Klärung der persönlichen Bedeutungen und Motivationen (Focusing nach Sachse, Atrops, Wilke & Maus, 1992);
- ein auftauchender (internal motivierter) Konflikt wird bearbeitet;
- es zeigen sich deutliche Widersprüche in den Äußerungen des Klienten, mit denen er konfrontiert werden sollte (Tscheulin, 1992).

Dabei kommen nicht nur genuin gesprächs-therapeutische Interventionen (Äußerungen im Sinne der Basis- und Zusatzvariable), sondern auch Techniken anderer therapeutischer Ansätze zur Anwendung, z. B. die Bearbeitung von Konflikten mit dem aus der Gestalttherapie stammenden «two-chair dialogue» (Greenberg, 1984), oder die Klärung des Erlebens einer bedeutsamen Person gegenüber mit dem «empty-chair dialogue» (Paivio & Greenberg, 1995). Diese Techniken sind zum großen Teil zu expliziten Handlungsanweisungen ausgearbeitet und liegen in Form von *Therapiemanualen* vor.

- *Explizieren, Bedeutungsexplikation.* Für die therapeutische Klärungsarbeit ist es wesentlich, die Bedeutung, die ein Thema, eine Situation, ein Verhaltens- oder Erlebnisweise für den Klienten haben, im Detail gemeinsam auszuarbeiten.

Auf seiten des Klienten kann der Explizierungsprozeß verschiedene Stufen (Sachse, 1992) durchlaufen: Auf der ersten Stufe ist keine Bearbeitung persönlich relevanter Inhalte erkennbar. Auf den Stufen zwei (Intellektualisierung) und drei (Bericht) werden zwar persönlich bedeutsame Sachverhalte angesprochen, jedoch ohne daß eine Bewertung deutlich wird. Die Stufen vier (zuschreibende, externale Bewertung) und fünf (persönliche Bewertung) schließen die Bewertung von Inhalten ein. Auf den Stufe sechs und sieben (Explizierung bzw. Repräsentationsbildung) sind affektive und kognitive Bedeutungen (internale Determinanten) beteiligt, und auf Stufe acht (Integration) kommt es schließlich zur Verknüpfung von explizierten Inhalten mit anderen Aspekten (an-

deren Situationen, anderen Aspekten des Selbst etc.).

Analog dazu läßt sich das Bearbeitungsangebot durch den Therapeuten charakterisieren: Die Therapeuten-Äußerung kann eine Fortsetzung des Berichts anregen, sie kann eine Bewertung (in dem inneren Bezugsrahmen des Klienten) anbieten oder eine vertiefende Explizierung oder Integration von Bedeutungen vorschlagen. In empirischen Studien ließ sich zeigen, daß das Bearbeitungsangebot des Therapeuten die nachfolgenden Klienten-Äußerungen sowohl in «vertiefender» wie in «verflachender» Richtung beeinflussen kann (Sachse, 1992).

Explizierende Interventionen können allgemein als eine Weiterentwicklung des empathischen Verstehens betrachtet werden. Faßt man wie Sachse (1992, 1996) Bedeutungsexplikation als ein (mehrdimensionales) Kontinuum auf, können diverse therapeutische Äußerungen als Bedeutungsexplikation – auf unterschiedlichem Bearbeitungsniveau – gelten. Der Therapieerfolg ist größer, wenn die Explizierungsangebote des Therapeuten das (vorausgehende) Explikationsniveau des Klienten immer wieder in gewissem Maße übersteigen.

- *Konfrontieren* bezeichnet Therapeutenäußerungen, die von der aktuellen Selbstschilderung des Klienten abweichen und ihn auf Diskrepanzen hinweisen (vgl. Bommert, 1987; Anderson, 1969). Diskrepanzen können zwischen aktuellen und früheren Äußerungen des Klienten oder seinem verbalen und non- bzw. paraverbalen Verhalten bestehen (z. B. spricht der Klient unbewegt von einer starken Bedrohung). Auch Diskrepanzen zwischen der Sichtweise des Therapeuten und des Klienten oder Diskrepanzen zwischen idealem und realem Selbst des Klienten können Gegenstand einer Konfrontation sein. Einen Überblick über verschiedene Formen des Konfrontierens gibt Tscheulin (1990, 1992).

Ziel des Konfrontierens ist es, die Aufmerksamkeit des Klienten auf Phänomene zu lenken, die ihm (noch) nicht deutlich sind, und diese Phänomene einer Bearbeitung zuzuführen. Konfrontationen können dabei eine erlebnisvertiefende, didaktische oder ermutigende Funktion haben (z. B. Sachse, 1996).

Konfrontieren setzt eine gut funktionierende Therapeut-Klient-Beziehung voraus. Untersuchungen (z. B. Anderson, 1969) zeigen beispielsweise, daß Konfrontationen die Selbstexploration des Klienten begünstigten, wenn die drei Basisvariablen hoch ausgeprägt waren, ansonsten hatten sie einen reduzierenden Effekt. Therapeuten mit hohem Niveau in den Basisvariablen neigten häufiger zum Konfrontieren, wobei die Klienten dabei eher mit ihren Möglichkeiten als mit ihren Schwächen konfrontiert werden.

Tscheulin (1992) zeigt die Bedeutung der Selbstaufmerksamkeit als Klientenmerkmal auf: Konfrontieren ist bei «aktionsbezogenen» Klienten erfolgreicher, während «selbstbezogene» Klienten mehr von nicht-konfrontierendem Therapeutenverhalten profitieren.

- *Focusing* ist eine Interventionstechnik, die in den vergangenen Jahren erneut an Bedeutung gewonnen hat. Sie wurde ursprünglich von Gendlin (1981) entwickelt und betont stärker als das empathische Verstehen das flexible Verfolgen und Vertiefen der beim Klienten anklingenden emotionalen Erlebnisaspekte. Focusing beinhaltet – ausgehend von einem konkreten Problem oder Inhaltsbereich – die aktive, gezielte Lenkung der Aufmerksamkeit des Klienten auf seine aktuellen, inneren Zustände, die sich in diffusen Emotionen und Körperempfindungen manifestieren. Dem Klienten wird vorgeschlagen, sich auf das vorliegende diffuse (Körper-)Gefühl, die sog. *gefühlte Bedeutung* («felt sense») zu konzentrieren. Über mehrere Prozeßschritte soll er versuchen, dieses Gefühl zu symbolisieren, d. h. die bis dahin nur gefühlte Bedeutung explizit zu benennen. Nach einer stimmigen Symbolisierung verändert sich das diffuse Gefühl oder es verschwindet.

Wie neuere Studien zeigen (z. B. Sachse, Atrops, Wilke & Maus, 1992), ist ein erster Focusing-Durchgang vor allem dann erfolgversprechend (d. h. die Symbolisierung gelingt stimmig), wenn der Klient bereits in einer vorausgegangenen Therapiesitzung ein hohes Maß an Selbstexploration zu realisieren vermochte, insbesondere sich seinem emotionalen, auch körperlichen Erleben zuwenden konnte.

- *Fragenstellen* war in der «klassischen» Gesprächspsychotherapie verpönt; sie wurden al-

lenfalls indirekt formuliert. Fragen bilden jedoch eine elementare Interventionsform (z.B. Sachse, 1996), die einerseits die Funktion hat, dem Therapeuten die notwendige Informationsbasis zu liefern (Informations- und Verständnisfragen) bzw. den Klienten zu einer anschaulichen Schilderung einer Situation, eines Gefühls etc. zu führen (konkretisierende Fragen). Andererseits sollen Fragen den Klienten veranlassen, seine Verarbeitungsweise zu vertiefen, z. B. von einem unbeteiligten Bericht zu einer Darstellung der persönlichen Bedeutung zu gelangen (vertiefende Fragen). Dabei ist sicherzustellen, daß der Ausgangspunkt der Frage (die impliziten Voraussetzungen und die intendierte Funktion) zutreffend ist, indem der Therapeut z. B. eine validierende empathische Aussage vorausschickt, die vom Klienten bestätigt wird. Es gilt das Prinzip «Verstehen geht vor Vertiefen».

Die geschilderten Interventionstechniken sind nur unter bestimmten Bedingungen anzuwenden, unter anderen Bedingungen sind sie unangemessen oder kontraproduktiv, z. B. das Konfrontieren eines Klienten, der sich gerade in einem Explizierungsprozeß oder in einem Focusingprozeß befindet.

Zwar liegt für aufgabenorientierte Interventionen in der Gesprächspsychotherapie noch keine verbindliche Systematik vor, doch lassen sie sich z. B. nach den Ebenen der Bearbeitung unterscheiden (vgl. auch Sachse, 1996): Auf der *Inhaltsebene* werden die konkreten Themen, Probleme und Lösungsversuche des Klienten behandelt. Auf der psychischen *Verarbeitungsebene* werden die kognitiven, affektiven und verhaltensmäßigen Verarbeitungsformen thematisiert, mit denen der Patient seine Probleme zu verarbeiten versucht (z. B. Vermeidung). Auf der *Beziehungsebene* werden die Interaktionsmuster des Klienten in der therapeutischen Beziehungsgestaltung bearbeitet; im Unterschied zum generellen Beziehungsangebot werden sie hier explizit zum Gegenstand des therapeutischen Gesprächs gemacht.

Die Ebenen sind durch spezifische Therapieziele (Prozeßziele) und Interventionen charakterisiert und hierarchisch geordnet. Ein konstruktiver therapeutischer Prozeß auf der Inhaltsebene setzt beim Klienten (überwiegend) funktionale Verarbeitungsformen voraus; the-

rapeutischer Fortschritt auf der Verarbeitungsebene bedarf einer funktionalen Beziehungsgestaltung zwischen Klient und Therapeut.

Unterschiedliche Störungen und Eingangsmerkmale von Klienten bedingen unterschiedliche Schwerpunkte der therapeutischen Arbeit auf diesen Ebenen: Zum Beispiel werden Angststörungen und Depression schwerpunktmäßig auf der Inhaltsebene, psychosomatische Störungen auf der Verarbeitungsebene und Persönlichkeitsstörungen auf der Beziehungsebene behandelt. Selbstverständlich können die Bearbeitungsebenen im Laufe der Therapie, aber auch im Zuge einzelner therapeutischer Sequenzen wechseln.

Wie bereits angedeutet, können aufgabenorientierte Interventionen in der Gesprächspsychotherapie auch mit Techniken anderer therapeutischer Ansätze kombiniert werden: z. B. Übungen zur kognitiven Umstrukturierung, Imaginationsübungen, Hausaufgaben, Rollenspiele, gestalttherapeutische Übungen, Vignetten des Psychodramas, Körperübungen etc. bis hin zur Einbeziehung des Partners oder eines Familienmitgliedes in die Therapie. Kombinationen von gesprächspsychotherapeutischen, gestalttherapeutischen und «marker guided» Interventionen (Rice & Greenberg, 1990) wurden z. B. bei depressiven Patienten mit Erfolg empirisch erprobt (Elliott et al., 1990).

Zur Häufigkeit des Einsatzes der genannten Therapievariablen und Interventionstechniken hat Speierer (1995) Gesprächspsychotherapeuten in der Bundesrepublik Deutschland befragt. Nach ihrer eigenen Einschätzung verwenden sie in hohem Maße Wertschätzung vor Empathie und Kongruenz. Bei den Zusatzvariablen und -Interventionen werden am häufigsten Differenzieren, Konfrontieren sowie Fazit-Ziehen genannt. Auch Techniken des Focusing werden relativ häufig verwandt, seltener dagegen Selbstöffnung und Techniken anderer Provenienz.

3.3 Äußere Merkmale der Gesprächspsychotherapie

Zu den äußeren Merkmalen der Gesprächspsychotherapie gehört die *Therapiesituation* (Setting): z. B. eine gleichberechtigte Sitzposi-

tion im Gespräch, die Häufigkeit und Dauer der Kontakte (durchschnittlich eine Sitzung von ca. 45 Min pro Woche) oder die regelmäßige Aufzeichnung auf Tonband im Einvernehmen mit dem Klienten. Die *Therapiedauer* betrug in einer jüngeren, repräsentativen Untersuchung von Eckert und Wuchner (1994) im Durchschnitt 69 Sitzungen, verteilt über zwei Jahre. Dabei zeigte sich eine große Variationsbreite, u. a. in Abhängigkeit von den behandelten Störungen.

4. Ebenen der Intervention und Anwendungsfelder

Bisher wurde das Interventionskonzept der Gesprächspsychotherapie im Kontext der *therapeutischen Dyade*, der Beziehung zwischen Klient und Therapeut, beschrieben. Nun werden kurz andere Ebenen der Intervention und Anwendungsfelder vorgestellt, in denen Interventionskomponenten der Gesprächstherapie in ursprünglicher oder abgewandelter Form zur Anwendung kommen.

4.1 Gesprächspsychotherapie in Gruppen

Der Einsatz geschäftstherapeutischer Prinzipien in Gruppen wurde angeregt durch Rogers' langjährige Arbeit mit *Encounter-Gruppen*, bei denen die Begegnung von Menschen im Mittelpunkt steht (Rogers, 1970). Auf Gruppenebene wird die Bezeichnung «*personenzentriert*» dem Begriff «*klientenzentriert*» vorgezogen, da der Ansatz nicht nur für Personen mit akuten psychischen Problemen gedacht ist. Die personenzentrierte Gesprächsgruppe basiert auf einer Ausweitung der förderlichen Bedingungen des Einzelgesprächs auf Gruppen. Die Haltung des *Helfers* («*facilitator*») in der Gruppe entspricht weitgehend der des Therapeuten im Einzelgespräch (z. B. Tausch & Tausch, 1990). Auch hier sind als Wirkfaktoren konstruktiver Änderungen die drei Basisvariablen des einführenden Verstehens, der Wertschätzung und der Echtheit des Helfers wesentlich. Hinzu kommen Interaktion und Kommunikation der Gruppenmitglieder untereinander, teils als spontane und

an dem Modell des Helfers erlernte Realisierungen personenzentrierter Haltung, teils als Mitteilung eigener Erfahrung positiver und negativer Gefühle, Wahrnehmungen und Meinungen. Indem die Gruppenmitglieder aufeinander eingehen, können sie sich gegenseitig bei der Selbstexploration fördern, und auch Inkongruenzen zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung abbauen helfen.

Nach der *Zusammensetzung* der Teilnehmer und der *Zielsetzung* sind verschiedene Gruppen zu unterscheiden. Im klinischen Bereich wird der geschäftstherapeutische Ansatz sowohl bei ambulanten als auch stationären Gruppen mit psychoneurotischen, psychiatrischen, psychosomatischen oder an chronischen somatischen Erkrankungen leidenden Patienten angewendet. Daneben gibt es Gesprächsgruppen mit dem Ziel, durch Begegnung persönliche Selbstentfaltung und Weiterentwicklung zu fördern (Wachstum, «*enrichment*»), Gruppen zur Verbesserung des sozialen Klimas, der Solidarität und Kooperation, in (helfenden) Organisationen, oder im schulischen und sozialpädagogischen Bereich.

Es bestehen Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit und Dauer der Gruppengespräche und der Gruppengröße. Bei Gruppen im stationären Kontext werden eher wöchentliche Sitzungen von 90 Minuten bevorzugt, im ambulanten Kontext Sitzungen längerer Dauer bei geringerer Frequenz. Eine Variante besteht aus einer Blockveranstaltung von zwei bis drei Tagen (Wochenende) zu Beginn und einigen mehrstündigen Nachtreffen im 14-Tagesrhythmus (vgl. die Studie von Pomrehn, Tausch & Tönnies, 1986, im Abschnitt Wirksamkeit).

Die Untergrenze der Teilnehmerzahl bei Klientengruppen liegt bei fünf, die Obergrenze bei etwa zehn Teilnehmern. Bei nicht beeinträchtigten Personen liegt die Teilnehmerzahl meist bei 10 bis 15, die Grenze ist aber nach oben hin offen. Meist arbeiten die personenzentrierten Helfer in den Gruppen nicht allein, sondern mit einem Co-Helfer.

Empirische Untersuchungen zur Gruppenarbeit im psychiatrischen Bereich z. B. mit Borderline-Patienten (zum Vergleich mit psychoneurotischen Patienten s. auch Eckert & Biermann-Ratjen, 1986) und psychoneurotischen Patienten belegen deren globale Wirksamkeit

recht deutlich (s. Abschnitt 5). Zur Anwendung der GT in der Psychiatrie vgl. auch Bommert (1986).

Studien, die Therapieeffekte der Gesprächspsychotherapie in Gruppen mit anderen Formen der Gruppentherapie vergleichen, liegen vor allem für den psychiatrischen Bereich vor (z. B. Eckert, Biermann, Tönnies & Wagner, 1981). Unterschiedliche Effekte personenzentrierter vs. psychoanalytischer Gruppentherapie fassen Eckert und Biermann-Ratjen (1985) folgendermaßen zusammen: Analytisch behandelte Patienten erwerben vermehrt Autonomie, Selbständigkeit und Durchsehvermögen, gesprächspsychotherapeutisch behandelte Patienten dagegen vermehrt Selbstachtung, verstärkte Beziehungsfähigkeit und Kooperationsmöglichkeiten. Verbesserungen auf Symptomebene im 9-Monats-Follow-up waren in der Gesprächspsychotherapie ausgeprägter.

4.2 Gesprächspsychotherapie in Systemen und Institutionen

Prinzipien der helfenden Beziehung und Begegnung wurden u. a. in Selbsthilfegruppen, bei alten Menschen (z. B. Radebold, 1983) oder zur Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen in Organisationen und Institutionen verwendet, so z. B. für Gefängnisinsassen und Richter (z. B. Tausch, Schiefelbein, Schwab & Dossmann, 1975). Auch in der Pädagogischen Psychologie wird das gesprächspsychotherapeutische Basiskonzept z. B. zur Förderung des Lehrerverhaltens verwendet, was positive Auswirkungen im emotionalen Bereich und den Unterrichtsbeiträgen der Schüler haben kann (Höder, Tausch & Weber, 1979). Gesprächspsychotherapeutische Interventionsansätze kommen auch *in Systemen* zur Anwendung: In der Paartherapie (z. B. Auckenthaler, 1983) und Familientherapie (z. B. Heekerens, 1985), aber auch in der Management- und Organisationsentwicklung (z. B. Seewald, 1988).

Bei der Anwendung klientenzentrierter Prinzipien auf der Ebene der Erziehung hat das Elterntraining nach Gordon (1970) große Bedeutung erlangt. Unter anderem wird das «reflektierende Sprechen» mit dem Kind als eine zentrale Variable günstigen Elternverhaltens geübt (z. B. Perrez, Minsel & Wimmer, 1985). Bei

anderen Problemen erweist sich vor allem «Offenheit» und ggf. auch «Selbstöffnung» der Eltern als günstig. Daraus entwickelten sich auch Konzepte für Präventionsprogramme für Familien (z. B. Horsten & Minsel, 1987).

Auf klientenzentrierte Grundlage stützt sich auch die *kindzentrierte Spieltherapie* als Behandlungsmethode (Axline, 1947). Nach Schmidchen (1989) sind ihre therapeutischen Zielsetzungen: a) Förderung von psychischem Wachstum, b) Verbesserung der allgemeinen Lernfähigkeit bei sozialen, emotionalen und intellektuellen Retardierungen (nicht der schulischen Leistungsfähigkeit) und c) Abbau von Verhaltensstörungen.

Auf gesprächspsychotherapeutischer Grundlage wurden auch Interventionsprogramme für Risikogruppen entwickelt.

5. Wirksamkeit und Indikation

Es ist das Verdienst von Rogers selbst, das therapeutische Geschehen als einer der ersten auf Tonband festgehalten und transparent gemacht zu haben. Dadurch war es möglich, intersubjektiv überprüfbar und trainierbare Komponenten des hilfreichen Gesprächs herauszuarbeiten. Schon von Rogers und dessen Mitarbeitern wurden auch Anstrengungen unternommen, die Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie zu evaluieren. In der Folgezeit wurden zahlreiche empirische Studien mit verschiedenen Zielsetzungen durchgeführt, die neben der Untersuchung des Therapieerfolges (Outcome-Forschung) auch Merkmalen des Therapieprozesses (Prozeß-Forschung) gewidmet waren, sowie der Kombination aus Prozeß- und Erfolgsmerkmalen (zum Überblick Bommert, 1987). Ein Beispiel ist folgende Untersuchung von Pomrehn, Tausch und Tönnies (1986) zur Wirksamkeit gesprächspsychotherapeutischer Gruppen (s. Kasten 2).

Aus jüngster Zeit liegen zwei *Metaanalysen* vor, die eine Reihe von Untersuchungen zusammenfassen, um zu generalisierten und quantifizierten Schätzungen der Wirksamkeit zu gelangen. In die Metaanalyse von Grawe, Donati und Bernauer (1994) sind insgesamt 35 kontrollier-

Kasten 2

Wirksamkeitsstudie (Pomrehn, Tausch & Tönnies, 1986)

Fragestellung

Bei welchem Anteil psychoneurotischer Klienten treten durch personenzentrierte Gruppenpsychotherapie positive Veränderungen in wichtigen Symptombereichen ein? Sind diese Veränderungen über längere Zeit stabil und sind sie begleitet von Veränderungen in anderen Lebensbereichen? Mit welchen Bedingungen (Therapeutenverhalten, Prozeßmerkmalen) stehen die Veränderungen in Beziehung?

Methode

- *Stichprobe:* Teilgenommen haben 103 Patienten einer Psychologischen Beratungsstelle, Durchschnittsalter 36 Jahre (19–66); davon 59 Prozent weiblich; 41 Prozent ledig, 35 Prozent verheiratet und 24 Prozent geschieden; 62 Prozent mit Haupt/Realschulabschluß, 38 Prozent mit Abitur. Meistgeschilderte Symptome waren Selbstwert/Selbstbehauptungsschwierigkeiten, affektive Störungen und Kontaktstörungen. 78 Prozent geben körperliche Beschwerden an, die von medizinischer Seite überwiegend als psychosomatisch eingestuft wurden. 39 Prozent erhielten Medikamente, von denen sich die meisten abhängig fühlten.

- *Intervention:* Gebildet wurden Gruppen mit 8–11 Teilnehmern mit je einem sog. Haupt Helfer und einem Co-Helfer (insgesamt 13 Therapeuten). Sie nahmen an einer zweieinhalbtägigen Gruppentherapie und 4 zweieinhalbstündigen Nachtreffen im Wochenabstand teil. In den Gruppengesprächen realisierten die Therapeuten die Grundvariablen Empathie, Wärme und Echtheit sowie Aktivität. Die Realisierung der Basisvariablen wurde indirekt durch Klienteneinschätzungen kontrolliert: Nach Ansicht der Klienten realisierten 75 Prozent der Helfer und 63 Prozent der Co-Helfer die Basisvariablen in hohem Maße. Der Gruppenprozeß wurde ebenfalls ex post durch die Teilnehmer eingeschätzt.

- *Versuchsplan:* Durchgeführt wurde eine Voruntersuchung (Hauptsymptomatik, Probleme in diversen Lebensbereichen (z. B. Partnerschaft, Kinder, Beruf/Arbeit, Motivation und

Erwartungen), eine Nachuntersuchung 6 Wochen nach Abschluß der Therapiesitzungen und eine weitere nach einem Jahr, an der noch 87 Klienten (84%) teilnahmen. Zugrunde liegt ein Kontrollgruppenplan mit einer Wartegruppe von Klienten (N = 51), die an der gleichen Institution um Therapie nachgesucht hatten, aber aus Kapazitätsgründen noch nicht behandelt werden konnten. Therapiegruppe und Wartekontrollgruppe unterschieden sich weder im Ausmaß ihrer Ausgangsstörung noch in demographischen Merkmalen signifikant.

- *Untersuchungsverfahren:* Klienten: Die Einschätzung globaler Besserung, der Besserung in den Hauptstörungsbereichen, Veränderungen in anderen Lebensbereichen, in der Selbstkommunikation, außerdem verschiedene Selbsteinschätzungen den Gruppenprozeß betreffend (z. B. eigene Offenheit, Lernbereitschaft, Vertrauen in die Gruppe); ferner Einschätzungen der Gruppenleiter bzw. Helfer hinsichtlich der Basisvariablen Empathie, Wärme und Echtheit.

Ergebnisse

Die Teilnehmer an der Gruppentherapie schätzen das Ausmaß globaler Besserung 6 Wochen nach Abschluß deutlich höher ein als die Kontrollgruppe im gleichen Zeitraum (70% der Therapiegruppe schildern ihren Zustand als «gebessert» gegenüber 29 Prozent der Wartegruppe). Ähnliches gilt auch für günstige Veränderungen in einzelnen Lebensbereichen (z. B. Partnerschaft, Sexualität, Kinder, Beruf/Arbeit, soziales/politisches Engagement), im Umgang mit sich selbst und anderen, in psychosomatischen Beeinträchtigungen und im Substanzgebrauch, erfaßt durch Fragebögen. Auch in GT-spezifischen Testskalen zur Selbstkommunikation zeigten sich gewisse Unterschiede zugunsten der Therapiegruppe. Deutlich gebesserte Klienten schätzten sich im Anschluß an die Gespräche günstiger ein als die weniger gebesserten Klienten (z. B. offener, gefühlsmäßig stärker beteiligt, eher bereit von andern Teilnehmern zu lernen, vertrau-

ensvoller in der Gruppe). Auch die Gruppenleiter bzw. Helfer nahmen die deutlich gebesserten Klienten in den Basisvariablen günstiger wahr. In der Nachuntersuchung nach einem Jahr gaben 72 Prozent ihren Zustand als gebessert an, davon jedoch weit mehr als nach Therapieabschluß als «deutlich gebessert». Verschlechterungen schilderten 5 Prozent. Auch ein Fremdrating durch Experten kam zu ähnlichen Ergebnissen.

Problematisch ist an der Untersuchung, daß das Therapeutenverhalten der Leiter nur indirekt, d. h. durch die Gruppenmitglieder eingeschätzt wurde; eine Analyse des Therapeutenverhaltens und des Gesprächsprozesses in der Gruppe durch externe Beurteiler anhand von Tonbandaufzeichnungen wurde nicht vorgenommen. Damit bestehen nur grobe Hinweise auf therapeutische Prozesse.

te Studien zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie an rund 2400 Personen eingegangen (Zeitraum bis 1983/84), die den Kriterien nach klinischer Relevanz und methodischer Güte genügten. Die Autoren kommen auf der Basis der Prä-Post-Vergleiche und der Kontrollgruppen-Vergleiche zu dem Schluß (S. 134), daß die Gesprächspsychotherapie eine überzeugend nachgewiesene Wirksamkeit habe; insbesondere gelte dies im Hinblick auf das breite Spektrum von Störungen, und die relativ kurze Behandlungsdauer (meist unter 20 Stunden). Auch die Anzahl und methodische Qualität dieser Wirkungsstudien ist, verglichen mit vielen anderen Behandlungsformen, beachtlich.

Beim direkten Wirkungsvergleich schneidet die Gesprächspsychotherapie weniger günstig ab: In den sechs Studien, in denen gesprächs-therapeutische Behandlungsformen direkt mit anderen Therapieformen verglichen wurden, waren sie weniger wirksam als verhaltenstherapeutische Verfahren und etwa gleich wirksam wie eine psychoanalytische Behandlung.

Diesen Ergebnissen wird kritisch entgegengehalten (z. B. Eckert, 1995; Biermann-Ratjen et al., 1995), daß die Therapiedauer bei den einbezogenen Studien (meist unter 20 Stunden) nicht repräsentativ, weil zu kurz für Gesprächspsychotherapien sei. Außerdem sei bei der Gesprächspsychotherapie als einem symptomunspezifischen Verfahren mit positiven Effekten zu rechnen, die sich erst längere Zeit nach Therapieabschluß zeigen. Schließlich wird das Fehlen ansatzadäquater Evaluationsmaße beklagt, was sich nachteilig auswirke, da die

Gesprächspsychotherapie in erster Linie Struktur- und nicht Symptomveränderungen anstrebe.

Die Meta-Analyse von Greenberg, Elliott und Lietaer (1994) umfaßt insgesamt 37 Studien, davon 13 Studien zur «klassischen» Gesprächspsychotherapie (client-centered therapy). Die Studien wurden zwischen 1978 und 1992 publiziert, überlappen sich also kaum mit den von Grawe et al. analysierten Studien, denen zudem strengere Selektionskriterien zugrunde liegen.

Für die vorliegende Darstellung haben wir die Gesprächspsychotherapie-Studien separat analysiert. Bei den 13 Studien, in denen insgesamt 785 Patienten (vorwiegend neurotische Störungen) mit Gesprächspsychotherapie behandelt wurden, zeigen sich bei Therapieabschluß recht deutliche positive Veränderungen. In den Studien, wo neben der Postmessung weitere Follow-up-Maße vorliegen, nehmen die Effektgrößen mit der Zeit zu, d. h. die Patienten verbessern sich nach Abschluß der Behandlung weiter. Auch im Vergleich mit unbehandelten Patienten (acht kontrollierte Studien) bleibt ein recht deutlicher Therapieeffekt. Im direkten Vergleich zu anderen, vor allem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieformen, auf der Basis von sieben Therapievergleichsstudien schneidet die klassische Gesprächspsychotherapie etwas ungünstiger ab.

Studien, die einen experientialen oder prozeßdirektiven Ansatz untersuchten, weisen etwas günstigere Effekte als die klassische Gesprächspsychotherapie auf. Da es sich hier nicht um

direkte Vergleichsstudien handelt, und die behandelten Störungen nicht mit denen der reinen GT-Studien übereinstimmen, sind diese Ergebnisse jedoch als vorläufig einzustufen.

Hinsichtlich der *Indikation* der Gesprächspsychotherapie sind drei Indikationsprobleme zu unterscheiden (z. B. Minsel, 1975; Zielke, 1979; Biermann-Ratjen et al., 1995; vgl. auch Baumann, 1981):

(1) Indikation für bestimmte Störungen i. S. *diagnostischer Kategorien*. Nach den empirischen Wirksamkeitsstudien hat die Gesprächspsychotherapie allgemein ein *breites Wirkungsspektrum*. Obwohl die Autoren der genannten Meta-Analysen der Meinung sind, daß sich eine störungsspezifische Indikation bzw. Kontraindikation der GT beim gegenwärtigen Forschungsstand empirisch noch nicht hinreichend begründen läßt (vgl. Greenberg et al., 1994; Grawe et al., 1994), zeichnen sich doch folgende Indikationsschwerpunkte ab:

Besonders geeignet scheint sie zur ambulanten Behandlung von «psychoneurotischen» Störungen (wie depressive Störungen und Angststörungen), sowohl in Einzel- wie in Gruppentherapie. Ebenso eignet sie sich zur Behandlung von interpersonalen Problemen (Kontaktstörungen, Paar- und Beziehungsstörungen), wobei Veränderungen des zwischenmenschlichen Bereichs durch das Gruppensetting begünstigt werden. Auch zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit oder Schizophrenie und als Begleittherapie zur medikamentösen Behandlung kann sie eingesetzt werden. Zur Behandlung von (bestimmten) Persönlichkeitsstörungen bietet sie sich weniger an.

Aus dem differentiellen Inkongruenzmodell nach Speierer (1994; vgl. Abschnitt 2) lassen sich ähnliche Hinweise auf die Indikation der Gesprächspsychotherapie ableiten. Als Inkongruenzbehandlung ist sie primär bei Störungen mit dekompenziertem Inkongruenzerleben indiziert, also bei depressiven Störungen (ohne endogene Komponente), Angststörungen, dissoziativen Störungen oder psychosomatischen Störungen. Bei Störungen, wo Inkongruenzerleben zwar vorliegt, aber kompensiert ist, scheint es nicht angemessen, den Klienten durch die Behandlung zu dekompensieren, um dann die Inkongruenz zu behandeln.

Bei anderen Störungsformen ist im Einzelfall zu klären, ob Behandlungsbedarf besteht und ob die Voraussetzungen, wie die Behandlungsmotivation und die Fähigkeit für eine geschäftspsychotherapeutische Behandlung gegeben sind (siehe Klientenmerkmale).

(2) Indikation bezogen auf *Klientenmerkmale*, die den therapeutischen Prozeß beeinflussen. Unabhängig von der Art der Störung profitieren nicht alle Klienten gleichermaßen von einem geschäftspsychotherapeutischen Vorgehen. Patienten, die zu Beginn der Therapie Zugang zu ihren Gefühlen haben, verbal-affektiv ansprechbar sind bzw. zur Selbstexploration oder zum Experiencing fähig sind, profitieren in höherem Maße. Auch ihre Motivation, insbesondere zur Klärung erlebter Inkongruenz (Sachse, 1992), wirkt sich positiv aus. Weitere günstige Eingangsmerkmale des Klienten scheinen seine soziale Kompetenz, Anschlußmotivation und Selbstbehauptung zu sein (Grawe, Caspar & Ambühl, 1990).

Nach einer entsprechenden Eingangsdiagnostik kann durch eine geschäftspsychologische Probebehandlung geklärt werden, ob die Voraussetzungen für eine Behandlung gegeben sind, und wie die Interventionen abzustimmen sind: z. B. wird während einer Sitzung die Ansprechbarkeit des Klienten auf das Beziehungsangebot und bestimmte bearbeitungsorientierte Interventionen geprüft.

(3) Wie bereits erwähnt, wird Indikation auch auf den *therapeutischen Prozeß* bezogen. Das Therapiegeschehen wird als Abfolge kleiner Interventionssequenzen verstanden. Prozeß-Indikation bezeichnet folglich die Auswahl von bestimmten therapeutischen Elementen, um umschriebene, kurzfristige Prozeßziele zu erreichen (vgl. die «process-tasks» nach Greenberg et al., 1994; prozessdirektive, zielorientierte GT nach Sachse, 1992). Hierzu liegen aus jüngster Zeit neue, empirische überprüfte Ansätze vor (s. Abschnitt Bearbeitungsorientierte Interventionen).

6. Erklärung der Wirksamkeit

Zur Erklärung der Wirkungsweise der Gesprächspsychotherapie auf der Grundlage psy-

chologischer Theorien liegen verschiedene Modelle vor, die als Erklärungselemente in Frage kommen. Da die Intervention in der GT komplex ist, d. h. zugleich mehrere «Mittel» zur Anwendung kommen, die sich in Untersuchungen nicht eindeutig trennen lassen, sind auch mehrere dieser Erklärungselemente in kombinierter Form in Betracht zu ziehen. In einigen Fällen wurden entsprechende Ansätze skizziert, ohne daß dafür empirische Belege vorliegen. Im folgenden werden lerntheoretische und kognitive Ansätze vorgestellt.

6.1 Lerntheoretische Erklärungsmodelle

Lerntheoretische Erklärungsmodelle versuchen die beim Klienten eintretenden therapeutischen Veränderungen u. a. auf folgende Weise zu erklären (zum Überblick vgl. Bommert, 1987).

- **Verbale Bekräftigung.** Durch selektive Verstärkung läßt sich das Sprechverhalten von Personen verändern (Truax, 1966). Die verbalen und nonverbalen Verstärkungen durch den Therapeuten, der als soziale Verstärkungsquelle wirkt, sollten zu Verhaltensänderungen des Klienten (z. B. in dem Prozeßmerkmal der Selbstexploration) führen. Allerdings kann verbale Konditionierung nur dann als eigenständiger therapeutischer Wirkfaktor gelten, wenn das Verhalten des Klienten von der Therapiesituation auf sein Verhalten außerhalb der Therapie generalisiert, ebenso von seinem Sprechverhalten auf andere Verhaltensmodalitäten. Ein spezieller Aspekt der verbalen Bekräftigung bezieht sich auf die sog. Selbstkommunikation: die Verstärkung positiver selbstkommunikativer Äußerungen verändert das innere Sprechen mit sich selbst (Tönnies, 1982; Tausch & Tausch, 1990).
- **Gegenkonditionierung** (vgl. Systematische Desensibilisierung). Reize, die mit negativen Gefühlen besetzt sind, werden mit neuen Reaktionen verknüpft, die damit unvereinbar sind. Negative Gefühle des Klienten (Angst, Wut, Schuld) werden in der Gesprächspsychotherapie einerseits zur Sprache gebracht bzw. erlebbar gemacht, andererseits gehemmt durch die mit ihnen unvereinbaren positiven Gefühle,

die durch Wertschätzung und empathisches Verständnis des Therapeuten entstehen. Im Gegensatz zur Systematischen Desensibilisierung in der Verhaltenstherapie, von der dieses Erklärungsmodell stammt (Wolpe, 1958), wäre hier eher von unsystematischer Desensibilisierung zu sprechen.

Als Erklärungsproblem der beiden Ansätze ist anzumerken (vgl. Bommert, 1987), daß der Therapeut nach dem Prinzip verbaler Bekräftigung nur auf positive Äußerungen des Klienten eingehen müßte, während er nach dem Prinzip der Gegenkonditionierung sowohl auf positive wie negative Affekte eingehen müßte.

- **Diskriminationslernen.** Ein allgemeiner Lernmechanismus, der in der Gesprächspsychotherapie wirksam ist (und auch den anderen Lernmodellen inhärent), ist die Verstärkung von Reizunterscheidungen (z. B. Truax, 1966). Dazu gehört auch das Entkoppeln vermengter Erlebnis- und Bedeutungsgehalte. Dies könnte allerdings als eine kognitive Grundbedingung des Lernens auch der Differenzierung (und der Diskrimination) des kognitiven Erklärungsansatzes zugerechnet werden.
- **Konfliktmodelle.** Andere Autoren wie Martin (1975), Perez (1975) oder Grunwald (1976) haben, orientiert an der Konflikttheorie nach Dollard und Miller (1950), die zugrundeliegende Störung und das therapeutische Agens i. S. von Konfliktmodellen zu erklären versucht. Im Mittelpunkt steht ein Annäherungs-Vermeidungskonflikt: Problematisches Verhalten wird aufrechterhalten, weil die Reduktion negativer Affekte wie Furcht/Angst durch Meiden sehr verstärkend wirkt und die bedrohlichen Reize so schnell gemieden werden, daß kein Umlernen stattfinden kann. Im Kontext der Gesprächspsychotherapie sind vor allem Konflikte angesprochen, die durch innere Reize im Denken, Vorstellen oder Fühlen aufrechterhalten werden (Martin, 1975). Ziel der Therapie ist die Konfliktreduktion, die durch zwei parallele Prozesse im therapeutischen Gespräch begünstigt wird: Die Annäherungstendenz wird durch positive Verstärkung (verbale, affektive Verstärkung der Wärme, des Verstehens, des Akzeptierens) erhöht. Zugleich wird die auftretende Angst durch Löschung vermindert, was einer Abschwächung der Vermeidenstendenz ent-

spricht. Der erfolgreiche therapeutische Prozeß mündet dabei in der Konfliktregion in der Nähe des Schnittpunktes der jeweiligen Annäherungs-Vermeidungs-Gradienten, in Richtung zum konfliktbesetzten Ziel hin. Die Modelle sind weitgehend spekulativ geblieben.

- **Modellernen.** Nach diesem Erklärungsansatz, der auf Bandura (1969) zurückgeht, übt der Therapeut in mehrerer Hinsicht eine Modellfunktion aus, so z.B. in der Realisierung empathischen Verstehens hinsichtlich (1) der Äußerung von Gefühlen, (2) der Auseinandersetzung mit Problemen, die (bisher) nur fragmentarisch oder mit starken negativen Affekten repräsentiert wurden, und (3) einer ruhig-entspannten Zuwendung zu persönlichen Problemen. Auch bestimmte Merkmale der Beziehungsgestaltung und emotionaler Zuwendung zu einer anderen Person führt der Therapeut als Modell vor, was Beziehungsfähigkeit und -bereitschaft des Klienten steigern kann.
- **Selbstwirksamkeit.** Ein weiterer Lernprozeß ist mit dem Erwerb von Selbstwirksamkeit nach Bandura (1977) angesprochen, der ein entscheidendes Meta-Prinzip vieler therapeutischer Lernvorgänge darstellt. Der Klient erfährt im Umgang mit seinen negativen Gefühlen und Kognitionen (und im Umgang mit sich selbst), daß er in der Lage ist, sich ihnen zu stellen, sie zu ertragen, und daß er selbst der Angelpunkt von Veränderungen ist.

6.2 Kognitive oder Informationsverarbeitungsmodelle

Überlegungen, den therapeutischen Prozeß als teilweise nach außen verlegten Informationsverarbeitungsprozeß des Klienten aufzufassen, in dessen Verlauf der Therapeut bestimmte Bedingungen setzt und in spezifischer Weise eingreift, wurden erstmals von Wexler (1974) angestellt. Der Therapeut ist dabei ein «surrogate information processor»: Seine empathische Antwort hat eine aufmerksamkeitslenkende Funktion (einige Bedeutungsinhalte werden betont, andere übergangen), eine organisierende Funktion (Strukturierungsangebote, die Bedeutungsgehalte genauer differenzieren oder neu integrieren) und eine evokative Funktion, die

wichtige Aspekte des Gemeinten hervorhebt und die Selbstaktualisierung (hier als Informationsverarbeitung) begünstigt. Die empathische Antwort des Therapeuten bietet eine Struktur an, welche die Bedeutungsstruktur, an der der Klient gerade arbeitet, anders repräsentiert, sie weiter differenziert und/oder integriert.

Der Klient lernt auf diesem Wege seine dysfunktionale Informationsverarbeitung zu verändern, wobei neue oder modifizierte Strukturen eine vollständigere, weniger verzerrte Symbolisierung von Erfahrungen (und seines Selbst) ermöglichen. In diesem Zusammenhang legten Reicherts und Pauls (1983) ein Verfahren zur Erfassung kognitiver Strukturmerkmale des Erlebens vor.

In dieser Linie liegt auch das kognitive Lernmodell von Toukmanian (1990). Danach besteht der zentrale therapeutische Prozeß darin, daß der Klient lernt, seine Konstruktion von Erfahrungen und persönlich relevanten Ereignissen zu modifizieren. Dies wird begünstigt durch therapeutische Interventionen, die ihn vor bestimmte Aufgaben der Informationsverarbeitung stellen.

Zu den neueren kognitiven Ansätzen kann auch das Modell zum Explikations-Prozeß von Sachse (1992; Sachse, Atrops, Wilke & Maus, 1992) gezählt werden, in dem das Zusammenspiel kognitiver und affektiver Prozesse und deren Veränderung durch spezifische Interventionen wie das Focusing ausgearbeitet wird.

7. Literatur

- Axline, V. (1947). *Play therapy. The inner dynamics of childhood*. Boston: Houghton Mifflin (Dt. Ausgabe (1972): *Kinder-Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren*. München: Reinhardt).
- Anderson (1969). Effects of confrontation by high- and low-functioning therapists on high- and low-functioning clients. *Journal of Counseling Psychology, 16*, 299–302.
- Auckenthaler, A. (1983). *Klientenzentrierte Psychotherapie mit Paaren*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191–215.
- Barrett-Lennard, G. T. (1981). The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology, 28*, 91–100.
- Baumann, U. (1981). Differentielle Therapiestudien und Indikation. In U. Baumann (Hrsg.), *Indikation zur Psy-*

- chotherapie. *Perspektiven für Forschung und Praxis* (S. 99–209). München: Urban & Schwarzenberg.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.J. (1995). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen* (7., überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bommert, H. (1978). Gesprächspsychotherapie-Forschung. In L.J. Pongratz (Hrsg.), *Handbuch der Psychologie. 8. Band, Klinische Psychologie* (S. 1319–1348). Göttingen: Hogrefe.
- Bommert, H. (1986). Gesprächspsychotherapie, psychiatrische Aspekte. In K.P. Kisker, H. Lauter, J.-E. Meyer, C. Müller, E. Strömgen (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart I. Neurosen, Psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie* (S. 307–329). Berlin: Springer.
- Bommert, H. (1987). *Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Theorie – Praxis – Forschung*. (4. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Carkhuff, R.R. (1969). *Helping and human relations* (Vol. 1 and 2). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Dollard, J. & Miller, N.E. (1950). *Personality and psychotherapy. An analysis in terms of learning, thinking, and culture*. New York: McGraw Hill.
- Eckert, J. (1974). *Prozesse in der Psychotherapie*. Unveröff. Diss., Universität Hamburg.
- Eckert, J. (1995). Wie effektiv ist die Gesprächspsychotherapie wirklich? Über die Bedeutung des Faktors Zeit in der Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert (Hrsg.), *Forschung zur Klientenzentrierten Psychotherapie. Aktuelle Ansätze und Ergebnisse* (S. 185–192). Köln: GwG.
- Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E.-M. (1985). *Stationäre Gruppenpsychotherapie. Prozesse – Effekte – Vergleiche*. Berlin: Springer.
- Eckert, J. & Biermann-Ratjen E.-M. (1986). Überlegungen und Erfahrungen bei der geschäftspsychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Zeitschrift für personenzentrierte und Psychotherapie*, 5, 47–54.
- Eckert, J., Biermann, E.-M., Tönnies, S. & Wagner, W. (1981). Heilfaktoren in der Gruppenpsychotherapie. Empirische Untersuchungen über wirksame Faktoren im Gruppenpsychotherapeutischen Prozeß. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 17, 142–162.
- Eckert, J. & Wuchner, M. (1994). Frequenz-Dauer-Setting in der Gesprächspsychotherapie heute. Teil 1: Einzeltherapie bei Erwachsenen. *GwG Zeitschrift*, 95, 17–20.
- Elliott, R., Filipovich, H., Harrigan, L., Gaynor, J., Reimschuessel, C. & Zapadka, J.K. (1982). Measuring response empathy: The development of a multi-component rating scale. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 379–387.
- Elliott, R., Clark, C., Kemeny, V., Wexler, M.M., Mack, C. & Brinkerhoff, J. (1990). The impact of experiential therapy on depression: The first ten cases. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 549–577). Leuven: University Press.
- Flammer, A. (1997). *Einführung in die Gesprächspsychologie*. Bern: Huber.
- Gendlin, E.T. (1981). *Focusing* (2nd ed.). New York: Bantam Books (Dt. Ausgabe (1981): *Focusing. Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme*. Salzburg: Otto Müller).
- Gordon, Th. (1970). *Parent effectiveness training*. New York: Wyden. (Dt. Ausgabe (1972): *Familienkonferenz*. Hamburg: Hoffmann und Campe).
- Grawe, K. (1976). *Differentielle Psychotherapie I. Indikation und spezifische Wirkung von Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie. Eine Untersuchung an phobischen Patienten*. Bern: Huber.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990). Differentielle Therapieformen: Vier Therapieformen im Vergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 287–376.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L.S. (1984). A task analysis of intrapersonal conflict resolution. In L. Rice & L. Greenberg (Eds.), *Patterns of change*. New York: Guilford.
- Greenberg, L., Elliott, R. & Lietaer, G. (1994). Research on experiential psychotherapies. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 509–539). New York: Wiley.
- Greenberg, L.S., Rice, L. & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change. The moment-to-moment process*. New York: Guilford.
- Grunwald, W. (1976). *Psychotherapie und experimentelle Konfliktforschung*. München: Reinhardt.
- Heekerens, P. (1985). Effektivität Klientenzentrierter Familientherapie. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 4, 53–70.
- Horsten, A.J. & Minsel, W.R. (1987). Präventive Familienarbeit im Überblick. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 6, 133–140.
- Joost, H. (1978). Förderliche Dimensionen des Lehrerverhaltens im Zusammenhang mit emotionalen und kognitiven Prozessen bei Schülern. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 25, 69–74.
- Martin, D.G. (1972). *Learning-based client-centered therapy*. Monterey, California: Brooks/Cole (Dt. Ausgabe 1975: *Gesprächspsychotherapie als Lernprozeß*. Salzburg: Otto Müller).
- Minsel, W.-R. (1974). *Praxis der Gesprächspsychotherapie*. Wien: Böhlau.
- Minsel, W.-R. (1975). Indikation und Kontraindikation der Gesprächspsychotherapie. In Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (Hrsg.), *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie* (S. 181–194). München: Kindler.
- Minsel, W.R., Langer, I., Peters, U. & Tausch, R. (1973). Bedeutsame weitere Variablen des Psychotherapeutenverhaltens. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 2, 197–210.
- Paivio, S.C. & Greenberg, L.S. (1995). Resolving «unfinished business»: Efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 419–425.
- Perrez, M. (1975). Gesprächspsychotherapie als Therapie internal motivierter Konflikte. In Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (Hrsg.), *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie* (S. 86–97). München: Kindler.
- Perrez, M. (1983). Wissenschaftstheoretische Probleme der Klinischen Psychologie. Zum Stand ihrer metatheoretischen Diskussion. In W.R. Minsel & R. Scheller (Hrsg.), *Forschungskonzepte der Klinischen Psychologie* (S. 148–163). München: Kösel.
- Perrez, M., Minsel, B. & Wimmer, H. (1985). *Was Eltern wissen sollten. Eine psychologische Schule für Eltern, Lehrer und Erzieher*. Salzburg: Otto Müller.

- Pomrehn, G., Tausch, R. & Tönnies, S. (1986). Personzentrierte Gruppenpsychotherapie: Prozesse und Auswirkungen nach 1 Jahr bei 87 Klienten. *Zeitschrift für Personzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 5, 19–31.
- Radebold, H. (Hrsg.) (1983). *Gruppenpsychotherapie im Alter*. Göttingen: Hogrefe.
- Reicherts, M. & Pauls, H. (1983). Kognitive Aspekte des Erlebens. Theoretische und empirische Untersuchungen zur Weiterführung des Wexler-Ansatzes in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 2, 101–118.
- Reicherts, M. & Wittig, R. (1984). Zur Veränderung des emotionalen Erlebens in der klientenzentrierten Psychotherapie — Eine Einzelfalldarstellung mit einem neuen Untersuchungsansatz. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 3, 233–250.
- Rice, L. N. & Greenberg, L. S. (1990). Fundamental dimensions in experiential therapy. New directions in research. In G. Liettaer, J. Rombauts & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*. (pp. 397–414). Leuven: Leuven University Press.
- Rice, L. N. & Saperia, E. P. (1984). Task analysis and the resolution of problematic reactions In L. N. Rice & L. S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change*. New York: Guilford.
- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy. Newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin (Dt. Ausgabe 1972).
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy. Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin. (Dt. Ausgabe 1973).
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology. A study of a science. Vol III: Formulations of the person and the social context* (pp. 184–256). New York: McGraw Hill.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1970). *Carl Rogers on encounter groups*. New York: Harper & Row.
- Rogers, C. R. (1972). *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler. (Übers. von 1942).
- Rogers, C. R. (1973). *Die klientenbezogene Gesprächs-therapie*. München: Kindler. (Übers. von 1951).
- Sachse, R. (1987). Die therapeutische Beziehung in der klientenzentrierten Psychotherapie bei interaktionellen Zielen und Interaktionsproblemen des Klienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 35, 219–230.
- Sachse, R. (1992). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1996). *Praxis der Zielorientierten Gesprächs-psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Atrops, A., Wilke, F. & Maus, C. (1992). *Focus-ing*. Bern: Huber.
- Sander, K., Tausch, R., Bastine, R. & Nagel, K. (1969). Experimentelle Änderung des Psychotherapeutenverhaltens in psychotherapeutischen Gesprächen und Auswirkungen auf Klienten. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 16, 334–344.
- Schmidtchen, S. (1989). *Kinderpsychotherapie. Grundlagen, Ziele, Methoden*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidtchen, S., Speierer, G.-W. & Linster, H. (1995). *Die Entwicklung der Person und ihre Störung. Bd. 2: Theorien und Ergebnisse zur Grundlegung einer klientenzentrierten Krankheitslehre*. Köln: GwG.
- Schwartz, H. J. (1975). *Zur Prozeßforschung in klientenzentrierter Psychotherapie*. Unveröff. Diss., Universität Hamburg.
- Schwartz, H. J., Eckert, J., Babel, M. & Langer, I. (1978). Prozeßmerkmale in psychotherapeutischen Anfangsgesprächen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 7, 65–71.
- Seewald, C. (1988). Der personzentrierte Ansatz in der Management-Entwicklung: Was können wir tun, um morgen erfolgreich zu sein. In Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (Hrsg.), *Orientierung an der Person, Bd. 2: Jenseits von Psychotherapie* (S. 235–242). Köln: GwG.
- Speierer, G.-W. (1994). *Das differentielle Inkongruenzmodell (DIM). Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung*. Heidelberg: Asanger.
- Speierer, G.-W. (1995). Therapeutische Verhaltensweisen in der Gesprächspsychotherapie heute. *GwG-Zeitschrift*, 99, 33–41.
- Swildens, H. (1991). *Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in die differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Köln: GwG-Verlag.
- Tausch, A. M. & Tausch, R. (1977). *Erziehungspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Tausch, A. M., Schiefelbein, M., Schwab, R. & Dossmann, A. (1975). Psychische Änderungen und Gesprächsverhalten in personenzentrierten Encounter-Gruppen mit Gefängnisinsassen, Richtern, Psychotherapeuten und Psychologen. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 22, 161–171.
- Tausch, R. (1973). *Gesprächspsychotherapie* (5. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Tausch, R. & Tausch, A. M. (1990). *Gesprächspsychotherapie. Hilfreiche Gruppen- und Einzelgespräche in Psychotherapie und alltäglichem Leben* (9. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Tönnies, S. E. (1982). *Inventar zur Selbstkommunikation für Erwachsene (ISE). Handanweisung*. Weinheim: Beltz.
- Toukmanian, S. G. (1990). A schema-based information processing perspective on client change in experiential psychotherapy. In G. Liettaer, J. Rombauts & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 309–326). Leuven: Leuven University Press.
- Truax, Ch. B. (1961). *A scale for the measurement of accurate empathy*. The Psychiatric Institute Bulletin 1, 12, University of Wisconsin.
- Truax, Ch. B. (1966). Reinforcement and non-reinforcement in Rogerian psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 1–9.
- Truax, Ch. B. & Carkhuff, R. R. (1964). Concreteness a neglected variable in research in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 20, 264–267.

- Truax, Ch. B. & Carkhuff, R. R. (1965). Experimental manipulation of therapeutic conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 29, 119–124.
- Truax, Ch. B., Fine, H., Moravec, H. A. & Millis, W. (1968). Effects of the therapist persuasive potency in individual psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 24, 359–362.
- Tscheulin, D. (1990). Confrontation and non-confrontation as differential techniques in differential client-centered therapy. In G. Lietaer, J. Rombauts & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*. (pp. 327–336). Leuven: Leuven University Press.
- Tscheulin, D. (1992). *Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Wexler, D. A. (1974). A cognitive theory of experiencing, self-actualization, and therapeutic process. In L. N. Rice & D. A. Wexler (Eds.), *Innovations in client-centered therapy* (pp. 49–116). New York: Wiley.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Palo Alto: Stanford University Press.
- Zielke, M. (1979). *Indikation zur Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.

22.4 Ansatzpunkt Erleben, Verhalten: Verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie

Hans Reinecker und Angelika Lakatos

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	448	3. Ebenen der Intervention	460
2. Interventionstechniken	453	3.1 Verhaltenstherapie in Gruppen	460
2.1 Techniken der Stimuluskontrolle	453	3.2 Verhaltenstherapie in sozialen Systemen ...	461
2.2 Techniken der Konsequenzkontrolle	454	3.3 Gemeindepsychologische Ansätze	461
2.3 Modellernen	456	3.4 Anwendungsfelder auf der Ebene der Sozietät	462
2.4 Kognitive Verfahren	456	4. Wirksamkeit	462
2.4.1 Ansätze der Selbstkontrolle	457	5. Erklärung der Wirksamkeit	464
2.4.2 Kognitive Therapie von A.T.Beck	458	6. Literatur	464
2.4.3 Rational Emotive Therapie von A. Ellis ..	458		
2.4.4 Training im Problemlösen	459		
2.4.5 Selbstinstruktions- und Streßimpfungs- training	459		

1. Einleitung

Eine einheitliche Definition des Begriffes Verhaltenstherapie stellt sich als schwierig heraus. Für eine allgemein anerkannte Charakterisierung wird auf Franks und Wilson (1978) verwiesen: «Die Verhaltenstherapie beinhaltet primär die Anwendung von Prinzipien, die in der Forschung der Experimental- und Sozialpsychologie entwickelt wurden; sie soll menschliches Leiden und die Einschränkung menschlicher Handlungsfähigkeit vermindern. Die Verhaltenstherapie legt Wert auf eine systematische Evaluation der Effektivität der Anwendung solcher Prinzipien. Die Verhaltenstherapie beinhaltet Veränderungen der Umwelt und der sozialen Interaktion und weniger eine direkte Veränderung körperlicher Prozesse durch biologische Vorgänge. Das Ziel ist hauptsächlich die Ausbildung und Förderung von Fähigkeiten. Die Techniken ermöglichen eine verbesserte Selbstkontrolle» (Franks & Wilson, 1978, S. 11)

Trotz ihrer kurzen Entwicklung seit den fünfziger Jahren steht die Bedeutung der Verhaltenstherapie im Rahmen des klinisch-psychologischen Ansatzes außer Frage, sowohl was den Versorgungsaspekt betrifft als auch die Psychotherapie- und Grundlagenforschung.

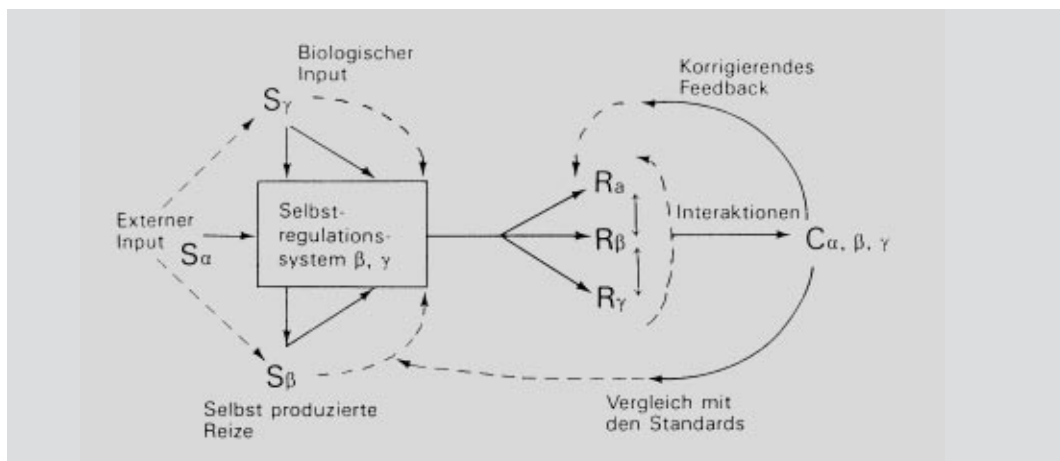
Das der Verhaltenstherapie zugrundeliegende Konzept psychischer Störungen geht davon aus, daß «störendes» oder «abnormes» Verhalten nach den gleichen Gesetzmäßigkeiten erklärt und auch verändert werden kann wie «normales» Verhalten. Deshalb ist die tragende Säule des verhaltenstherapeutischen Zugangs die sogenannte «funktionale Analyse», bei der es darum geht, die von einer Person vorgebrachten *Beschwerden* im Sinne psychologischer *Probleme* präzise zu beschreiben (Problemanalyse) und die *zentralen Bedingungen* zu eruieren, deren Veränderung auch zu einer Veränderung des Problems führen. Wegen der Komplexität menschlichen Verhaltens erfolgt diese Analyse auf mehreren Ebenen und aus unterschiedlichen Perspektiven d.h. von einer Mikroper-

spektive (im Sinne einer individuell-psychologischen Betrachtungsweise) bis hin zu einer Makroperspektive (was die Zusammenhänge im partnerschaftlichen, familiären und sozialen Bereich betrifft). Als theoretischer Orientierungsrahmen dient hierbei das System-Modell der Regulation menschlichen Verhaltens von Kanfer und Schefft (1987, s. Abb. 1).

Das Problemverhalten R ist eingebettet in Auslösebedingungen S (Situationen) und Konsequenzen C, die das Verhalten steuern. Modifiziert wird die Wirkung der Stimuli durch das Selbstregulationssystem des Individuums; gemeint sind damit die interen Standards, Erwartungen, physiologischen Prozesse etc. Daß es zwischen den Ebenen zu Interaktionen, Aufschaukelungsprozessen etc. kommen kann, wird im System-Modell durch den Aspekt der Rückkoppelung bzw. Antizipation angedeutet. Für eine vielschichtige Analyse von menschlichen Problemen ist dies aber noch nicht hinreichend, dazu muß man vielmehr auf biologisch-physiologische Prozesse einerseits und auf sozial-kulturelle Komponenten andererseits Bezug nehmen. Die damit verbundene Betrachtungsweise kommt in dem Begriff des biopsychosozialen Modelles zum Ausdruck.

Die funktionale *Bedingungsanalyse* bildet die Grundlage für die Zielbestimmung und die Therapieplanung. Charakteristisch für die Verhaltenstherapie ist dabei ein hohes Maß an Strukturiertheit und Transparenz sowie das Bemühen um ein kontrolliertes Vorgehen. Die Ziele der Therapie werden immer gemeinsam von Therapeut und Klient erarbeitet, Interventionen nicht ohne eine explizite Festlegung zumindest vorläufiger Therapieziele durchgeführt und die kontinuierliche Überprüfung der Effektivität für die Optimierung/Korrektur der weiteren Schritte als selbstverständlich erachtet. Eine solche Evaluierung stellt sich besonders dann als schwierig heraus, wenn die Zielvorstellungen in theoretischen oder Dispositionsbegriffen beschrieben wurden (vgl. Perrez, 1976). In der Verhaltenstherapie wird deshalb verlangt, daß die Ziele der Veränderung – zumindest partiell – in *Beobachtungsbegriffen* formuliert sind, wodurch eine Ziel-Evaluierung erleichtert wird.

Auf dem Weg zur Erreichung dieser individuellen Ziele ist der therapeutische Prozeß gewissermaßen als schrittweiser Problemlöseprozeß zu verstehen, an dem der Klient von Beginn an aktiv beteiligt ist und der sich flexibel an den Entwicklungsmöglichkeiten des Betroffenen



Das Selbstregulationssystem umfaßt u. a. Standards, Erwartungen und kognitive Verarbeitungsmechanismen.

Erläuterungen:

S: situationale Bedingungen

R: Reaktionsmuster der Person

C: Konsequenzen eines Verhaltens

Für jedes dieser Elemente werden folgende Ebenen unterschieden:

α: externe oder Umwelt-Bedingungen

β: Prozesse und Inhalte der Informationsverarbeitung (z. B. Kognitionen) und

γ: biologische, physiologische und genetische Determinanten

Abbildung 1: System-Modell der Regulation menschlichen Verhaltens (Kanfer & Schefft, 1987)

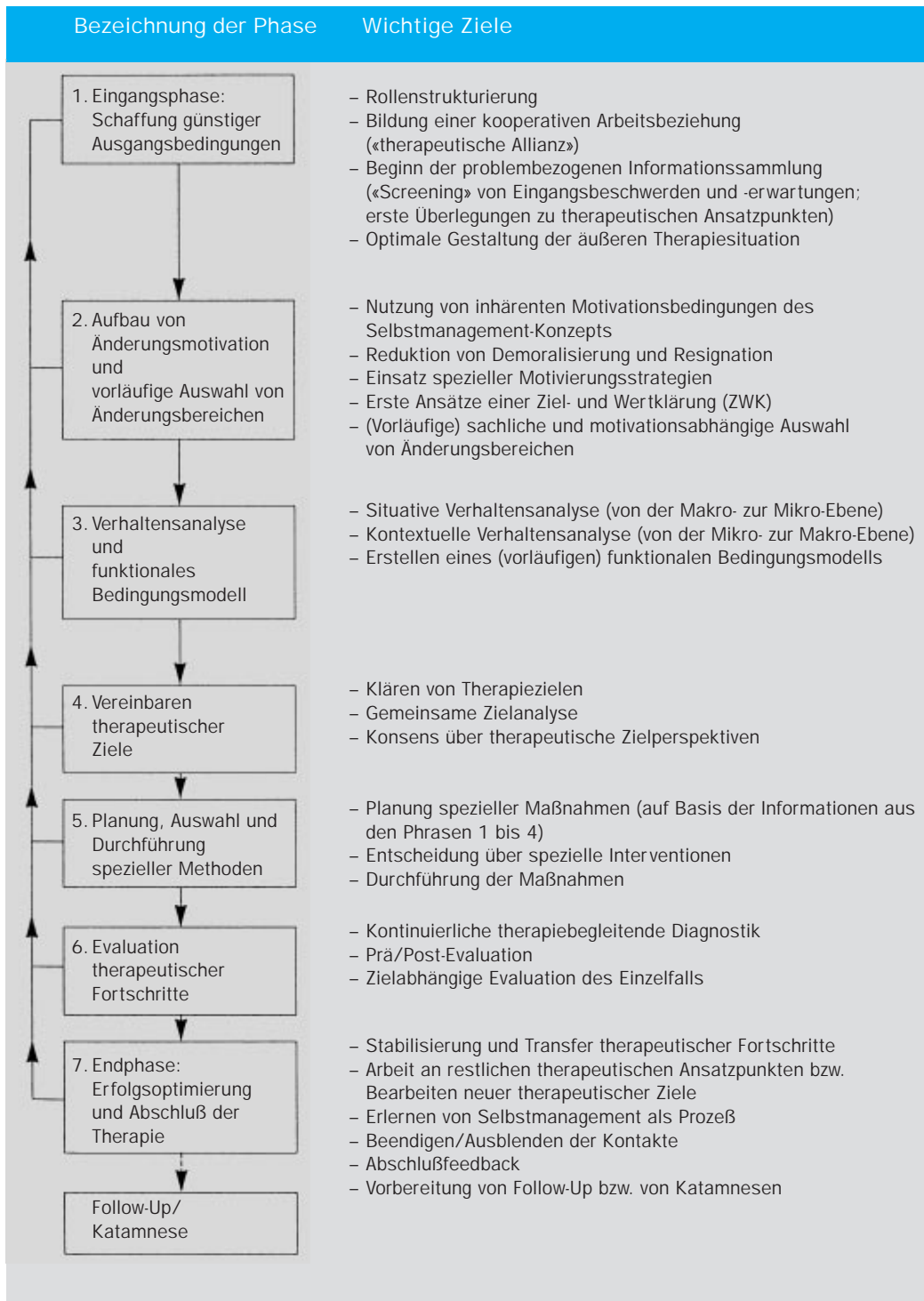


Abbildung 2: Das 7-Phasen-Modell für den diagnostisch-therapeutischen Prozeß (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996)

orientieren muß. Ein sehr allgemeines Raster für diesen Prozeß bildet das 7-Phasen Modell von Kanfer, Reinecker und Schmelzer (1996; vgl. Abb. 2).

Aus dem Prozeßmodell ist ersichtlich, daß der Einsatz von spezifischen Interventionsmethoden lediglich *eine* Teilkomponente im gesamten Therapieablauf darstellt. Es erscheint uns in diesem Zusammenhang besonders wichtig darauf hinzuweisen, daß die Durchführung spezieller Interventionsmethoden niemals mit einer umfassenden Verhaltenstherapie verwechselt oder gleichgesetzt werden darf. Auch sehr detailliert ausgearbeitete Techniken, wie es sie heute in Form von sogenannten *Therapie-manualen* für eine ganze Reihe von Störungs-

bereichen gibt (z. B. für Angststörungen, Alkoholabhängigkeit, Depression, Bulimie vgl. Tab. 1), können nur einen Teil der Bedingungen des Problems erfassen und angehen, nämlich den störungsspezifischen d. h. den individuell-psychologischen Anteil. Hingegen können die aufrechterhaltenden Bedingungen im sozialen Umfeld der Person klarerweise nicht berücksichtigt werden. Und – das ist der entscheidende Punkt – es wird vernachlässigt, daß die Ziele einer Therapie niemals nur auf der Grundlage von Problemzuständen formuliert werden. Ziele enthalten vielmehr individuelle Wertvorstellungen, persönlich bedeutsame Themen und normative Gesichtspunkte, die sich eben nicht aus der Beschreibung eines Problemzu-

Tabelle 1: Beispielhafte Auswahl von Standardprogrammen für verschiedene Störungsbilder

Depressive Störungen	<ul style="list-style-type: none"> – Kognitive Therapie der Depression (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1994). – Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen (Hautzinger, Stark & Treiber, 1994). – Depression bewältigen. Ein kognitiv-verhaltensth. Gruppenprogramm nach P. M. Lewinsohn (Herrle & Kühner, 1994; siehe Lehrb. S. 880).
Schizophrenie	<ul style="list-style-type: none"> – Gruppenarbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten (Fiedler, Niedermeier & Mundt, 1986). – Integriertes psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten IPT (Roder, Brenner, Kienzie & Hodel, 1992).
Angststörungen	<ul style="list-style-type: none"> – Panik: Angstanfälle und ihre Behandlung (Margraf & Schneider, 1990; siehe Lehrb. S. 922). – Platzangst: Ein Übungsprogramm für Betroffene und Angehörige (Mathews, Gelder & Johnston, 1988).
Selbstsicherheit, soziale Kompetenz	<ul style="list-style-type: none"> – Verhaltenstrainingsprogramm zum Aufbau sozialer Kompetenzen (Feldhege & Krauthan, 1979). – Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK) (Pfungsten & Hinsch, 1991; siehe Lehrb. S. 922). – Das Assertiveness Training Programm (ATP). Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz (Ullrich & Ullrich de Muynck, 1976).
Partnerprobleme, Sexualprobleme	<ul style="list-style-type: none"> – Psychotherapie mit Ehepaaren (Bornstein & Bornstein, 1993). – Partnerschaftsprobleme: Möglichkeiten zur Bewältigung. Ein verhaltenstherapeutisches Programm für Paare (Schindler, Hahlweg & Revenstorf, 1980). – Behandlung sexueller Störungen (Hoyndorf, Reinhold & Christmann, 1995; siehe Lehrb. S. 483).
Psychophysiologische Störungen	<ul style="list-style-type: none"> – Gruppentraining gegen psychosomatische Störungen (Franke, 1991). – Kopfschmerztherapie (Blanchard & Andrasik, 1991). – Schmerz- und Krankheitsbewältigung bei rheumatischen Erkrankungen (Jungnitsch, 1992).
Eßstörungen	<ul style="list-style-type: none"> – Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa (Jacobi, Thiel & Paul, 1996).

standes ergeben. Deshalb wurde und wird der Einsatz von Manualen ausgesprochen kontrovers diskutiert (s. dazu Caspar & Grawe, 1994; Köhlke, 1992; Lieb, 1993; Schulte, 1991, 1994.).

Das in Manualen («standardisierte») Vorgehen ist gewissermaßen ein Teil der Individualisierung: Im Manual werden diejenigen störungsspezifischen Parameter erfaßt und dargestellt, die es in der therapeutischen Umsetzung zu berücksichtigen gilt. Das Manual liefert somit entscheidende Hinweise darauf, welche Strategien sich mit einem speziellen Problembezug als hilfreich erweisen. Manuale verhindern damit auch therapeutische Irrwege und richten das Augenmerk des Anwenders auf zentrale Gesichtspunkte zum Nutzen des jeweiligen Patienten (s. Beutler, Machado & Neufeldt, 1994; Wilson, 1996). Manuale und Standardverfahren in der Verhaltenstherapie dürfen somit nicht als Gegensatz zur Individualisierung verstanden werden: Manuale beschreiben auf

der einen Seite einen effektiven Bereich störungsrelevanter Maßnahmen; ihre Umsetzung verlangt klarerweise eine Anpassung an die individuelle Situation des Patienten. Man spricht hierbei von einer strategischen vs. einer taktischen Planung: Die strategische Planung beinhaltet die Auswahl eines Änderungsprinzips und einer grundlegenden Strategie bei einem vorliegenden Problem (z. B. einer Standardtechnik oder eines Manuals). Die taktische Planung hingegen meint die konkrete Ausgestaltung dieses therapeutischen Prinzips im individuellen Fall. So ist beispielsweise die Vermittlung eines *plausiblen Modells* für die Genese des Problems auf dem Hintergrund der eigenen Lerngeschichte, aus dem sich das Therapiekonzept möglichst schlüssig ergibt, eine sehr wichtige Vorstufe des Einsatzes konkreter Techniken (vgl. Reinecker, 1994). Mit dieser Vermittlung eines plausiblen Modells und der Herleitung des therapeutischen Wirkprinzips in Zusammenarbeit mit dem Betroffenen kommt man einerseits dem *Bedürfnis*

Tabelle 2: Verfahren in der Verhaltenstherapie

Techniken der Stimuluskontrolle	Systematische Desensibilisierung (in sensu, in vivo) Graduierte Löschung Exposition und Reaktionsverhinderung Angstbewältigungstraining Reiz-Überflutungs-Verfahren Paradoxe Intervention
Techniken der Konsequenzkontrolle	Reaktionskontingente Verstärkung Operante Löschung Kontingenzmanagement Münzökonomien Bestrafungsverfahren Time-out: Response-cost
Techniken des Modellernens	Modellern in vivo Verdecktes Modellern Darbietung symbolischer Modelle
Techniken der Selbstkontrolle	Selbstbeobachtung Stimuluskontrolle Kontingenzkontrolle Aufstellen von Verträgen
Kognitive Verfahren	Verdecktes Konditionieren Kognitive Therapie (A. T. Beck) Rational Emotive Therapie (A. Ellis) Training in Problemlösen Selbstinstruktionstraining Strebimpfungstraining Strategien der Umattribution

des Patienten nach einer *Erklärung* seiner Probleme entgegen (Bedeutung für die Motivation im Therapieprozeß!) und andererseits schafft man damit die notwendige *Transparenz* des therapeutischen Vorgehens. Beide Aspekte, die Berücksichtigung der Bedürfnisse des Patienten und die Transparenz im Therapieprozeß bilden eine wichtige – wenn auch noch nicht hinreichende – Voraussetzung für die Übernahme von Eigenverantwortung durch den Patienten für effizientes Selbstmanagement.

Beispiel: Die Vermittlung eines plausiblen Modells an einen Patienten mit starken sozialen Ängsten beinhaltet etwa Hinweise über die mögliche Entwicklung seines Problems aufgrund sozialer Isolation, ungeeignete Modelle kompetenten sozialen Verhaltens, frühe Vermeidung und damit ein Defizit an sozialen Fertigkeiten und dergleichen. Bei der Erklärung des therapeutischen Vorgehens wird der Patient darauf hingewiesen, daß er selbst (mit entsprechender Unterstützung) in der Lage ist, selbstsicheres Sozialverhalten einzüben und in entsprechenden sozialen Situationen auch einzusetzen.

Bei der Darstellung von Interventionstechniken kann man unterschiedliche Systematiken zugrunde legen. Unter Berücksichtigung von pragmatischen und theoretischen Gesichtspunkten werden zunächst Techniken der Stimuluskontrolle, der Konsequenzkontrolle sowie des Modelllernens unterschieden. Die zweite wichtige Gruppe bilden die verschiedenen kognitiven Interventionsverfahren, nämlich Selbstkontrolle, kognitive Therapieansätze, Rational-Emotive-Therapie, Problemlöseansätze, sowie das Selbstinstruktions- und Streßimpfungstraining (s. dazu Tab. 2).

2. Interventionstechniken

2.1 Techniken der Stimuluskontrolle

Bei den Verfahren der Stimuluskontrolle handelt es sich um eine Gruppe von Techniken, durch die dem Patienten eine Strategie der Bewältigung im Umgang mit problematischen Situationen vermittelt wird. Ein geradezu klassisches Beispiel für Stimuluskontrolle bilden sog. *Konfrontationsverfahren* bei angstvermitteltem

Vermeidungsverhalten (vgl. Marks, 1978a, b; 1987; Rimm & Masters, 1979; Reinecker, 1986).

Wenn das Problem eines Patienten darin besteht, daß er bestimmte Situationen aufgrund (antizipierter) *Angst* nicht mehr oder nur mehr beschränkt aufsuchen kann, so besteht die Aufgabe des Therapeuten darin, den Klienten anzuleiten, sich mit der gefürchteten Situation zu konfrontieren, damit es zu einer Löschung und Bewältigung der Angst kommen kann. Das Problem des Patienten (in erster Linie das Vermeidungsverhalten) ist nach kognitiv-lerntheoretischer Auffassung deshalb so stabil in seinem Verhaltensrepertoire, weil es durch eine vollständige Vermeidung nicht zur Erfahrung der Ungefährlichkeit und damit zu keiner Extinktion kommt.

Durch das Verlassen der vermeintlich gefährlichen Situation wird die Vermeidung zusätzlich negativ verstärkt. Im Rahmen von Konfrontationsverfahren muß der Patient auf der kognitiven, Verhaltens- und physiologischen Ebene die *konkrete Erfahrung* machen, daß eine Konfrontation mit der subjektiv gefürchteten Situation nicht den erwarteten «Zusammenbruch» nach sich zieht; nach einem «Plateau» in der Erregung nimmt die Angst auf mehreren Ebenen ab, was auch zu einer Zunahme des Zutrauens in die eigenen Bewältigungsfertigkeiten führt («Self-efficacy» im Sinne von Bandura, 1977).

Die Wirksamkeit der Konfrontationsmethoden ist nach über 20 Jahren Forschung in diesem Bereich klar belegt (Übersicht der Studien bei Margraf, 1996). Sie gehören zu den wichtigsten Techniken innerhalb der Verhaltenstherapie. Zur Erklärung des Prozesses der Abnahme von Angst und Vermeidungsverhalten im Rahmen von Konfrontationsverfahren kann man sich auf eine Reihe von theoretischen Ansätzen beziehen: Ansätze der Gegenkonditionierung (Pawlow, 1927; Wolpe, 1958) lassen sich ebenso anführen, wie Gesichtspunkte der Habituation (Birbaumer, 1977) oder Theorien der Löschung (Kimble, 1961) und kognitive Theorien (Tolman, 1932).

Man muß heute sagen, daß es verfehlt wäre, *einen* einzelnen theoretischen Ansatz als völlig zutreffend herauszustellen; zur Erklärung verschiedener Ebenen und Aspekte des komplexen Geschehens bei der Bewältigung von Angst in den verschiedenen Konfrontationsverfahren

Tabelle 3: Verfahren der Angsttherapie

	in sensu	real
abgestufte Reizkonfrontation	Desensibilisierung	Desensibilisierung in vivo
nicht abgestufte Reizkonfrontation		Exposition
massierte Reizkonfrontation	Implosion	Flooding

muß man vielmehr auf mehrere Theorien zurückgreifen, um den verschiedenen Einzelaspekten gerecht zu werden. Diese *Komplexität* der zugrundeliegenden Prozesse zeigt sich auch in der *Heterogenität* der einzelnen Methoden (Techniken, Verfahren), die man den Stimuluskontrollverfahren zuordnen kann: Sie reichen von der systematischen Desensibilisierung (vgl. Wolpe, 1974) über Exposure und Response Prevention (Marks, 1978, 1987) bis hin zu Überflutungstechniken (Bartling, Fiegenbaum & Krause, 1980), zu Implosionsverfahren (vgl. Stampfl & Levis, 1973) und paradoxen Interventionsansätzen (Ascher, 1980).

Ungeachtet, ob die Methoden mit Akzent auf Fremd- oder Selbstkontrolle angewendet werden, findet bei all den genannten Verfahren eine Konfrontation der Person mit der angstauslösenden Situation statt. Diese kann nach angstausslösender Intensität abgestuft und vorstellungsmäßig (Desensibilisierung in sensu) oder abgestuft und real (Desensibilisierung in vivo) realisiert werden, oder nicht abgestuft und real (Expositionstherapie), oder massiert

und vorstellungsmäßig (Implosion) bzw. massiert real (Flooding) arrangiert sein (vgl. Tab. 3).

Im Sinne eines Selbstkontroll- und Selbstmanagementansatzes (vgl. Karoly & Kanfer, 1982; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996) wird bei der Durchführung der einzelnen therapeutischen Strategien darauf geachtet, daß die Durchführung der Therapie vom Patienten stufenweise selbst übernommen wird. Sowohl unter ethischen als auch unter reinen Effektivitäts- und unter Kosten- und Nutzen-Aspekten ist die schrittweise Übernahme von Selbstkontrolle durch den Patienten selbst von allergrößter Bedeutung (vgl. Mahoney & Thoresen, 1974; Reinecker, 1978; Marks, 1987).

2.2 Techniken der Konsequenzkontrolle

Die Steuerung menschlichen Problemverhaltens durch *Konsequenzen* ist Gegenstand von Abhandlungen, die man weitgehend der ope-

Beziehungen zwischen Reaktionen (Verhalten) und nachfolgenden Konsequenzen

		Darbietung	Entfernung
Verstärker	Positiver (= angenehmer) Stimulus C ⁺	C ⁺ positive Verstärkung Folge: R ↑	C ⁺ indirekte Bestrafung Löschung Folge: R ↓
	Aversiver (= unangenehmer) Stimulus C ⁻	C ⁻ direkte Bestrafung Folge: R ↓	C ⁻ negative Verstärkung Folge: R ↑

Abbildung 3: Schema der Grundstrategien der Konsequenzkontrolle (Reinecker, 1986, S. 46; Holland & Skinner, 1971, S. 245). R ↑ bedeutet eine Erhöhung der Auftrittswahrscheinlichkeit von Verhalten derselben operanten Klasse, R ↓ eine Senkung.

ranten (instrumentellen) Tradition zuordnen muß. Die verschiedenen Möglichkeiten der Steuerung von Verhalten durch Konsequenzen und die Folgen für die zukünftige Auftrittswahrscheinlichkeit von Verhalten lassen sich in *Abbildung 3* verdeutlichen.

Die Prozesse der Stimulus- und Konsequenzkontrolle stehen in enger Interaktion: Sie lassen sich weder theoretisch oder experimentell streng trennen (vgl. Kimble, 1961) noch ist eine solche Trennung im therapeutischen Kontext möglich oder sinnvoll. Bereits bei den obigen Ausführungen zur Stimuluskontrolle wurde kurz auf den Prozeß der negativen Verstärkung hingewiesen, um die Aufrechterhaltung des Vermeidungsverhaltens zu erklären: Angesichts einer in mehrerer Hinsicht aversiven Situation (Erregung, Angst usw.) kann eine Beendigung dieser Situation dadurch erfolgen, daß man sich dieser Situation entzieht (= Flucht) bzw. daß man sich dieser Situation bei entsprechender Hinweisreizen gar nicht mehr aussetzt (= Vermeidung). Die Beendigung einer aversiven Situation durch Vermeiden entspricht dem Prinzip der negativen Verstärkung: Alle Strategien und Verhaltensweisen, die zur Abnahme oder zum Nichteintreten einer gefürchteten aversiven Erfahrung führen, werden in Zukunft häufiger auftreten. Die Techniken, die man der *Konsequenzkontrolle* zuordnen kann, werden zumeist als operante Verfahren (vgl. Karoly & Harris, 1986) bzw. als Strategien des Kontingenzmanagements (vgl. Tharp & Wetzel, 1975; Rimm & Masters, 1979) bezeichnet. Kontingenzmanagement meint dabei, daß die Konsequenzen eines Problem- bzw. Zielverhaltens so arrangiert werden, daß dadurch die Häufigkeit des Zielverhaltens zunimmt (z. B. durch positive Verstärkung), während Problemverhaltensweisen (z. B. durch operante Löschung) seltener werden sollten. Operante Verfahren zum Aufbau von Verhalten besitzen große praktische Bedeutung (etwa bei Aufbau von Sprach- und Interaktionsfertigkeiten bei retardierten Kindern und Erwachsenen).

Der schrittweise Aufbau des Zielverhaltens ist zumeist mit einer Löschung des Problemverhaltens verbunden – mit anderen Worten: die *positiven* Konsequenzen werden nur mehr für erwünschtes Zielverhalten verabreicht und nicht mehr für das unerwünschte Problem-

verhalten (wie dies unter natürlichen Bedingungen häufig der Fall ist). Für den Bereich institutioneller Settings bezieht man sich häufig auf die Entwicklung von Token Economies (vgl. Ayllon & Azrin, 1968).

Von sehr eingeschränkter Bedeutung sind hingegen (direkte) Bestrafungsverfahren, bei denen eine Reduktion der Verhaltenshäufigkeit erzielt werden soll: Bestrafungs- und Aversionsverfahren (vgl. Reinecker, 1980, 1981) ziehen eine Reihe theoretischer, empirischer und vor allem ethischer Probleme nach sich, die eine Anwendung nur im Extremfall legitim erscheinen lassen. Bei geistig behinderten Kindern etwa sind aversive Methoden zur Beendigung schwerer Selbstverletzungen und Verstümmelungen gerechtfertigt, weil sie weniger eingreifend sind als Fixierungen oder hochgradige Sedierungen, die keine Möglichkeit lassen für die Entwicklung angemessener Verhaltensweisen (vgl. Barlow, 1978; Walters & Grusec, 1977). Bei der Betrachtung der gegenwärtigen Praxis von Verhaltenstherapeuten fällt allerdings auf, daß Verfahren zur aversiven Verhaltenskontrolle (z. B. Time-out oder Response-cost) wohl nur in seltenen Fällen angewendet werden; dies sollte unser Augenmerk jedoch nicht davon ablenken, daß selbst diese wenigen Fälle einer strengen Überprüfung bedürfen.

Ähnlich wie bei den Verfahren der Stimuluskontrolle muß man bei der Veränderung des Verhaltens durch eine Kontrolle der Konsequenzen ein Kontinuum von Fremd- und Selbstkontrolle annehmen: Die Kontrolle über das Verhalten eines Klienten durch einen Therapeuten ist üblicherweise von begrenzter Dauer, und zum Zweck der Aufrechterhaltung eines Therapieeffektes ist es höchst wünschenswert, wenn der Patient in der Lage ist, Konsequenzen seines Verhaltens selbst zu steuern (vgl. Goldstein & Kanfer, 1979). Beispiele für eine Interaktion von Fremd- und Selbstkontrolle bilden sogenannte Kontingenzverträge in der Partnertherapie, in denen die Kontingenzen für ein erwünschtes Verhalten zwischen gleichberechtigten Partnern vereinbart, festgelegt und verabreicht werden (vgl. Schindler, Hahlweg & Revenstorf, 1980).

2.3 Modellernen

Modellernen beruht auf der Tatsache, daß sich Menschen aufgrund der Beobachtung des Verhaltens anderer Personen (und der darauffolgenden Konsequenzen) dieses Verhalten aneignen bzw. eigene Verhaltensmuster in Richtung des Modellverhaltens ändern (vgl. Bandura, 1969). Im Unterschied zu anderen Formen des Lernens können selbst komplexe Verhaltensweisen und Handlungen durch Modellernen vom Beobachter relativ rasch nachgeahmt und übernommen werden.

Die Techniken des Modellerns nehmen in der Verhaltenstherapie eine Zwischenstellung zwischen sogenannten klassischen und sogenannten kognitiven Verfahren ein, weil man sich zur Erklärung des Modellerns auf eine Reihe unterschiedlicher Prozesse beziehen muß. Diese Prozesse sind auch Gegenstand der sogenannten kognitiv-sozialen Lerntheorie (vgl. Bandura, 1977; Bauer, 1979):

a) *Aufmerksamkeitsprozesse*: Die Aufnahme der Information durch den Beobachter ist ein aktiver Selektionsprozeß, bei dem die Aufmerksamkeit durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden kann (z. B. motivationale Bedingungen; Merkmale des Modells und der Interaktion mit dem Beobachter usw.).

b) *Behaltensprozesse*: Die beobachteten Handlungen werden üblicherweise nicht umgehend nachgeahmt; dies erfordert einen Prozeß der Speicherung in Form eines bildlichen oder verbalen Repräsentationssystems. Dieser kognitive Speicherungsprozeß ist ein aktiver Vorgang, bei dem einzelne Merkmale des Modells verändert und vom Beobachter aktiv kodiert werden.

c) *Reproduktionsprozesse*: Ohne vorhandene geistige und physische Voraussetzung kann ein beobachtetes Verhalten nicht reproduziert werden; gerade komplexe (z. B. motorische) Aktivitäten setzen die Bereitstellung (zum Teil sogar erst Ausformung) von Teilen der erforderlichen Reproduktionsprozesse voraus.

d) *Motivationsprozesse*: Diese stellen eine Art übergreifender Bedingung für das Modellernen dar, weil ohne diese motivationalen Prozesse das Modellernen nicht zustandekommen kann. Für

die *Ausführung* (Performanz) von früher beobachtetem Verhalten etwa sind bisherige, beobachtete oder erwartete Verstärkungsprozesse von ausschlaggebender Bedeutung.

Für den Einsatz des Modellerns in der Verhaltenstherapie lassen sich eine Reihe von Beispielen anführen: Der Erwerb komplexer sozialer Verhaltensweisen im Training adäquaten Sozialverhaltens etwa bedient sich explizit des Modellerns durch den Therapeuten und durch Mitglieder der Gruppe (s. Ullrich de Muynck & Ullrich, 1976; Hinsch & Pflingsten, 1983). Durch Modellernen können soziale Ängste ausgesprochen ökonomisch bewältigt und entsprechendes interaktionales Verhalten aufgebaut werden. Auch bei der Behandlung von Ängsten allgemeiner Art wird das Modellernen als eine Behandlungsform – häufig als Komponente eines komplexen Therapieprogramms – eingesetzt (vgl. Bauer, 1979). Ähnliches gilt für die Vermittlung sozialer Verhaltensweisen an aggressive oder gehemmte Kinder (vgl. Petermann & Petermann, 1991, 1995) bzw. für die Behandlung von Kindern im allgemeinen: Hier stellt die Vermittlung eines Zielverhaltens im Wege über das Modellernen eine wichtige Hilfe dar, weil eine rein verbale Vermittlung häufig auf Schwierigkeiten stößt. Die großen Vorzüge des Modellerns wurden u. a. von Goldstein (1973) genutzt, um Patienten aus der Unterschicht auf der ihnen adäquaten Ebene des konkreten Handelns entscheidende therapeutische Hilfestellungen zu leisten.

Einen Überblick über verschiedene Verfahren des Modellerns im Rahmen der Verhaltenstherapie liefern Perry und Furukawa (1986). Bei der Durchführung von Therapien sollte man nicht übersehen, daß der Therapeut in vielerlei Hinsicht Modellfunktion für den Patienten besitzt, wie es in Kap. 22.1 beschrieben ist; daraus erwachsen für den Verhaltenstherapeuten empirische und ethische Implikationen im Bereich der Ausbildung, der Selbsterfahrung und der Supervision.

2.4 Kognitive Verfahren

Die Entwicklung verschiedener «kognitiver Verfahren» in der Verhaltenstherapie läßt sich auch als Anerkennung der Tatsache interpretie-

ren, daß bei menschlichen Problemen (psychische Störungen) verschiedene *Ebenen* unterschieden werden müssen; die Unterscheidung geht zum Teil auf ältere Ansätze aus der Psychologie zurück.

In der Verhaltenstherapie wird zumeist eine Differenzierung in eine kognitiv-verbale, eine physiologisch-somatische und eine Verhaltens-ebene vorgeschlagen (vgl. Lang, 1971). Da sich psychische Störungen üblicherweise in einem System unterschiedlicher Funktionsbereiche zeigen, sollte eine Analyse und Intervention auch die unterschiedlichen Ebenen berücksichtigen.

Implizit und in der verhaltenstherapeutischen Praxis wurden kognitive Interventionsstrategien berücksichtigt, seit es Verhaltenstherapie gibt – ein Blick in das Buch «Psychotherapy by reciprocal inhibition» von J. Wolpe aus dem Jahr 1958 zeigt dies recht deutlich. Eine explizite und damit auch theoretische Bearbeitung von diversen kognitiven Interventionsverfahren erfolgte etwa zu Beginn der siebziger Jahre – ebenso rasch wie heterogen: Während etwa die Ansätze der kognitiven Therapie von A. T. Beck vor dem problemgeschichtlichen Hintergrund der psychoanalytischen Theorie entwickelt wurden (ähnliches gilt für die Rational Emotive Therapie von A. Ellis), stammen andere Entwicklungen der kognitiven Techniken aus einer konsequenten Weiterentwicklung der Verhaltenstherapie. Dies gilt für das Problemlöse-training (D’Zurilla & Goldfried, 1971; Goldfried & Goldfried, 1975) ebenso wie für Ansätze der kognitiven Verhaltensmodifikation bei Mahoney (1974) oder Meichenbaum (1977, 1985). Kennzeichnend für die letzteren Ansätze ist insbesondere eine Berücksichtigung von Befunden aus der Grundlagenforschung in verschiedenen Bereichen der Psychologie – und hier insbesondere *kognitiver* Ansätze. Auch Strategien der Selbstkontrolle (Kanfer, 1970; Kanfer & Karoly, 1972; Mahoney & Thoresen, 1974; Hartig, 1973) und des Selbstmanagement (Karoly & Kanfer, 1982; Kanfer & Gaelick, 1986) wurden in engem Kontakt mit wissenschaftlichen und praktischen Trends der Psychologie entwickelt (vgl. Kanfer et al., 1996).

Die einzelnen kognitiven Verfahren sind hier mit allen Grundlagen und Implikationen nicht zu besprechen (vgl. Mahoney, 1974; Kendall & Hollon, 1979; Kanfer & Goldstein, 1986; Hoff-

mann, 1979; Dobson, 1988; Scott, Williams & Beck, 1989; Freeman, Simon, Beutler & Arkowitz, 1989; Freeman, Pretzer, Fleming & Simon, 1990; Hollon & Beck, 1994; vgl. dazu auch die von Kendall herausgegebene Reihe «Advances in Cognitive Behavior Therapy», seit 1982). Hier soll deshalb nur kurz auf einige zentrale theoretische und therapierelevante Annahmen eingegangen werden, die kennzeichnend für einzelne Techniken sind.

2.4.1 Ansätze der Selbstkontrolle

Die verschiedenen Modelle der Selbstkontrolle stellen eine Erweiterung klassisch-lerntheoretischer Konzeption insofern dar, als auf seiten des betroffenen Individuums die Fähigkeit zur Steuerung des eigenen Verhaltens vorausgesetzt wird. Besonders deutlich wird dies im Konzept der *Selbstregulation*: In diesem Modell unterscheidet Kanfer (1970) die Stufen der Selbstbeobachtung, der Selbstbewertung anhand bestimmter Standards und der Selbstverstärkung als Folge eines Vergleichs von Standards mit dem eigenen Verhalten.

Selbstkontrolle meint einen Spezialfall der Selbstregulation bei Vorliegen einer speziellen Konfliktsituation: Hierbei unterbricht das Individuum eine weitgehend automatisierte Verhaltenskette zum Zwecke einer genauen Analyse der Situation und des eigenen Verhaltens. Motivationale, kognitive und Verhaltensprozesse spielen dort als Grundlage der Selbstkontrolle eine entscheidende Rolle.

Bei der Erörterung von speziellen Selbstkontroll-Methoden im Rahmen der Verhaltenstherapie sollte man von einem Kontinuum von Fremd- und Selbstkontrolle ausgehen: Es macht somit wenig Sinn, die einzelnen Verfahren gegeneinander zu stellen, weil situative Kontingenzen einerseits und Prozesse der Selbstregulation andererseits bei der Kontrolle komplexen menschlichen Verhaltens in enger Interaktion stehen (s. Karoly, 1995).

Den Selbstkontrollansätzen im engeren Sinne können folgende Verfahren zugeordnet werden:

a) Methoden der *Selbstbeobachtung*, die zumeist als erste Stufe eines Änderungsprozesses dienen.

b) Methoden der *Stimuluskontrolle*: Hier kann die Person selbst zu einer Steuerung des eigenen Verhaltens beitragen, indem durch ein spezielles Arrangement der physikalischen oder sozialen Umgebung entsprechende Zielverhaltensweisen wahrscheinlicher bzw. unwahrscheinlicher werden.

c) Methoden der *Konsequenzkontrolle*: Die Person ist im Prinzip selbst in der Lage, durch Selbstverstärkung, Selbstbestrafung oder durch das Eingehen spezieller Kontrakte die Auftrittswahrscheinlichkeit des eigenen Verhaltens zu steuern.

Die verschiedenen Methoden der Selbstkontrolle bilden inzwischen einen festen Bestandteil verhaltenstherapeutischer Verfahren. Dies gilt auch angesichts der Tatsache, daß ein expliziter Effektivitätsvergleich nur sehr schwer zu führen ist, weil eine klare Trennung der einzelnen Strategien kaum möglich ist. Die einzelnen Ansätze besitzen in mehrerer Hinsicht große Relevanz:

- Selbstkontroll-Ansätze leisten einen entscheidenden Beitrag zur Transparenz des therapeutischen Vorgehens;
- Selbstkontroll-Ansätze lassen sich ferner zur Intervention bei Problemen sehr privater (intimer) Natur heranziehen;
- Selbstkontroll-Ansätze dienen als effiziente Verfahren im Bereich der Prävention einerseits und der Rückfallsprophylaxe andererseits;
- Strategien der Selbstkontrolle können vom Klienten selbst in natürlichen Situationen eingesetzt werden und bilden damit einen wichtigen Beitrag zur Effektivität therapeutischer Verfahren und damit zum Nutzen für Patienten und Gemeinschaft.

2.4.2 Kognitive Therapie von A. T. Beck

Nach der Auffassung von Beck (1976) ist die Ursache depressiver Störungen in erster Linie in einer Störung kognitiver Verarbeitungsmuster zu sehen. Der Depressive verarbeitet wichtige Erfahrungen in falscher Weise: Entscheidend sind seine Erfahrungen über sich selbst, seine Umgebung und seine Zukunft (entspricht der kognitiven Triade, vgl. Hollon &

Beck, 1979). Die verschiedenen Denkfehler werden von Beck (1976; vgl. Beck, 1979) auch verschiedenen Kategorien zugeordnet (z. B. selektive Abstraktion, willkürliche Schlußfolgerungen, Übergeneralisierung usw.). Beck (1976) betont jedoch auch, daß eine Diagnostik der bei einem Patienten vorliegenden problematischen Denkmuster nur auf der Grundlage einer individuellen Analyse geschehen kann.

Die Intervention setzt auf mehreren *Ebenen* an, die das Ziel haben, dem Patienten die Fehler in seiner Wahrnehmung und die entsprechenden Schlußfolgerungen vor Augen zu führen, damit er diese verändern kann; so ist die Analyse und Identifikation problematischer Denkmuster nur ein Schritt, um den Patienten zu einer realistischeren Sicht seiner Welt anzuleiten. Beck bedient sich zur Überzeugung des Patienten auch explizit der konkreten Erfahrung, ohne die eine kognitive Umstrukturierung kaum gelingen kann (z. B. Auftrag, kleine Aufgaben zu erledigen, durch die der Patient wieder konkret erlebt, daß er in der Lage ist, seine Umwelt zu gestalten und zu verändern).

Der Ansatz von Beck hat im vergangenen Jahrzehnt viele empirische Untersuchungen angeregt, die die Brauchbarkeit grundsätzlich unterstreichen (vgl. Rush, Beck, Kovacs & Hollon, 1977; Niebel, 1984; Beck, Freeman & Associates, 1993; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1993; Hautzinger, Stark & Treiber, 1992). Eine strukturierte Anwendung des Ansatzes der psychischen Störungen außerhalb der depressiven Problematik wird von Vertretern der kognitiven Therapie nach Beck immer wieder propagiert (s. Beck, Emery & Greenberg, 1985). Eine spezielle Anwendung Kognitiver Therapie ist bei Persönlichkeitsstörungen gegeben, die in den vergangenen Jahren viel Beachtung gefunden haben (s. Beck, Freeman & Associates, 1993; Fiedler, 1995, Schmitz, Fydrich & Limbacher, 1996). Hier geht es nicht so sehr um die Veränderung konkreter Verhaltensweisen, sondern um die Modifikation grundlegender Muster des Denkens und der Interaktion.

2.4.3 Rational Emotive Therapie von A. Ellis

Ähnlich wie Beck entwickelte Ellis (1962) seine Rational Emotive Therapie aus einer Unzufrie-

denheit mit psychoanalytischen Modellen zur Behandlung emotionaler Probleme. Die zentrale Annahme bei Ellis besagt, daß nicht so sehr konkrete Ereignisse (A = activating events) zu unseren emotionalen oder Verhaltenskonsequenzen (= C, Konsequenzen, Probleme) führen, dafür ist vielmehr ein System von «Beliefs» (= B) verantwortlich, die unser Denken und Handeln bestimmen (s. Ellis & Harper, 1976; Ellis & Grieger, 1979; Dryden & Hill, 1993; Dryden, 1995).

Ellis (1984) versuchte, eine Reihe von Denkfehlern im «Belief-System» zu identifizieren; prinzipiell allerdings hält er die Liste möglicher irrationaler «Beliefs» für unbegrenzt. Es ist in therapeutischer Hinsicht Aufgabe des Therapeuten, dem Klienten diese Irrationalität der Denkmuster durch *rationale Diskussion* vor Augen zu halten und so zu einer Veränderung seiner Problematik beizutragen. Empirische Untersuchungen über die Wirksamkeit der RET brachten bei verschiedenen Störungen durchaus ermutigende Resultate (s. Keßler & Hoellen, 1982; Kendall, 1984; Kendall, Haaga, Ellis, Bernard, DiGiuseppe & Kassonov, 1995.) Die theoretischen Grundannahmen von Ellis werden von verschiedener Seite allerdings massiver Kritik unterzogen; dies betrifft vor allem den Rationalitätsbegriff sowie die von Ellis vorgeschlagene direktive Indoktrination (vgl. auch dazu die Diskussion bei Haaga & Davison, 1986).

2.4.4 Training im Problemlösen

Trainings im Problemlösen für psychische Störungen wurden insbesondere von D'Zurilla und Goldfried (1971) und D'Zurilla und Nezu (1982) entwickelt. In dem Ansatz greift man auf Befunde zurück, wonach psychiatrische Patienten eine verminderte Fähigkeit kognitiver und interpersonaler Problemlösung aufwiesen. Dabei lag es nahe, auf die aus der allgemeinen und kognitiven Psychologie (z. B. Newell & Simon, 1972) bekannten Überlegungen zurückzugreifen, wo Teilkomponenten effektiver Problemlösung ausgiebig untersucht wurden. Das Training der einzelnen Stufen des Problemlösens [(1) allgemeine Orientierung, (2) Beschreibung des Problems, (3) Erstellen von Alternativen, (4) Treffen einer Entscheidung, (5) Evaluation] sollte den Klienten in die Lage versetzen, nicht

nur einzelne Verhaltensweisen einzuüben bzw. zu verändern, sondern der Klient sollte verschiedene Strategien erlernen, die zur Lösung eines breiten Bereichs von Problemen einsetzbar sind.

In der Zwischenzeit gehören Modelle des Problemlösens – sowohl als Teilkomponenten eines Therapieprogramms, als auch im Sinne eines Meta-Modells des Therapieprozesses – zum Standardrepertoire des verhaltenstherapeutischen Vorgehens (vgl. dazu Kanfer & Busemeyer, 1982; Schmelzer, 1983). Die Übertragung des Problemlösemodells auf emotionale und psychische Probleme wird allerdings auch dahingehend kritisiert, daß sich psychische Störungen eben nicht analog zu akademischen Problemen analysieren lassen. Eine Anwendung des Problemlösetrainings ergibt sich in verschiedenen Bereichen: Als Therapiebestandteil bei verschiedenen Störungen, speziell bei interpersonalen Problemen (Delinquenz, soziale Unsicherheit, aber auch bei Abhängigkeiten, siehe Shure & Spivack, 1978). So gesehen kann man das Problemlösetraining als gut evaluiert ansehen (s. D'Zurilla, 1988; Nezu & Nezu, 1989).

2.4.5 Selbstinstruktions- und Streßimpfungstraining

Beide Verfahren wurden von D. Meichenbaum zu Beginn der siebziger Jahre entwickelt (vgl. Meichenbaum & Goodman, 1971; Meichenbaum, 1977). Beim *Selbstinstruktionstraining* sollte die Sprache (schrittweise) die Kontrolle über die Handlungen der Person übernehmen. Meichenbaum bezieht sich dabei auf entwicklungspsychologische Überlegungen, wonach die Sprache bei Kleinkindern die Funktion der Verhaltenssteuerung besitzt. Diese Selbstinstruktionen werden im Laufe der Entwicklung internalisiert und fungieren als «verdeckte» Steuerung des Verhaltens. In therapeutischer Hinsicht macht man sich diese Überlegungen insofern zunutze, als bei der Ausführung komplizierter Aufgaben auf die Sprache als unterstützendes Element zurückgegriffen wird (Beispiel: Stop-Think-Go-Technik bei impulsiven Kindern, vgl. Camp & Bash, 1981).

Die Vermittlung des Selbstinstruktionstrainings an einen Patienten schafft ein Gefühl per-

sönlicher Kontrolle, das für den Umgang mit problematischen Situationen äußerst wichtig ist, weil der Klient durch seine eigene Sprache («innere Monologe») eine gewisse Kontrolle über verschiedene Verhaltensweisen und Situationen bekommt (s. dazu auch Befunde aus der Attributionsforschung, vgl. Försterling, 1986).

Das *Streß-Impfungs-Training* SIT (Meichenbaum, 1985) bildet eine Therapiestrategie zur Bewältigung unangenehmer Streßsituationen. Meichenbaum greift hier auf die sogenannte Zwei-Faktoren-Theorie von Emotionen bei Schachter zurück (Schachter & Singer, 1962): Demnach können bei Emotionen zum einen die Komponente der unspezifischen physiologischen Erregung und zum anderen eine Komponente der kognitiven Bewertung unterschieden werden. Dieses Modell der Emotionen ist alles andere als unumstritten (vgl. dazu Reisenzein, 1983), erweist sich jedoch für die Klinische Psychologie als heuristisch ausgesprochen fruchtbar.

Meichenbaum (1985) vermittelt den Patienten aufgabenrelevante Kognitionen in drei Phasen:

(1) *Unterrichtsphase*, in der eine Problemanalyse durchgeführt und der Patient in die kognitiv-verhaltenstherapeutische Sichtweise von Emotionen und ihre Bewältigungsmöglichkeiten eingeführt wird.

(2) *Übungsphase*, in der der Patient lernt, in der therapeutischen Situation mit einem Stressor umzugehen; der Patient sollte dabei verschiedene Stufen der Konfrontation mit einem Stressor unterscheiden und Selbstverbalisationen zum Umgang mit der Situation üben.

(3) *Anwendungsphase*, in der der Patient konkrete Streßsituationen im Alltag aufsucht und die gelernten Strategien (Selbstverbalisation) zur Bewältigung erprobt.

Große Bedeutung besitzt das SIT und andere Belastungsbewältigungsansätze (vgl. Lazarus & Folkman, 1984) auch für die Verhaltensmedizin (vgl. dazu Miltner, Birbaumer & Gerber, 1986): Die Bewältigung unausweichlicher Stressoren (z. B. bevorstehende Operationen, chronische Schmerzen) stellt ein wichtiges Arbeitsgebiet in der interdisziplinären Kooperation von Medizi-

nern und Psychologen dar. Bei der Vermittlung des Streß-Impfungs-Trainings (vgl. Meichenbaum, 1991) und anderer Bewältigungsfertigkeiten im Rahmen der Verhaltensmedizin sollte man bei aller Bedeutung kognitiver Verfahren nicht aus dem Auge verlieren, daß solche Interventionsansätze eine äußerst sensible Analyse der Bedürfnisse des Patienten und seiner vorhandenen Bewältigungsmöglichkeiten voraussetzen.

3. Ebenen der Intervention

Die Anwendung von Verhaltenstherapie ist keineswegs auf die Behandlung von Individuen beschränkt. Aus einer konsequent funktionalen Analyse (vgl. Holland, 1978) folgt vielmehr, daß diejenigen unabhängigen Variablen identifiziert werden können, die einer Veränderung bedürfen. Dies legt z. B. eine familiäre Intervention bei Eßstörungen, Partnertherapie bei funktionellen Sexualstörungen oder gesellschaftlich politische Interventionen bei Alkoholismus nahe.

3.1 Verhaltenstherapie in Gruppen

Der Begriff «Gruppentherapie» kennzeichnet keinen inhaltlichen Therapieansatz, sondern lediglich eine spezielle Interventionsebene bzw. ein besonderes Setting (vgl. Kap. 22.1/Psychotherapie: Systematik).

Beispiele für die Durchführung verhaltenstherapeutischer Strategien in Gruppen finden sich von Beginn ihrer Entwicklung an. Dabei stand zunächst der Aspekt der Ökonomie im Vordergrund (speziell bei der Gruppen-Desensibilisierung, vgl. Florin & Tunner, 1975). Ein weiteres wichtiges Argument betrifft die Nutzung des Gruppen-Effektes («Soziales Lernen») zur Erreichung therapeutischer Effekte (vgl. Grawe, 1980).

In vielen ätiologischen Überlegungen zur Genese psychischer Störungen werden soziale Merkmale als Determinanten geltend gemacht. Es liegt deshalb besonders nahe, solche sozialen Komponenten als Rahmenbedingungen des therapeutischen Settings zu realisieren. In einer Gruppe wird es einem Patienten ermöglicht, neues Verhalten für komplexe Problemsituationen unter relativ kontrollierten Bedingun-

gen einzuüben. Die einzelnen Gruppenmitglieder bieten Anregungen für neue Ziele, realistische Standards und ein lebensnahes Korrektiv, mehr als dies von einem Therapeuten allein geleistet werden könnte (vgl. dazu auch Fiedler, 1996).

3.2 Verhaltenstherapie in sozialen Systemen

Das verhaltenstherapeutische Vorgehen beinhaltet eine funktionale Analyse und gegebenenfalls Veränderung derjenigen Bedingungen, die als Determinanten eines Problems angesehen werden müssen (vgl. Holland, 1978). Da der Psychologe oder Verhaltenstherapeut üblicherweise nur indirekten Zugang zu natürlichen Bedingungs-systemen besitzt, kommt der Intervention auf dem Wege über sog. Mediatoren große Bedeutung zu.

Das Modell einer indirekten Intervention in der natürlichen Umgebung – von Tharp und Wetzel (1975) als Mediatoren-Modell bezeichnet – läßt sich im Prinzip auf verschiedene soziale Systeme beziehen: Auf die Therapie bei Paaren, bei Kindern, in Familien oder in anderen sozialen Gruppen. Das Prinzip des Modells besteht darin, daß die therapeutische Funktion nicht vom Fachmann (Psychologe, Verhaltenstherapeut), sondern im wesentlichen von einer oder mehreren Personen der natürlichen Umgebung übernommen wird. Nach Tharp und Wetzel (1975) läßt sich dies gem. Abbildung 4 verdeutlichen:

Ein wohl entscheidender Vorteil der Intervention im gegebenen Sozialfeld betrifft den Versuch einer Veränderung von problematischen Bedingungen durch Personen, die diese Bedingungen im Prinzip auch kontrollieren können; in vielen Fällen erfordert die Anwendung des Mediatorenmodells zunächst eine Schulung/ Training durch den Fachmann und eine Veränderung des Verhaltens der Personen des sozialen Feldes. Wenn sich dies bewerkstelligen läßt, dann bilden Interventionen in der natürlichen Umgebung eine günstige Voraussetzung für die Stabilisierung einer therapeutischen Veränderung (s. dazu auch Perrez, Büchel, Ischi, Patry & Thommen, 1985).

3.3 Gemeindepsychologische Ansätze

Diese Ansätze lassen sich im Prinzip auf die Mental-Health-Bewegung zu Beginn des Jahrhunderts zurückführen; in der Verhaltenstherapie gelten folgende Merkmale als Prinzipien einer gemeindepsychologischen Orientierung (vgl. Keupp, 1978; Heyden, 1986):

(1) *Gemeindenähe*, d. h. die Probleme werden im Feld ihrer Entstehung und Aufrechterhaltung analysiert und gegebenenfalls behandelt.

(2) *Ambulante Hilfe* bedeutet ein Abgehen vom passiven Versorgungsgedanken; entscheidend ist dabei eine Anleitung der Betroffenen zur effizienten Selbsthilfe.

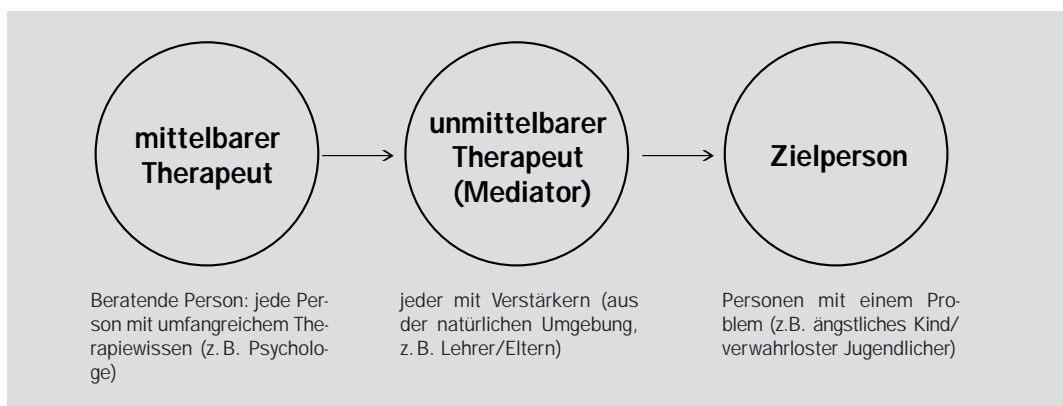


Abbildung 4: Mediatoren-Modell (Tharp & Wetzel, 1975)

(3.) *Präventive Orientierung*: Die ätiologische Analyse menschlicher Probleme verlangt konkrete Maßnahmen zur Verhinderung psychischer Störungen auf verschiedenen Ebenen.

(4) Die *Bedürfnisse* der Betroffenen und nicht so sehr die professionelle Perspektive sollte besonders in den Vordergrund gerückt werden.

Verhaltenstherapeutisch orientierte Gemeindepsychologie versteht sich weniger als «neuer» therapeutischer Ansatz, sondern vielmehr als eine konsequente Perspektive zur Lösung psychischer Probleme. Dabei ist man sich sehr wohl der Komplexität der anstehenden Aufgaben bewußt, so daß man sich über eine rasche und effiziente Lösung vieler Probleme im Bereich psychischer Störungen wohl keine überzogene Hoffnung machen sollte.

3.4 Anwendungsfelder auf der Ebene der Sozietät

Verhaltenstherapeutische Ansätze haben im Bereich der klinischen Intervention, der Erziehung und der Rehabilitation bereits eine gewisse Tradition; die Anwendung vorwiegend operanter Prinzipien auf die Veränderung gesellschaftlicher und ökologisch relevanter Bedingungen menschlichen Verhaltens liegt dabei ebenso nahe wie der engere Bereich psychischer Störungen. Interessanterweise rücken solche Anwendungsfelder gerade dann in unser Blickfeld, wenn die entsprechenden Felder einen besonderen gesellschaftlichen Stellenwert bekommen, z. B. im Bereich der Umwelt und Ökologie (s. Twardosz, 1984; Martens & Witt, 1988).

Wichtige Anwendungsfelder bilden die Veränderungen des menschlichen Umgangs mit Abfall, die Bereitschaft zum Recycling und das möglichst sparsame Verhalten im Bereich von Energie und die Anleitung zur Benutzung von Massen-Transportmittel (vgl. Kazdin, 1977).

Als Beispiel läßt sich die Studie von Winett und Nietzel (1975) anführen: Die Autoren bilden zwei Hauptgruppen bei einer Reihe von Haushalten, mit dem Ziel, elektrische Energie zu sparen. Verglichen mit Baseline-Bedingungen gelang es den Haushalten über vier Wochen lang hinweg deutlich, Energie zu sparen, wenn sie zusätzlich zur Information auch fi-

nanzielle Anreize für das Zielverhalten in Aussicht gestellt bekamen. Die Effekte zeigten sich noch deutlich zwei Wochen nach der Beendigung der Studie, allerdings nicht mehr nach acht Wochen. Bereits eine solch kleine Studie verdeutlicht die möglichen Implikationen einer Anwendung psychologischer Prinzipien auf sozial relevante Bereiche und die damit verbundenen ethischen Probleme. Die Veränderung menschlichen Verhaltens – und sei es auch zur Erreichung noch so hochstehender und sozial akzeptierter Ziele – bedeutet einen Eingriff in ein soziales System, über dessen Konsequenzen man sich klar sein sollte. Die angesprochenen Eingriffe in soziale Systeme werden auch daran deutlich, daß von Untergruppen der menschlichen Gemeinschaft durchaus kontroverse Ziele verfolgt werden: Eine deutliche Einsparung fossiler Energie oder die konsequente Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln hätte Auswirkungen, die durchaus mit Problemen verbunden sind (Arbeitslosigkeit bei Tankwarten und KFZ-Reparaturwerkstätten usw.). Die Realisierung entsprechender Ziele wird damit in hohem Maße von einem Abwägen sozialer und finanzieller Kosten abhängen.

Auch eine ganze Reihe von verschiedenen Krankheiten – speziell von chronischen Störungen – hat uns vor Augen geführt, daß wir mit unserem *Verhalten* zum Auftreten dieser Störungen beitragen: Im Falle von koronaren Herzkrankheiten etwa beeinflussen wir durch unsere Ernährungsgewohnheiten und durch unseren Lebensstil ein spezielles Risiko für eine Erkrankung. Diese wenigen Beispiele eines verhaltenstherapeutischen Zugangs auf der Ebene der Sozietät sollten nur verdeutlichen, daß eine solche psychologische Analyse und Intervention durchaus im Bereich der Möglichkeiten liegt. Die Realisierung und konsequente Umsetzung solcher Strategien hängt allerdings weniger von psychologischen Gesichtspunkten, sondern eher von der sozialen Akzeptanz gesellschaftlicher Zielvorstellungen ab.

4. Wirksamkeit

Die von Grawe (1992; Grawe, Donati & Bernauer, 1994) durchgeführten Metaanalysen zum Vergleich verschiedener Therapieverfahren dokumentieren eindrucksvoll die Wirksamkeit

der Verhaltenstherapie und räumen ihr einen entscheidenden Platz in der psychotherapeutischen Versorgung ein: «Die Anwendung von Verhaltenstherapie in der klinischen Praxis kann sich also auf ein breites Spektrum an Therapiemethoden mit nachgewiesener Wirksamkeit stützen. Mit deutlichem Abstand vor allen anderen Therapieformen kann daher die Verhaltenstherapie für sich in Anspruch nehmen, ihre Wirksamkeit ausreichend unter Beweis gestellt zu haben, um in der psychotherapeutischen Versorgung eine prominente Rolle zu spielen» (Grawe, 1992, S. 139).

Welchen Stellenwert die Frage der empirischen Validierung von Psychotherapie inzwischen gewonnen hat, ist auch aus der wachsenden Zahl von Beiträgen zu diesem Thema in den einschlägigen Fachzeitschriften ersichtlich (vgl. VandenBos, 1996; Hollon, 1996; Jacobson & Christensen, 1996; Sanderson & Woody, 1995).

Da verhaltenstherapeutische Ansätze bei praktisch allen klinisch relevanten Störungen mit Erfolg angewendet werden, ist eine ins Detail gehende Aufzählung der verschiedenen Interventionsmöglichkeiten einschließlich deren Evaluation in Rahmen dieses allgemeinen Kapitels nicht möglich. Einen sehr guten Überblick über die therapeutischen Verfahren und Rahmenbedingungen ebenso wie über die verschiedenen Interventionsmöglichkeiten bei einzelnen Störungen und deren Evaluation bietet das von Margraf (1996) in zwei Bänden herausgegebene «Lehrbuch der Verhaltenstherapie».

Stellvertretend wird ein Beispiel herausgegriffen, das man als charakteristisch für die Forschung zu Effektivitätsnachweisen in der Verhaltenstherapie ansehen kann. Michelson, Mavissakalian und Marchione (1985) untersuchten in ihrer Studie die differentielle Wirksamkeit verschiedener verhaltenstherapeutischer Vorgehensweisen bei der Behandlung von Agoraphobien (s. Kasten 1).

Kasten 1

Untersuchung zur differentiellen Wirksamkeit (Michelson, Mavissakalian & Marchione, 1985)

Fragestellung

Welche differentiellen Effekte zeigen verschiedene verhaltenstherapeutische Interventionen bei Agoraphobikern?

Methode

- *Stichprobe*: 39 Patienten mit der Diagnose «Agoraphobie mit Panikattacken»
- *Untersuchungsverfahren*: Erfassung des Zustandes auf der Verhaltens- (Therapeut, externe Rater), der subjektiven (Angstfragebögen, Beschreibung der Patienten) und der physiologischen Ebene. Messung zu Beginn, nach 6 Wochen und am Ende der Behandlung; Katanese nach 3 Monaten.
- *Intervention*: a) Paradoxe Intention PI, b) graduierte Exposition GE, c) progressive Relaxation PR. Dauer der Behandlung: jeweils 12 Wochen. Vergleich von 3 parallelisierten Behandlungsgruppen.

Ergebnisse

Bereits zur Mitte der Behandlung (6 Wochen) wiesen die Gruppen GE und PR deutliche Besserungen auf, was für ein rasches Ansprechen der Patienten auf verhaltens- und physiologisch orientierte Behandlungen spricht. Die Anzahl der stark verbesserten Patienten betrug nach der Therapie PI 67 Prozent; GE 82 Prozent und PR 70 Prozent. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Im Follow-Up zeigte sich in mehreren Maßen die graduierte Exposition GE und die progressive Relaxation PR der paradoxen Instruktion PI überlegen. Die Studie unterstreicht die Notwendigkeit einer differentiellen Erfassung von therapeutischen Effekten und die Bedeutung eines multimodalen Vorgehens bei der Behandlung von Agoraphobikern.

5. Erklärung der Wirksamkeit

Aus wissenschaftstheoretischer Sicht bedeutet die Beschreibung therapeutischer Methoden eine Darstellung auf der Ebene der Technologie. Technologien sind Maßnahmen um ein Ziel möglichst effizient zu erreichen. Deshalb ist auch nicht Wahrheit (wie bei Theorien) das entscheidende Beurteilungskriterium, sondern eben Effektivität und Effizienz (vgl. Kap. 4/ Wissenschaftstheorie: Intervention).

Mit dem Anspruch der empirischen Überprüfbarkeit der verhaltenstherapeutischen Methoden verbindet sich automatisch auch die Frage danach, wie und warum die Verfahren wirken bzw. welche Elemente eines komplexen Therapieprogramms für das Zustandekommen der Veränderung verantwortlich gemacht werden können d.h. die Frage nach den Wirkfaktoren.

Theoretische Begründungen therapeutischer Prozesse müssen – wie in Kapitel 22.1. ausgeführt – Erklärungen für menschliches Verhalten und deren Veränderung im zeitlichen Verlauf bieten d.h. in jedem Fall *Komponenten des Lernens* berücksichtigen. Die Verhaltenstherapie hat dabei den Vorteil, daß sie ursprünglich aus der Anwendung der Lerntheorien erwachsen ist und zahlreiche inhaltliche Bezüge auch zu anderen Teildisziplinen der Psychologie wie auch zu den Nachbardisziplinen aufweist (z.B. Kognitionsforschung in der Allgemeinen Psychologie, Attributionstheorien in der Sozialpsychologie, Entwicklungspsychologie, Psychophysiologie, Evolutionstheorien, Biochemie, Neurologie usw.; siehe dazu O'Donohue & Krasner, 1995). Diese besondere Nähe der Verhaltenstherapie zur wissenschaftlichen Psychologie kommt denn auch dadurch zum Ausdruck, daß einige der Methoden bereits im Titel auf die empirisch bewährten Theorien hinweisen, durch die sie inspiriert worden sind (z.B. Modellernen), auch wenn heute die Beziehung von Grundlagentheorien und Technologien differenzierter betrachtet wird (vgl. Kap. 4/ Wissenschaftstheorie: Intervention).

Auf technologischer Ebene unterscheidet man in der Therapieforschung unspezifische oder methodenübergreifende (z.B. Strategien der Gesprächsführung, der Rollenstrukturierung etc.) und spezifische (z.B. einzelne Verfahren oder Techniken) Wirkfaktoren (vgl. Kap.

22.1/ Psychotherapie: Systematik). In der Praxis ist die Frage, was einen Faktor als «spezifisch», und einen anderen als «unspezifisch» kennzeichnet, alles andere als eindeutig zu beantworten. Um einer Antwort näher zu kommen, müssen in jedem Falle – neben der Beschreibung des Faktors selbst – Gesichtspunkte seiner Auswirkung und Merkmale seines theoretischen Hintergrundes herangezogen werden. Diese empirische und theoretische Einbettung von einzelnen Wirkfaktoren relativiert – zumindest für die Verhaltenstherapie – die Unterscheidung von spezifischen und unspezifischen Mechanismen doch in erheblichem Maße. Mit dem Anspruch auf Erklärung einzelner Schritte des therapeutischen Vorgehens unter Bezug auf *psychologische* Modellvorstellungen darf aber weder ein Anspruch auf Vollständigkeit noch Einzigartigkeit der Erklärung oder gar auf Letztbegründungen verbunden sein.

6. Literatur

- Ascher, L.M. (1980). Paradoxical intention. In A.P. Goldstein & E.B. Foa (Eds.), *Handbook of behavioral interventions* (pp. 266–321). New York: Wiley.
- Ayllon, T. & Azrin, N.H. (1968). *The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Barlow, D.H. (1978). Aversive Procedures. In W.S. Agras (Ed.), *Behavior Modification: Principles and clinical application* (pp. 86–133). Boston: Little, Brown & Company.
- Bartling, G., Fiegenbaum, W. & Krause, R. (1980). *Reizüberflutung – Theorie und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bauer, M. (1979). *Verhaltensmodifikation durch Modellernen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beck, A.T., Emery, G. & Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias – A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A.T., Freeman, A. & Associates (1993). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guildford Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1992). *Kognitive Therapie der Depression* (3. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Beutler, L.E., Machado, P.P. & Neufeldt, S.A. (1994). Therapist variables. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 229–269). New York: Wiley.

- Birbaumer, N. (1977). *Psychophysiologie der Angst*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Blanchard, E.B. & Andrasik, F. (1991). *Bewältigung chronischer Kopfschmerzen*. Diagnose und Psychotherapie. Bern: Hans Huber.
- Bornstein, P.H. & Bornstein M.P. (1993). *Psychotherapie mit Ehepaaren*. Ein integrativer Ansatz. Bern: Hans Huber.
- Camp, B.W. & Bash, M.S. (1981). *Think Aloud. Increasing social and cognitive skills – A problem solving program for children*. Champaign, Ill.: Research Press.
- Caspar, F. & Grawe, K. (1994). Was spricht für, was gegen individuelle Fallkonzeptionen? Überlegungen zu einem alten Problem aus neuer Perspektive. *Verhaltenstherapie*, 4, 186–196.
- Dobson, K.S. (1988). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York: Guilford Press.
- Dryden, W. (Ed.) (1995). *Rational Emotive Behaviour Therapy*. London: Sage Publications.
- Dryden, W. & Hill, L.K. (Eds.). (1993). *Innovations in Rational-Emotive Therapy*. Newbury Park: Sage Publications.
- D'Zurilla, T.J. (1988). Problem solving therapies. In K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 85–135). New York: Guilford Press.
- D'Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107–126.
- D'Zurilla, T.J. & Nezu, A. (1982). Social problem solving in adults. In P.C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (pp. 201–274). New York: Academic Press.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1984). The essence of RET. *Journal of Rational Emotive Therapy* 2, 19–25.
- Ellis, A. & Grieger, R. (Hrsg.). (1979). *Praxis der Rational-Emotiven Therapie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Ellis, A. & Harper, R.A. (1976). *A new guide to rational living*. Hollywood: Wilshire-Edition.
- Fahrenberg, J. (1984). Methodische Überlegungen zur Mehrebenen-Prozeß-Forschung. In U. Baumann (Hrsg.), *Psychotherapie: Makro/Mikroperspektive* (S. 198–222). Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P.A. (1987). Verhaltenstherapie in Gruppen. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 8, 111–132.
- Fiedler, P.A. (1995). *Persönlichkeitsstörungen* (2. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fiedler, P.A. (1996). *Verhaltenstherapie in und mit Gruppen*. *Psychologische Psychotherapie in der Praxis*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fiedler, P., Niedermeier, Th. & Mundt, Ch. (1986). *Gruppenarbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten*. Materialien für die therapeutische Arbeit mit Angehörigen und Familien. Weinheim: Psychologie Verlagsunion.
- Fliegel, S., Groeger, W.M., Künzel, R., Schulte, D. & Sorgatz, H. (1981). *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden*. Ein Übungsbuch. München: Urban & Schwarzenberg.
- Florin, I. & Tunner, W. (Hrsg.). (1975). *Therapie der Angst: Systematische Desensibilisierung*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Försterling, F. (1986). *Attributionstheorie in der Klinischen Psychologie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Franks, C.M. & Wilson, G.T. (1978). *Annual Review of behavior therapy. Theory and practice 1978*. New York: Bruner & Mazel.
- Freeman, A., Simon, K.M., Beutler, L.E. & Arkowitz, H. (Eds.). (1989). *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy*. New York: Plenum Press.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. & Simon, K.M. (1990). *Clinical applications of Cognitive Therapy*. New York: Plenum Press.
- Gentry, W.D. (Ed.). (1984). *Handbook of behavioral medicine*. New York: Guilford Press.
- Goldfried, M.R. & Goldfried, A.P. (1975). Cognitive change methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change. A textbook of methods* (pp. 89–116). New York: Pergamon Press.
- Goldstein, A.P. (1973). *Structured learning therapy. Toward a psychotherapy for the poor*. New York: Academic Press.
- Goldstein, A.P. & Kanfer, F.H. (1979). *Maximizing treatment gains. Transfer enhancement in psychotherapy*. New York: Academic Press.
- Grawe, K. (Hrsg.). (1980). *Verhaltenstherapie in Gruppen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 43, 132–162.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Haaga, D.A. & Davison, G.C. (1986). Cognitive change methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping People change. A textbook of methods* (pp. 97–130). New York: Pergamon Press.
- Hartig, M. (1973). *Selbstkontrolle: Lerntheoretische und verhaltenstherapeutische Ansätze*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Hautzinger, M., Stark, M. & Treiber, R. (1992). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen* (2. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Heyden, T. (1986). Verhaltenstherapie in der psychosozialen Versorgung. In Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hrsg.), *Verhaltenstherapie: Theorien und Methoden*. (S. 232–245). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Hinsch, R. & Pflingsten, U. (1983). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Hoffmann, N. (1979). *Grundlagen kognitiver Therapie*. Bern: Huber.
- Holland, J.G. (1978). Behaviorism: Part of the problem or part of the solution? *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11, 163–174.
- Hollon, S.D. (1996). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy Relative to Medications. *American Psychologist*, 51, 1025–1030.
- Hollon, S.D. & Beck, A.T. (1979). Cognitive therapy of depression. In P.C. Kendall & S.D. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions. Theory, research, and procedures*. New York: Academic Press.
- Hollon, S.D. & Beck, A.T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 428–466). New York: Wiley.
- Jacobi, C., Thiel, A. & Paul, T. (1996). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa*. Weinheim: Psychologie Verlagsunion.
- Jacobson, N.S. & Christensen, A. (1996). Studying the Effectiveness of Psychotherapy: How Well Can Cli-

- nical Trials Do the Job? *American Psychologist*, 51, 1031-1039.
- Kanfer, F.H. (1970). Self-regulation: Research issues and speculations. In C. Neuringer & J.L. Michael (Eds.), *Behavior modification in clinical psychology* (pp. 178-220). New York: Appleton-Century.
- Kanfer, F.H. & Busemeyer, J.R. (1982). The use of problem-solving and decision making in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 2, 239-266.
- Kanfer, F.H. & Gaelick, L. (1986). Selfmanagement methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change. A textbook of methods* (pp. 283-345). New York: Pergamon Press.
- Kanfer, F.H. & Grimm, L.G. (1981). Bewerksstellung Klinischer Veränderungen: Ein Prozeßmodell der Therapie. *Verhaltensmodifikation*, 2, 125-132.
- Kanfer, F.H. & Karoly, P. (1972). Self-control: A behavioristic excursion into the lion's den. *Behavior Therapy*, 3, 398-416.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagementtherapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Kanfer, F.H. & Saslow, G. (1969). Behavioral diagnosis. In C.M. Franks (Ed.), *Behavior therapy. Appraisal and status* (pp. 417-444). New York: McGraw Hill.
- Kanfer, F.H. & Schefft, B.K. (1987). *Self-management therapy in clinical practice*. Champaign, Ill.: Research Press.
- Karoly, P. (1995). Self-control theory. In W. O'Donohue & L. Krasner (Eds.), *Theories of Behavior Therapy* (pp. 259-285). Washington D. C.: American Psychological Association.
- Karoly, P. & Harris, A. (1986). Operant methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change. A textbook of methods* (3rd ed., pp. 210-247). New York: Pergamon Press.
- Karoly, P. & Kanfer, F.H. (Eds.). (1982). *Selfmanagement and behavior change: From theory to practice*. New York: Pergamon Press.
- Kazdin, A.E. (1977). Extensions of reinforcement techniques to socially and environmentally relevant behaviors. In M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (Eds.), *Progress in Behavior Modification* (Vol. 4, pp. 39-67). New York: Academic Press.
- Kazdin, A.E. (1980). *Research Design in Clinical Psychology*. New York: Harper & Row.
- Kazdin, A.E. (1994). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 19-71). New York: Wiley.
- Kendall, P.C. (1984). Cognitive processes and procedures in behavior therapy. In G.T. Wilson, C.M. Franks, K.D. Brownell & P.C. Kendall (Eds.), *Annual review of behavior therapy: Theory and practice* (pp. 120-155). New York: Guilford Press.
- Kendall, P.C. (1982-1986). *Advances in Cognitive Behavior Therapy*. New York: Academic Press.
- Kendall, P.C., Haaga, D.A.F., Ellis, A., Bernard, M., Di Giuseppe, R. & Kassirnov, H. (1995). Rational-emotive therapy in the 1990s and beyond: Current status, recent revisions, and research questions. *Clinical Psychology Review*, 15, 169-185.
- Kendall, P.C. & Holon, S.D. (Eds.). (1979). *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research and procedures*. New York: Academic Press.
- Kessler, B.H. & Hoellen, B. (1982). *Rational-Emotive Therapie in der Klinischen Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Keupp, H. (1978). Psychologische Tätigkeit in der psychosozialen Versorgung. Wider die Voreiligkeit programmatischer Fortschrittlichkeit. Verhaltenstherapie und psychosoziale Versorgung. *Sonderheft II der Mitteilungen der DGVT*: Tübingen: DGVT-Verlag.
- Kimble, G.A. (1961). *Hilgard and Marquis' conditioning and learning*. New York: Appleton-Century.
- Köhlke, H.U. (1992). Aktuelle verhaltenstherapeutische Standardprogramme: Moderner Rückschritt in die Symptomtherapie? *Verhaltenstherapie*, 2, 256-262.
- Lang, P.J. (1971). The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior change. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 75-125). New York: Wiley.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In W.D. Gentry (Eds.), *Handbook of behavioral medicine* (pp. 282-325). New York: The Guildford Press.
- Lieb, H. (1993). Individualisierung oder Standardisierung der Therapie: Eine fruchtlose Alternative. *Verhaltenstherapie*, 3, 222-230.
- Mahoney, M.J. (1974). *Cognition and Behavior Modification*. Cambridge, Mass.: Ballinger Publishing Comp.
- Mahoney, M.J. & Thoresen, C.E. (1974). *Self-control: Power to the person*. Monterey, Calif.: Brooks-Cole.
- Margraf, J. (Hrsg.). (1996). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Band 1, Band 2. Berlin: Springer.
- Marks, I.M. (1978). Exposure treatments: Conceptual issues. In W.S. Agrad (Ed.), *Behavior modification. Principles and clinical applications* (pp. 163-242). Boston: Little, Brown & Co.
- Marks, I.M. (1986). *Benefits of behaviour modification*. Paper presented at the 16th Congress of the European Association for Behaviour Therapy. Lausanne.
- Marks, I.M. (1987). *Fears, phobias, and rituals. Panic, anxiety and their disorders*. New York: Oxford University Press.
- Martens, B.K. & Witt, J.C. (1988). Ecological behavior analysis. In M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 22, pp. 115-140). London: Sage Publications.
- Meichenbaum, D.H. (1977). *Cognitive-behavior modification*. New York: Plenum Press.
- Meichenbaum, D.H. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon Press.
- Meichenbaum, D.H. (1991). *Intervention bei Streß. Anwendung und Wirkung des Streßimpfungstrainings*. Bern: Huber.
- Meichenbaum, D.H. & Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126.
- Michelson, L., Mavissakalian, M. & Marchione, K. (1985). Cognitive and behavioral treatments of agoraphobia: Clinical, behavioral, and psychophysiological outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 913-925.
- Miltner, W., Birbaumer, N. & Gerber, W.D. (1986). *Verhaltensmedizin*. Berlin: Springer.
- Newell, A. & Simon, H.A. (1972). *Human problem solving*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Nezu, A.M. & Nezu, C.M. (Eds.). (1989). *Clinical decision making in behavior therapy: A problem solving perspective*. Champaign, Ill.: Research Press.

- Niebel, G. (1984). Ergebnisse und Probleme vergleichender Therapieforschung bei depressiven Störungen. *Verhaltensmodifikation*, 6, 345.
- O'Donohue, W. & Krasner, L. (1995). *Theories of Behavior Therapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Pawlow, I.P. (1927). *Conditioned reflexes*. London: Oxford University Press.
- Perrez, M. (1976). Zum Problem der Relevanzforderungen in der Klinischen Psychologie am Beispiel der Therapieziele. In A. Iseler & M. Perrez (Hrsg.), *Relevanz in der Psychologie* (S. 139–154). München: Reinhardt.
- Perrez, M., Büchel, F., Ischi, N., Patry, J.L. & Thommen, B. (1985). *Eziehungspsychologische Beratung und Intervention*. Bern: Huber.
- Perry, M.A. & Furukawa, M.J. (1986). Modeling methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change. A textbook of methods* (pp. 66–110). New York: Pergamon Press.
- Petermann, F. & Petermann, U. (1991). *Training mit aggressiven Kindern* (5. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, U. & Petermann, F. (1995). *Training mit sozial unsicheren Kindern* (5. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Reinecker, H. (1978). *Selbstkontrolle: Verhaltenstheoretische und kognitive Grundlagen, Techniken und Therapie-methoden*. Salzburg: Otto Müller.
- Reinecker, H. (Hrsg.). (1980). *Bestrafung. Experimente und Theorien*. Salzburg: Otto Müller.
- Reinecker, H. (Hrsg.). (1981). *Aversionstherapie. Theorie und Praxis*. Salzburg: Otto Müller.
- Reinecker, H. (1983). *Grundlagen und Kriterien verhaltenstherapeutischer Forschung*. Salzburg: AVM-Verlag.
- Reinecker, H. (1986). Methoden der Verhaltenstherapie. In Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hrsg.), *Verhaltenstherapie: Theorien und Methoden* (S. 64–178). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Reinecker, H. (1994). *Grundlagen der Verhaltenstherapie* (2. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Reinecker, H. (1996). Therapieforschung. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Band 1, S. 31–48). Berlin: Springer.
- Reisenzein, R. (1983). The Schachter theory of emotion: Two decades later. *Psychological Bulletin*, 94, 239–264.
- Rimm, D.C. & Masters, J.C. (1979). *Behavior therapy. Techniques and empirical findings*. New York: Academic Press.
- Roder, V., Brenner, H.D., Kienzle, N. & Hodel, B. (1992). *Integriertes psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten* (IPT, 2. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlagsunion.
- Rush, A.J., Beck, A.T., Kovacs, M. & Hollon, S.D. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17–38.
- Sanderson, W.C. & Woody, S. (Eds.). (1995) Manuals for empirically validated treatments. *The Clinical Psychologist*, 48, 7–11.
- Schachter, S. & Singer, J.E. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional states. *Psychological Review*, 69, 379–399.
- Schindler, L., Hahlweg, K. & Revenstorf, D. (1980). *Partnerschaftsprobleme. Möglichkeiten zur Bewältigung. Ein verhaltenstherapeutisches Programm für Paare*. Berlin: Springer.
- Schmelzer, D. (1983). Problem- und zielorientierte Therapie: Ansätze zur Klärung der Ziele und Werte von Klienten. *Verhaltensmodifikation*, 4, 130–156.
- Schmitz, B., Fydrich, T. & Limbacher, K. (Hrsg.). (1996). *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Schulte, D. (1974). *Diagnostik in der Verhaltenstherapie*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Schulte, D. (1991). *Therapeutische Entscheidungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Schulte, D. (1993). Lohnt sich eine Verhaltensanalyse? *Verhaltenstherapie*, 3, 5–13.
- Schulte, D. (1995). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwartz, G.E. (1982). Integrating psychobiology and behavior therapy: A systems perspective. In G.T. Wilson & C.M. Franks (Eds.), *Contemporary behavior therapy. Conceptual and empirical foundations* (pp. 119–141). New York: Guildford Press.
- Schwartz, G.E. (1988). From behavior therapy to cognitive behavior therapy to systems therapy: Toward an integrative health science. In D. Fishman, F. Rotgers & C.M. Franks (Eds.), *Paradigms in behavior therapy* (pp. 294–320). New York: Springer.
- Scott, J., Williams, J.M.G. & Beck, A.T. (Eds.). (1989). *Cognitive therapy in clinical practice*. London: Routledge.
- Shure, M.B. & Spivack, G. (1978). *Problem-solving-techniques in childrearing*. San Francisco: J. Basse.
- Stampfl, T.G. & Levis, D.J. (1973). *Implosive therapy: Theory and technique*. Morristown, N.J.: General Learning Press.
- Tharp, R.G. & Wetzel, R.J. (1975). *Verhaltensänderungen im gegebenen Sozialfeld*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Tolman, E.C. (1932). *Purposive behavior in animals and men*. New York: Appleton Century.
- Twardosz, S. (1984). Environmental organization: The physical, social, and programmatic context of behavior. In M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 18, pp. 123–161). London: Sage Publication.
- Ullrich de Muynck, R. & Ullrich, R. (1976). *Das Assertivness-Trainings-Programm ATP*. Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz. München: Pfeiffer.
- VandenBos, G.R. (1996). Outcome Assessment of Psychotherapy. *American Psychologist*, 51, 1005–1006.
- Walters, G.C. & Grusec, J.E. (1977). *Punishment*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Weingartner, P. (1971). *Wissenschaftstheorie I, Einführung in die Hauptprobleme*. Stuttgart: Fromann-Holzboog.
- Wilson, G.T. (1996). Manual based treatments: The clinical application of research findings. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 295–314.
- Winett, R.A. & Nietzel, M.T. (1975). Behavioral ecology: Contingency management of consumer energy use. *American Journal of Community Psychology*, 3, 123–133.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Palo Alto, Calif.: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1974). *Praxis der Verhaltenstherapie*. Bern: Huber.

22.5 Ansatzpunkt interpersonelle Systeme: Paar- und Familientherapie

Guy Bodenmann

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	468	4.2 Paradoxe Interventionen	477
2. Paartherapeutische Methoden	470	4.3 Psychoedukative Ansätze in der Familientherapie	479
2.1 Verhaltensaustausch und Kontingenzverträge	470	4.4 Wirksamkeit und Indikation von Familientherapie	479
2.2 Kommunikationstraining	470	4.5 Erklärung der Wirkungsweise von Familientherapie	480
2.3 Problemlösetraining	471	5. Paarzentrierte Interventionen bei Sexualstörungen	481
2.4 Kognitive Umstrukturierung	473	5.1 Sensate Focus	481
2.5 Akzeptierungsarbeit	473	5.2 Wirksamkeit und Indikation von paarzentrierten Interventionen bei Sexualstörungen	481
2.6 Wirksamkeit und Indikation von Paartherapie	473	5.3 Erklärung der Wirkungsweise von paarzentrierten Interventionen bei Sexualstörungen	482
2.7 Erklärung der Wirksamkeit von Paartherapie	474	6. Literatur	482
3. Präventionsorientierte Interventionen bei Paaren	475		
4. Familientherapie	476		
4.1 Definition, Konzepte	476		

1. Einleitung

Bei Verfahren mit Ansatzpunkt in der dyadischen Interaktion (paartherapeutische Ansätze) und familiären Interaktion (Familientherapie) handelt es sich um eine heterogene Vielfalt diverser Ansätze und Methoden, die auf unterschiedliche theoretische Annahmen rekurrieren und auch bezüglich Setting und Arbeitsweise häufig keinen gemeinsamen Nenner haben. Doch obgleich strukturelle, strategische, lösungsorientierte, kontextuelle, intergenerationale, kognitiv-verhaltenstherapeutische, integrative, psychodynamische, humanistische und feministisch orientierte Ansätze usw. auf unterschiedliche Theorien und Methoden zurückgreifen, haben sie eine Gemeinsamkeit: die Berücksichtigung systemischer Bezüge im therapeutischen Handeln und den Angelpunkt bei

der sozialen Interaktion. Im Gegensatz zu individualtherapeutischen Ansätzen fokussiert die Paar- und Familientherapie speziell Veränderungen in der Interaktion zwischen verschiedenen Familienmitgliedern bzw. zwischen den Partnern. Primäres Ziel der Intervention ist die Umgestaltung und Verbesserung der Interaktion und damit des Funktionsniveaus der Familie oder des Paares. Den allgemeinsten theoretischen Hintergrund zu dieser Vorgehensweise bildet die Systemtheorie. Ausgehend von der Annahme, daß unidirektionale Kausalitäten nicht existieren, sondern zirkuläre, reziproke und rekursive Beziehungsstrukturen zwischen den Partnern bzw. Familienmitgliedern vorliegen, wo jedes Verhalten des einen Agens auf das des anderen einwirkt und Ursache und Wirkung nicht mehr voneinander zu trennen sind, versteht die Systemtheorie Störungen nicht mehr

individualistisch (als Problem des von der Störung direkt Betroffenen), sondern als Beziehungsphänomen. Störungen werden durch problematische Beziehungsmuster hervorgerufen, sie sind Ausdruck des dialektischen Prozesses, der gegenseitigen Einflüsse, des Systems als Ganzes. Gestört ist nicht ein Einzelner, sondern seine «Symptome» sind Ausdruck des gestörten Systems. Gestört können Strukturen des Systems (Grenzen, Koalitionen etc.) oder Interaktionsprozesse (Kommunikation) sein. Damit liegt den Ansätzen mit dem Angelpunkt dyadische oder familiäre Interaktion ein holistisches Störungsmodell zugrunde, das von einer individuumszentrierten Sicht abweicht. Der Begriff der Gesundheit oder Familiennormalität wird dabei von der klassischen systemischen Familientherapie (insbesondere der strategischen Richtung) als normatives Konstrukt in Frage gestellt, da gemäß dem kybernetischen Ansatz das System in der ihm möglichen Weise auf Probleme reagiert und eine Familie dann erfolgreich ist, wenn es ihr gelingt, die sich selber gesteckten Ziele zu erreichen (vgl. Becvar & Becvar, 1993). Dadurch wird apriori keine klare Zieldefinition möglich, und es wird angenommen, daß es genügt, Veränderungen des Systems zu ermöglichen, um eine Besserung der Symptomatik beim Indexpatienten zu bewirken. Eine direkte Intervention bei letzterem wird als überflüssig angesehen.

Von dieser Sicht unterscheiden sich strukturelle oder verhaltenstherapeutisch orientierte Therapien. Basierend auf empirischen Erkenntnissen, wonach gewisse Paar- oder Familienkompetenzen (Kommunikation, Problemlösung, affektive Responsivität, Kohäsion, Adaptabilität, klare Grenzen und ausgeglichene Machtverteilung etc.) ein angemessenes Funktionsniveau des Paares oder der Familie begünstigen (vgl. zur Übersicht Walsh, 1993), versuchen diese Ansätze eine Veränderung der Strukturen bzw. die Förderung oder Ausbildung von Kompetenzen.

Gemäß der therapeutischen Orientierung und in Abhängigkeit der Indikation und der festgelegten Ziele wird bei Verfahren mit Ansatzpunkt in der sozialen Interaktion nicht nur mit dem Paar oder mit mehreren Familienmitgliedern gearbeitet, sondern nicht selten auch im Einzelsetting (Gurman, Kniskern & Pinsof, 1986).

Das Störungsspektrum, welches mit paar- und familientherapeutischen Methoden behandelt wird, reicht über Paar- und Familienprobleme sowie die Intervention bei Ablösungs- oder Generationenkonflikten hinaus. Die Indikation wird bei Eßstörungen, Schizophrenie, Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen, affektiven Störungen, Angststörungen, Sexualstörungen und Entwicklungsstörungen unterschiedlicher Provenienz gestellt. Bommert, Henning und Wälte (1990) weisen in ihrem Überblick allerdings darauf hin, daß die Indikation der Familientherapie bei vielen Störungsbildern kontrovers ist und in jedem Einzelfall die Favorisierung einer Intervention mit Angelpunkt soziale Interaktion gegenüber der Individualtherapie zu prüfen ist. Ebenso gilt es in Abhängigkeit des Störungsbildes, die Indikation nach gemischter Therapie (Individual- und Paar- oder Familientherapie) zu stellen oder bei Störungen im Kindes- und Jugendalter Mediatorenansätze zu berücksichtigen (vgl. Perez, Büchel, Ischi, Patry & Thommen, 1985).

Während in den Anfängen der Paar- und Familientherapie auf der Basis von klinischen Erfahrungen und Einzelbeobachtungen gearbeitet wurde, hat in den letzten Jahren die Theoriebildung an Substanz gewonnen. Damit einher ging eine Verfeinerung des Methodenrepertoires und eine konsequenter Überprüfungen der Effektivität von paar- und familientherapeutischen Ansätzen, während zur Frage der Wirkungsweise weiterhin Defizite bestehen und kaum empirische Untersuchungen vorliegen (vgl. Lebow & Gurman, 1995). Eine Ausnahme bilden hier kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapien, welche zu den bestuntersuchten gehören.

Einige wichtige Methoden der Paar- und Familientherapie werden im folgenden exemplarisch dargestellt. Bei der Auswahl werden insbesondere kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden berücksichtigt, da diese am breitesten erforscht sind.

2. Paartherapeutische Methoden

2.1 Verhaltensaustausch und Kontingenzverträge

Paare in Krise sind meist in einer negativen Interaktionsreziprozität gefangen. Die Rate an Positivität (belohnende, verstärkende Verhaltensweisen) ist im Vergleich zu früher bzw. zu zufriedenen Paaren reduziert und die Negativitätsrate (Kritik, Sarkasmus, Abwertungen etc.) erhöht (vgl. zur Übersicht Bodenmann, 1995a; Gottman, 1994; Hahlweg, 1986). Eine normale Interaktion zwischen den Partnern ist dadurch verunmöglicht und destruktive Aufschaukelungsprozesse vorprogrammiert. Die Übungen zum Verhaltensaustausch («behavior exchange procedures») zielen vor diesem Hintergrund darauf ab, das Repertoire an verstärkendem Verhalten neu zu installieren und auszubauen. Konkret wird der Verhaltensaustausch in drei Schritten durchgeführt. In einer ersten Phase sollen die Partner Verhaltensweisen, welche dem Partner angenehm sind, auflisten. Dies können beide Partner unabhängig voneinander tun, indem sie sich überlegen, was dem anderen Freude bereiten könnte (Einnahme der Position des Partners) oder indem jeder Partner für sich eine Wunschliste aufstellt, in der er formuliert, welche Verhaltensweisen er sich vom Partner wünschen würde. In jedem Fall sollen konkrete, präzise und positiv formulierte Verhaltensweisen aufgeführt werden, die wenn möglich täglich ausgeübt werden können (Grüßen, Küssen, zärtlicher Körperkontakt, Interesse für den Partner, gemeinsame Aktivitäten etc.). Der Therapeut achtet auf eine klare Operationalisierung der Verhaltensweisen und auf ein Gleichgewicht bezüglich der Wünsche.

In einem zweiten Schritt sollen diese Verhaltensweisen ausgeführt werden. Auch hier sind mehrere Formen der Umsetzung möglich, die frei oder im Sinne von Verhaltensverträgen festgelegt werden. Während es bei der freien Handhabung den beiden Partnern überlassen ist, wann sie welche Wünsche des anderen erfüllen, findet in den Verhaltensverträgen eine Festsetzung des Zeitpunkts, der Dauer und der Häufigkeit statt. Hierzu können «Good Faith Contracting» (Weiss, Birchler & Vincent, 1974)

oder «Quid-pro-Quod-Verträge» (Lederer & Jackson, 1972; Stuart, 1969) eingesetzt werden. Bei den «Good Faith Verträgen» setzen beide Partner unabhängig voneinander die vom Partner gewünschten Verhaltensweisen um, ohne daß die Verhaltensweisen des einen an die des anderen gekoppelt sind. In den «Quid-pro-Quod-Verträgen» wird dagegen festgelegt, welches Verhalten des einen durch welches des anderen als Gegenleistung beantwortet werden soll usw. (Baucom, 1982). Damit dienen die positiven Verhaltensweisen des einen als Verstärkung für Veränderungen des anderen und umgekehrt.

Verhaltensaustausch ist eine Intervention, welche sich v. a. zu Beginn einer Therapie anbietet, um einerseits das Commitment der Partner zu fördern und andererseits eine tragfähige Basis für andere, weiterreichendere und häufig schwierigere Veränderungen zu schaffen. Obgleich die Methode etwas technisch wirken mag, hilft sie Paaren durch die strukturierte Vorgehensweise aus der negativen Spirale ausubrechen und neue Elemente positiven Austausches in ihrem Alltag zu installieren, die Zellen für neue Begegnungen werden und die Möglichkeit bieten, sich emotional näherzukommen und Formen eigener spontaner Positivität auszuleben. Da positives Verhalten installiert und nicht negatives Verhalten reduziert wird (was meist erst in einem späteren Stadium der Therapie möglich wird), fängt die Therapie mit einer bewältigbaren Aufgabe an. Zudem müssen nicht neue Verhaltensweisen gelernt werden, sondern bereits bestehende werden reaktiviert und in ihrer Auftretenshäufigkeit erhöht.

2.2 Kommunikationstraining

Ein zentrales Ziel von Paartherapien ist die Verbesserung der dyadischen Kommunikation. Schulunenabhängig gewichten verhaltenstherapeutische, psychoanalytische, systemische und andere Ansätze (z. B. Transaktionsanalyse) die Kommunikation in Partnerschaften vorrangig, auch wenn die therapeutische Vorgehensweise je nach theoretischem Zugang unterschiedlich ist. Verhaltensorientierte Ansätze helfen den Paaren, dysfunktionales Kommunikationsverhalten mit funktionalem zu überlernen, wobei inhaltliche Aspekte erst dann be-

deutsam werden, wenn die Partner die formalen Kommunikationsregeln beherrschen. Dahinter steht die Annahme, daß erst dann über wichtige emotionale Inhalte und zentrale Aspekte der Partnerschaft gesprochen werden kann, wenn die Rahmenbedingungen dazu durch die Schaffung einer angemessenen Kommunikationskultur gegeben sind. Vor diesem Hintergrund werden im Kommunikationstraining Sprecher- und Zuhörerfertigkeiten vermittelt, welche zu einem höheren Austausch positiver Interaktionssignale und einer Reduktion negativer Kommunikationsverhaltensweisen führen sollen. Insgesamt wird eine offene, konstruktive und emotional kongruente Kommunikation angestrebt (vgl. Hahlweg & Schröder, 1993).

Zur Vermittlung und zum Training einer adäquaten Kommunikation können Videoaufnahmen des Paares dienen, anhand derer die dyadische Interaktion analysiert, problematische Verhaltensweisen dem Paar aufgezeigt und konkrete Möglichkeiten zu deren Verbesserung eingeübt werden.

Seitens des Sprechers werden v.a. der «Ich-Gebrauch» (persönliche, auf die eigene Person bezogene Äußerungen), die Eingrenzung des Themas unter Bezugnahme auf konkrete Situationen (Vermeidung von Pauschalisierungen und Verallgemeinerungen) und konkretes, einen beim Partner störendes Verhalten (Vermeidung von Charakter- und Persönlichkeitszuschreibungen) und die Selbstöffnung (emotio-

nale Kommunikation) trainiert, unter Verzicht auf beleidigende Anklagen, Vorwürfe, defensives Verhalten, Rückzug in der Interaktion, Bloßstellungen, Sarkasmus und Verantwortungsab-schiebung (s. Tab. 1).

Beim Zuhörer werden in Rollenspielen aktives Zuhören (positives Feedback-Channeling), zusammenfassendes Paraphrasieren dessen, was der Partner geäußert hat (Wiederholen mit eigenen Worten, auch um die Interaktionsdynamik zu bremsen) und die Klärung, ob der Inhalt des Senders richtig verstanden wurde, die Verwendung von offenen Fragen, positive Rückmeldungen («das hat mir gefallen») und die Rückmeldung eigener Gefühle (Holtzworth-Munroe & Jacobson, 1991) eingeübt (s. Tab. 2). Diese Kommunikationsregeln werden graduiert (von leichten hin zu konflikträchtigen Kommunikationsthemen) in Rollenspielen unter der Anleitung des Therapeuten trainiert (s. auch Kap. 41.2/Sexual- und Beziehungsstörungen: Intervention).

2.3 Problemlösetraining

Aufbauend auf dem Kommunikationstraining werden im Problemlösetraining (vgl. auch Abschnitt 3) Strategien vermittelt, wie Probleme (Alltagsprobleme ebenso wie Partnerschaftsprobleme) effektiv bewältigt werden können. In diesem Rahmen werden die Beschreibung

Tabelle 1: Sprecherfertigkeiten im Kommunikationstraining

1. Ich-Gebrauch	Die Paare sollen von eigenen Gedanken, Gefühlen, Wünschen und Bedürfnissen sprechen und ihre Mitteilungen in Ich-Form machen. Es gilt Anklagen und Vorwürfe zu vermeiden.
2. Mitteilung von Gefühlen	Die Partner sollen versuchen, sich emotional zu öffnen und zu formulieren, was in ihnen vorgeht.
3. Konkrete Situationen	Es soll von konkreten Situationen oder Ereignissen gesprochen werden. Verallgemeinerungen («immer», «nie») sind zu vermeiden.
4. Konkretes Verhalten	Es soll konkretes Verhalten des Partners, das als störend erlebt wird, angesprochen werden, wobei negative Eigenschaftszuschreibungen («Du bist ...») zu vermeiden sind.
5. Gegenwartsbezogenheit	Die Partner sollen versuchen, beim Thema zu bleiben und das «Hier und jetzt» zu diskutieren ohne in die Vergangenheit abzuschweifen und alte Geschichten aufzuwärmen.

Tabelle 2: Zuhörerfertigkeiten im Kommunikationstraining

1. Aufnehmendes Zuhören	Bei aufnehmendem Zuhören schenkt der eine Partner dem anderen volle Aufmerksamkeit und zeigt sein Interesse durch kurze Einwürfe oder Fragen oder nonverbale Signale (Nicken, etc.).
2. Wiederholung dessen, was der Partner gesagt hat	Die Partner sollen die Feststellungen des anderen in eigenen Worten wiederholen und sich vergewissern, daß sie den anderen richtig verstanden haben.
3. Offene Fragen	Bei Unklarheiten sollen offene Fragen gestellt werden, die der Rückversicherung dienen, daß die Inhalte der gesandten Botschaft richtig verstanden wurden.
4. Positive Rückmeldung	Dem Partner soll verbal und nonverbal rückgemeldet werden, wenn einem etwas an seinen Äußerungen gefallen hat.
5. Rückmeldung eigener Gefühle	Ist der eine Partner durch Äußerungen des anderen gefühlsmäßig so betroffen, daß er nicht akzeptierend auf den anderen eingehen kann, können diese Gefühle ausgedrückt werden.

Tabelle 3: Problemlösetraining

Schritt 1: Das Problem genau beschreiben und festlegen	Im ersten Schritt soll das Paar bzw. die beiden Partner das Problem <i>konkretisieren</i> und ausführlich und genau <i>beschreiben</i> . Dabei soll zwischen der Situation, ihrer subjektiven Bedeutung und den eigenen Reaktionen unterschieden und die persönliche, emotionale Bedeutung des Problems herausgearbeitet werden.
Schritt 2: Lösungsmöglichkeiten suchen	In dieser Phase sollen möglichst viele Problemlösungsvorschläge von beiden Partnern eingebracht werden. Die Quantität kommt vor der Qualität. Das Paar soll auf eine Bewertung der Vorschläge verzichten.
Schritt 3: Die beste Lösungsmöglichkeit herausfinden	In diesem Schritt sollen die vorgeschlagenen Lösungsmöglichkeiten hinsichtlich ihrer Qualität (persönliche und soziale, kurz- und längerfristige Konsequenzen) und ihrer Durchführbarkeit bewertet werden. Es soll eine Entscheidung für die bestmögliche Lösung getroffen werden.
Schritt 4: Umsetzung der gefundenen Lösung in konkretes Verhalten	Das Paar soll versuchen, den Lösungsvorschlag konkret umzusetzen und dabei festzulegen, wer, was, wann, ab wann, wo und wie macht und welche Hindernisse zu bedenken sind.
Schritt 5: Umsetzung der gefundenen Lösung im Alltag	Zum festgelegten Zeitpunkt soll die Lösung umgesetzt werden.
Schritt 6: Bewertung des Erfolgs	Nach einer vorher festgelegten Zeit soll das Paar das Gelingen oder Mißlingen der Problemlösung evaluieren und wenn nötig neue Vorschläge erarbeiten. Bei einem Erfolg soll Bekräftigung erfolgen.

und Konkretisierung des Problems, das Sammeln von Lösungsmöglichkeiten, deren Diskussion und die anschließende Auswahl und Umsetzung des besten Lösungsversuchs mit dem Paar trainiert. Das Problemlösetraining zielt auf

die Vermittlung von Strategien ab, welche es ermöglichen, eine große Bandbreite unterschiedlicher Situationen durch ein strukturiertes Vorgehen erfolgreich lösen zu können, um die Unabhängigkeit und Selbständigkeit der

KlientInnen zu fördern. Meist wird das Training in einem Sechs-Stufenprogramm durchgeführt (s. Tab. 3).

Die einzelnen Schritte werden im Rollenspiel mit dem Paar eingeübt, wobei der Therapeut darauf achtet, daß beide Partner in etwa gleich viel Lösungen einbringen. Besondere Hilfestellungen werden von Therapeuten bei der Planung der Durchführung (wann wird die Lösung das erste Mal umgesetzt, wo, wer macht was, welche Schwierigkeiten könnten sich ergeben etc.) gegeben. Erweist sich eine gefundene Lösung als ineffektiv, wird der Prozeß neu durchlaufen. Da für eine angemessene Problemlösung und eine sich wechselseitig akzeptierende Grundhaltung Kommunikationsfertigkeiten unerlässlich sind, baut das Problemlösetraining auf dem Kommunikationstraining auf.

2.4 Kognitive Umstrukturierung

Bei dieser Methode, die auf der kognitiven Therapie von Beck bzw. Seligman basiert, werden dysfunktionale Kognitionen und Erwartungen und negative Attributionen des Paares bearbeitet. Untersuchungen haben gezeigt, daß unzufriedene Paare ungünstiger attribuieren (z. B. indem sie negative Ausgänge auf Charaktermerkmale des Partners und nicht auf situative Gegebenheiten zurückführen) (z. B. Fincham, 1985) und häufig dysfunktionale Erwartungen an die Partnerschaft haben (z. B. Eidelson & Epstein, 1982). Der Therapeut versucht, den Partnern dysfunktionale Erwartungen aufzuzeigen, arbeitet die Probleme, die damit verbunden sind heraus und hilft durch sokratischen Dialog oder Spaltenprotokolle, realistische Erwartungen und angemessene Kognitionen und Attributionen auszubilden. Gearbeitet wird im Paar oder individuell. Gleichzeitig werden die Auswirkungen dieser negativen Denkmuster auf die Partnerschaft und den Partner aufgezeigt. Der kognitive Ansatz wird in der Paartherapie v. a. von Baucom und Epstein (1990), Baucom, Sayers und Sher (1990), Emmelkamp et al. (1988) und Halford, Sanders und Behrens (1993) vertreten. Willi, Frei und Limacher (1993) haben in theoretischer Nähe zur kognitiven Umstrukturierung die Technik der Konstrukt-differenzierung vorgeschlagen, welche darauf

abzielt, durch eine objektive Analyse der verschiedenen Erlebniswelten der Partner und deren Wertsysteme gegenseitigen Respekt und Verständnis zu schaffen.

2.5 Akzeptierungsarbeit

Jacobson (1992) hat mit dem Einbezug des Themas Akzeptanz der Paartherapie neue Impulse gegeben und speziell die Bedeutung von Intimität versus Distanz, als einem zentralen Thema der Partnerschaft, hervorgehoben. Der Autor weist darauf hin, daß im Gegensatz zur traditionellen Zielsetzung der Paartherapie, welche veränderungsorientiert ist, in vielen Fällen die Akzeptierung des anderen und eine wechselseitig konstruktive Anpassung im Sinne von Kompromissen in den Vordergrund zu stellen sei. Konflikte, welche durch Paartherapie nur schwer oder überhaupt nicht modifiziert werden können, sollen nach diesem Ansatz von beiden Partnern akzeptiert und dadurch zu einer neuen Quelle der Intimität und Nähe werden. Hierzu schlägt Jacobson (1992) mehrere Strategien vor: (1) Das Paar soll lernen, den Konflikt als einen Eindringling in die Beziehung zu sehen («problem as an it»), es als einen gemeinsamen Feind zu deklarieren und von der Sichtweise Abstand zu nehmen, der eine tue dem anderen etwas zu Leide; (2) soll die Toleranz der beiden Partner dem Verhalten des anderen gegenüber erhöht werden, indem eine Beobachterposition eingenommen bzw. die Aktualisierung des Problems in einem veränderten Kontext bewirkt wird und (3) soll die Entwicklung von mehr gegenseitiger Unabhängigkeit und die Schaffung von Freiräumen zwischen den Partnern gefördert werden. Durch eine gesunde Distanz soll die Toleranz gegenüber den Unzulänglichkeiten des Partners gefördert und die Akzeptanz gesteigert werden (s. auch Kap. 41.2/Sexual- und Beziehungsstörungen: Intervention).

2.6 Wirksamkeit und Indikation von Paartherapie

Neuere Metaanalysen belegen die Wirksamkeit von paartherapeutischen Interventionen (Dunn & Schwebel, 1995; Hahlweg & Markman, 1988;

Shadish et al., 1993). Für die Methode des Verhaltensaustausches hat z.B. Baucom (1982) nachweisen können, daß Paare, die allein mit dieser Methode behandelt wurden, eine signifikante Verbesserung gegenüber der Warteliste-Kontrollgruppe aufwiesen. Innerhalb der Verhaltensaustauschtechniken hat Jacobson (1978) zeigen können, daß das «Good Faith-Contracting» die gleiche Wirksamkeit wie «Quid-pro-Quod-Contracting» aufweist. Die bisher breiteste empirische Absicherung hat die Wirksamkeit des Kommunikationstrainings (z.B. Baucom, 1982; Gurman, Kniskern & Pinsof, 1986; Hahlweg, Revenstorf & Schindler, 1984; Jacobson & Margolin, 1979; Patterson, Hops & Weiss, 1975) und des Problemlösetrainings erfahren (z.B. Bornstein et al., 1981; Hahlweg, Revenstorf & Schindler, 1984; Jacobson, 1978; 1979; Jacobson et al., 1985). Auch die Wirksamkeit der kognitiven Umstrukturierung im Rahmen der Paartherapie konnte erfolgreich nachgewiesen werden (z.B. Baucom & Lester, 1986; Margolin & Weiss, 1978). Eine Untersuchung von Halford, Sanders und Behrens (1993) zeigt allerdings, daß die Kombination von klassischer Verhaltenstherapie bei Paaren mit kognitiver Umstrukturierung zwar wirksam, jedoch der klassischen Variante nicht überlegen ist. Obgleich die Metaanalyse von Dunn und Schwebel (1995) Hinweise darauf gibt, daß die kognitive Paartherapie längerfristig zur Veränderung der Bearbeitungsstile der Paare beitragen kann, stellt Coyne (1990) die Bedeutung von kognitiven Interventionen bei Paaren eher in Frage.

Eine direkte empirische Überprüfung der Akzeptierungsarbeit hat bisher in methodisch ausreichender Form nicht stattgefunden. Allerdings überprüften Halford et al. (1993) ein Interventionspaket, welches die Ideen von Jacobson integrierte und sich als effektiv erwies.

Psychodynamische und humanistische Ansätze haben in neueren Untersuchungen ihre Wirksamkeit ebenfalls unter Beweis gestellt (Greenberg, Ford, Alden & Johnson, 1993; Snyder, Wills & Grady-Fletcher, 1991). Wie die Übersicht von Grawe, Donati und Bernauer (1994) zeigt, liegen für andere Ansätze entweder kaum empirische Untersuchungen vor, oder sie sind methodisch unzureichend, sodaß über ihre Wirksamkeit keine zuverlässigen Aussagen gemacht werden können.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, daß im Durchschnitt rund 50 bis 60 Prozent der Paare, die Paartherapie in Anspruch nehmen (Range: 39–72%), eine Besserung erfahren (gegenüber 13 bis 30% der Paare ohne Intervention) (Hahlweg & Markman, 1988; Jacobson et al., 1984; Jacobson & Addis, 1993). Wird die Spontanremission abgerechnet bleibt eine Netto-Besserungsrate von ca. 40 Prozent. Wie Shadish et al. (1993) feststellten, kann in 41 Prozent der Fälle auch von einer klinisch signifikanten Verbesserung in Folge einer Paartherapie gesprochen werden. Dies bedeutet, daß in der Hälfte der Fälle Paartherapie eine Besserung bringen kann (vgl. auch Bray & Jouriles, 1995). Dennoch ist mit einer Rückfallrate von ca. 30 Prozent und einer spontanen Verschlechterung von 4 bis 11 Prozent zu rechnen (vgl. Hahlweg & Markman, 1988; Jacobson et al., 1984). Insgesamt scheint Paartherapie prognostisch am günstigsten bei jüngeren Paaren, welche emotional weniger losgelöst sind und flexiblere Rollenverständnisse haben und keine allzu gravierenden Störungen aufweisen (Jacobson & Addis, 1993). Aufgrund der relativ kurzen Dauer von Paartherapien mit im Durchschnitt 10 bis 15 Sitzungen kann die Kosten-Nutzen-Effizienz als positiv beurteilt werden (vgl. Pinsof & Wynne, 1995). Paartherapien sind bei klinischen Störungen dann indiziert, wenn ein Zusammenhang zwischen der Störung und der Partnerschaft erkannt und ein Einbezug des Partners in den therapeutischen Prozeß als günstig erachtet wird. Bei klinischen Syndromen (z.B. affektive Störungen) erwies sich die Paartherapie nur dann der Individualtherapie überlegen, wenn zusätzlich Paarprobleme vorlagen.

2.7 Erklärung der Wirksamkeit von Paartherapie

Die verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Techniken (Verhaltensaustausch, Kommunikationstraining, Problemlösetraining etc.) zielen auf eine Durchbrechung der negativen Interaktionsspirale, eine Reaktivierung der Beziehungsressourcen und die Ausbildung spezifischer Beziehungskompetenzen (angemessene Kommunikation, reziproke Verstärkung usw.) ab. Die Wirkung des Verhaltensaustausches ba-

siert v. a. auf dem Prinzip des veränderten Fokus (Aufmerksamkeitslenkung auf Positivität und Ressourcen und nicht auf Negativität, Fehler des Partners und Defizite), der positiven Reziprozität und wechselseitigen operanten Verstärkung, dem Aufbau der Wirksamkeitserwartung (Partner können sich gegenseitig in ihrer Positivität verstärken und selber auf die Paarbeziehung Einfluß nehmen), dem Diskriminationslernen (man entdeckt, daß es auch noch Seiten am Partner gibt, die einem entsprechen, die aber in der aktuell generalisiert negativen Sicht untergegangen sind) und dem Prinzip der Gegenkonditionierung (der Partner wird durch Koppelung mit positiver Verstärkung (klassische Konditionierung) wieder als angenehm erlebt, wodurch Gefühle der Zuneigung und Liebe aufgebaut und gefestigt werden können) usw. Im Zuge eines erfolgreichen Einsatzes des Verhaltensaustausches kommt es zu einer neuen Sicht der Beziehung, einer stärkeren Intimität und einer positiven Verstärkerspirale.

Durch das systematische Vorgehen und das Coaching des Therapeuten bei der Durchführung der Rollenspiele im Rahmen des Kommunikations- und Problemlösetrainings werden neue, positive Erfahrungen in der Kommunikation ermöglicht, wodurch eine wechselseitige operante Konditionierung stattfindet. Durch Modellernen und Üben im Rollenspiel bzw. die Technik des Shapings (Verhaltensformung durch selektive Verstärkung der Partner seitens des Therapeuten) und der direkten operanten Verstärkung (Lob, Bekräftigung) hilft der Therapeut mit, dem Paar problematische Aspekte des aktuellen Kommunikationsstils zu erkennen (mittels Videoanalysen, Konfrontationsübungen, geleitetem Entdecken), zu verändern und durch funktionale Verhaltensweisen (Kommunikationsregeln) zu ersetzen. Gleichzeitig ermöglicht die Strukturiertheit und der graduierte Aufbau des Kommunikations- und Problemlösetrainings positive Erfahrungen und das Erleben von Selbstwirksamkeit und Kontrollmöglichkeiten. Die im Problemlösetraining geforderte gemeinsame Bearbeitung des Problems dient zudem der Stärkung des «Wir-Gefühls» des Paares durch die gemeinsame Erarbeitung der Lösungen und baut eine bessere Selbstwirksamkeitserwartung und Problemstrukturierung seitens des Paares auf.

Die Wirkungsweise der kognitiven Umstrukturierung wird über Diskriminationslernen, Überlernen dysfunktionaler Kognitionen und Schemata sowie Einsichtslernen bezüglich des eigenen und des Funktionierens des Partners erwartet. Durch die Veränderung der Situations einschätzungen und der automatisierten Interpretationen werden positive Effekte auf das Verhalten und die Paarbeziehung bewirkt. Im Rahmen der Akzeptierungsarbeit spielt v. a. die Externalisierung des Konfliktes eine große Rolle. Dadurch gewinnt das Paar neue Freiräume, hat einen gemeinsamen Gegner und findet so neue Berührungspunkte und durch die gemeinsame Bearbeitung des Problems neue emotionale Nähe und Verbundenheit (Solidarisierung). Gleichzeitig kann durch die Wegnahme oder Verringerung des Veränderungsdrucks die konstruktive Auseinandersetzung mit dem Problem gefördert und durch die wechselseitige Akzeptierung der Verhaltensweisen der beiden Partner die Motivation zur Verbesserung der Partnerschaft gesteigert werden.

3. Präventionsorientierte Interventionen bei Paaren

Die Tatsache, daß Paartherapie im Durchschnitt «nur» bei jedem zweiten Paar wirksam ist, hat in den letzten Jahren vermehrt dazu geführt, Partnerschaftsprobleme bereits präventiv aufzufangen. Während in den USA bereits seit Mitte der siebziger Jahre Präventionsprogramme für Paare auf der Grundlage der Gesprächspsychotherapie (vgl. Guernsey, 1977; Miller, Nunally & Wackman, 1975) und der Verhaltenstherapie (vgl. Markman, Renick, Floyd, Stanley & Clements, 1993) zum Einsatz kamen, bestehen solche Ansätze in Europa erst seit den letzten fünf Jahren. In Deutschland haben Hahlweg und Mitarbeiter (z. B. Hahlweg et al., 1993) ein Lernprogramm für Paare (EPL) entwickelt und in einer 5-Jahres-Längsschnittuntersuchung erfolgreich überprüft. Ziel des EPL ist die Verbesserung der Kommunikations- und Problemlösekompetenzen, die Förderung realistischer Erwartungen an die Beziehung sowie die Auseinandersetzung mit dem Thema Sexualität in der Partnerschaft. Das Training wird an Wochenenden oder in Form von Abendkursen an-

geboten und dauert 16 Stunden. Neben theoretischen Inputs stehen v. a. praktische Übungen in Rollenspielen unter intensiver Supervision durch die Trainer im Vordergrund.

In der Schweiz entwickelte Bodenmann (1995b) das Freiburger Streßpräventions-Training für Paare, das den Hauptakzent auf eine Verbesserung des individuellen und dyadischen Umgangs mit Streß legt. Die Paare werden an Abend- oder Wochenendkursen von insgesamt 18 Stunden Dauer in verschiedene Möglichkeiten eines angemessenen Umgangs mit Streß eingeführt (Vermeidung von unnötigem Streß, Aufbau streßantagonistischer Tätigkeiten, Veränderung problematischer Situationseinschätzungen, kognitive Belastungsbewältigungsstrategien, Entspannungstechniken, angemessene Mitteilung von Streß, Wahrnehmung von Streß beim Partner, Formen des gemeinsamen Umgangs mit Streß usw.). Daneben werden Kommunikations- und Problemlösekompetenzen trainiert.

Die Zunahme von Publikationen zu Prävention im Rahmen der Partnerschaft läßt erahnen, daß dieser Zugang künftig weiter an Bedeutung gewinnen wird. Wirksamkeitsuntersuchungen zu Präventionsprogrammen für Paare zeigen, daß bei frühzeitiger Kompetenzsteigerung die Partnerschaftsqualität längerfristig nachhaltig gefördert und das Scheidungsrisiko gesenkt werden können (vgl. Hahlweg et al., 1993; Markman et al., 1993; Markman & Hahlweg, 1993; Van Widenfelt, Hosman, Schaap & Van der Staak, 1996).

Ein präventives Angebot im Sinne der tertiären Prävention stellt die Scheidungsmediation dar. Darunter versteht man ein außergerichtliches Vorgehen der Konfliktbearbeitung, in welchem das scheidungswillige Paar und seine Kinder, falls welche vorhanden sind, unterstützt von einem Mediator, eine für beide Seiten faire und würdige Regelung bezüglich der Scheidung finden, die als rechtsverbindliche Vereinbarung die Folgen der Scheidung regelt. Ziel der Mediation ist die gütliche Regelung im Geiste der Kooperations- und Dialogbereitschaft auf der Basis der Verständigung und Selbstverantwortung (vgl. Duss-von Werdt, Mähler & Mähler, 1995).

4. Familientherapie

4.1 Definition, Konzepte

Wie bei den paartherapeutischen Methoden stehen auch bei familienzentrierten Interventionen Beziehungsprozesse im Vordergrund. Unter Familientherapie verstehen wir, in einer weit gefaßten Definition, Interventionen, welche mindestens zwei Generationen einbeziehen und eine Problemveränderung durch die Arbeit im Kontext der familiären Beziehung, d. h. durch die Veränderung aktueller und vergangener Beziehungskonstellationen und -prozesse anstreben. Es handelt sich um Interventionen bei miteinander vernetzten Personen.

Basierend auf Konzepten der Kommunikationstheorie, der Kybernetik und der Systemtheorie etc. zielen die meisten Interventionsmethoden auf Beziehungsveränderungen zwischen den einzelnen Familienmitgliedern ab und streben eine Neudefinition des Gesamtsystems an. Die Annahme, daß Störungen nicht isoliert von sozialen Prozessen in der Familie, als wichtigstes Beziehungssystem, verstanden werden können, sondern direkt Ausdruck von Dysfunktionen dieses biopsychosozialen Systems per se sind, legt eine ökologische Analyse ebenso nahe wie eine familienzentrierte Intervention. Gemäß systemischem Denken liegt daher der Ansatzpunkt an den familiären Beziehungen nahe, da eine Veränderung dieser Beziehungsmuster zu einer Veränderung der Symptome und vice versa führen sollte.

Vor dem theoretischen und konzeptuellen Hintergrund der Familientherapie ist eine Diagnostik der Beziehungsmuster als Grundlage gezielter Interventionen besonders bedeutsam. Diese kann auf dem Familiengespräch, zirkulären Fragen, der klassischen Verhaltensanalyse, der systematischen Verhaltensbeobachtung, dem Genogramm, Skulpturverfahren oder anderen diagnostischen Verfahren basieren. Je nach theoretischer Ausrichtung variiert das Methodenrepertoire beachtlich, und außer der Zentrierung auf die familiären Beziehungsprozesse finden sich häufig keine gemeinsamen Nenner zwischen den unterschiedlichen familientherapeutischen Schulen. Dennoch sind schulenübergreifend einige Aspekte von Bedeutung wie z. B. das «Joining», welches in der Familientherapie besonders wichtig ist. Darunter ver-

steht man den Aufbau des therapeutischen Arbeitsbündnisses, die Förderung einer vertrauensvollen Atmosphäre sowie die Festlegung der gemeinsamen Arbeitsregeln. Wichtig beim Joining ist im Rahmen der Familientherapie die unparteiische Grundhaltung (Neutralität und Allparteilichkeit) sowie die Vorsicht des oder der Therapeuten, sich nicht in Beziehungsmuster zu verstricken, sondern diese zu erkennen und durch therapeutische Interventionen den Familienmitgliedern sichtbar zu machen, um so zu einem erweiterten Problemverständnis beizutragen. Durch die Tatsache, daß ein Therapeut mit der Familie arbeitet, verändert sich das System und organisiert sich neu, wobei neue Koalitionen oder Triangulierungen stattfinden können. Wie in der Einleitung festgehalten wurde, kann der therapeutische Ansatzpunkt in der Veränderung der Beziehungskonstellation selber oder in der Verbesserung der familiären Kompetenzen liegen. Übergreifende Ziele von Interventionen mit Angelpunkt familiäre Interaktion sind das Verstehen, die Veränderung von Transaktionsmustern und Bedeutungen, die Veränderung von Rollen und die Förderung der Individuation und Autonomie der Familienmitglieder, die Veränderung von Familienstrukturen (Hierarchien und Grenzen) sowie die Verbesserung der Kommunikations- und Problemlösekompetenzen (s. Tab. 4).

Es würde den Rahmen sprengen, in diesem Beitrag das überaus breite und vielfältige Methodenrepertoire der verschiedenen familientherapeutischen Ansätze (Arbeit mit Metaphern, Reframing, Mehrgenerationengespräch, Genogramm, Skulptur, Rituale, zirkuläre Fragen, positive Konnotation etc.) darzustellen. Einen Überblick gibt das *Handbook of Family Therapy* von Gurman und Kniskern (1991), welches in regelmäßigen Abständen neu überarbeitet aufgelegt wird und die unterschiedlichen Ansätze übersichtlich darstellt (vgl. auch Jacobson & Gurman, 1986).

Je nach theoretischer Ausrichtung werden andere therapeutische Ansatzpunkte und Methoden angewendet. So arbeitet ein Therapeut des strukturellen Ansatzes v. a. an den Grenzen zwischen den einzelnen Familienmitgliedern, den einzelnen Subsystemen und dem Gesamtsystem gegen außen und versucht die Familienstruktur neu zu definieren und zu reorganisie-

ren. Psychodynamische Ansätze konzentrieren sich eher auf familiäre Bindungen, intergenerationale Aufträge und Vermächtnisse (Delegationen) und Familiengeheimnisse und versuchen diese aufzudecken und transparent zu machen. Während strukturelle Ansätze von einem normativen Bild der funktionierenden Familie und damit vom Begriff der Familiennormalität ausgehen, zielt die strategische Familientherapie direkt auf die Veränderung der aufrechterhaltenden Bedingungen des Problems ab, um durch die «Verstörung des Systems» eine Neuorganisation zu erlauben. Wichtige Hilfsmittel dabei sind die zirkuläre Befragung («Wie glauben Sie ist das für Ihre Mutter?», «Aus der Sicht Ihrer Frau, wer glauben Sie hat die engere Beziehung zu Ihrem Sohn, Ihre Frau oder Sie?») sowie paradoxe Interventionen.

4.2 Paradoxe Interventionen

Paradoxe Interventionen umfassen Methoden wie die Symptomverschreibung, provokative Überzeichnung, Symptomsimulation, Mißerfolgsvorhersage und Rückfallverschreibung etc. Diese basieren auf der Annahme, daß die Ätiologie der Störung nicht bekannt sein muß, sondern ausschließlich die aktuellen dysfunktionalen Beziehungsmuster störungsbedeutsam sind. Entsprechend zielen strategische Interventionen auf eine Veränderung dieser Beziehungskonstellationen ab. Paradoxe Interventionen versuchen versteckte, geheime Interaktionen, welche sich in einem Symptom ausdrücken, zu verdeutlichen und zu verändern. Innerhalb der paradoxen Intervention spielen die Umbenennung, die Symptomverschreibung und das Schrankensetzen eine zentrale Bedeutung (vgl. z. B. Boscolo, Ceccin, Hoffman & Penn, 1987).

Ziel der Umbenennung ist eine Veränderung der Problemwahrnehmung der Familie durch die Aufdeckung zugrunde liegender Motive und das Aufzeigen des funktionalen Aspekts von Verhaltensweisen (z. B. Hungern wird in Selbstaufopferung umbenannt, einer Agoraphobikerin wird Hausarrest verordnet etc.). Die Symptomverschreibung baut auf der Umbenennung auf, der Therapeut verschreibt die Umbenennung, um den Kreislauf, welcher das Symptom generiert hat, bewußt werden zu las-

Tabelle 4: Auswahl bedeutsamer Ansätze der Familientherapie

	psychodynamisch	erfahrungsorientiert/humanistisch	multigenerational	strukturell	kommunikationsorientiert/strategisch	verhaltens-therapeutisch
Wichtige Vertreter	Boszormenyi-Nagy, Spterlin, Richter, Willi	Satir, Whitaker, Kempler	Bowen, Boszormenyi-Nagy, Spterlin, Spertling	Minuchin, Haley	Boscolo, Cecchin, Madanes, Selvini-Palazzoli, Watzlawick	Patterson, Stuart, Liberman, Hahlweg, Jacobson, Margolin
Theoretischer Hintergrund	Psychoanalyse	Existenzialismus, humanistische Psychologie, Phänomenologie	Systemtheorie	strukturelle Systemtheorie	Kommunikationstheorie, Systemtheorie	kognitive und soziale Lerntheorie
Therapieziele	Einsicht, Stärkung der ICH-Funktionen, Verbesserung der Objektbeziehungen	Wachstum, erfüllendere Interaktionsmuster, klarere Kommunikation, erweitertes Bewußtsein, Authentizität	Vergroßerung der Selbst-differenzierung und des Selbstwerts, «bezogene Individuation» (Spterlin)	Restrukturierung dysfunktionaler Interaktionsmuster, Reorganisation der Strukturen und Herstellung klarer Grenzen	Aufdeckung von geheimen Interaktionsmustern, Durchbrechung von «Familienspielen»	Aufbau von Kompetenzen in Kommunikation und Problemlösung
Interventionstechniken	Aufdeckung unbewußter Vorgänge, Familiengeheimnisse, Mehrgenerationengespräche, Aufdeckung von Delegationen, Kollusionen	humanistische Grundhaltung, Authentizität und Spontaneität des Therapeuten, Hinweise auf inkongruente Kommunikation, Aufzeigen von günstiger Kommunikation, Arbeit mit Hoffnungen und Erwartungen	Coaching zur Aufdeckung von familiären Regeln und familiären Loyalitäten, Genogramm, Familienskulptur	Aufdeckung von Machtstrukturen und Grenzen, Verteilung von Aufgaben, Schaffung von Krisen, um die Familie in ein neues Gleichgewicht zu bringen, Reframing, paradoxe Interventionen, Arbeit an kognitiven Strukturen	Verstörung des Systems durch zirkuläre Fragen, paradoxe Interventionen, Rituale, Umdeutungen	psychoedukative Programme, Kommunikations- und Problemlöse-training

sen und damit die Dynamik zu durchbrechen. Durch die Symptomverschreibung sollen die geheimen Regeln der Familie offengelegt und der geheime Antrieb zur Symptomproduktion hinfällig gemacht werden. Die Symptomverschreibung muß dabei a) direkt den Kernpunkt des problematischen Interaktionsgeschehens treffen wie auch b) durch die Umbenennung und Erkennung der Situation durch die Familie als unannehmbar erlebt werden. Damit kann das eigentliche Thema zugänglich gemacht und können indirekte, geheime Interaktionsregeln durchbrochen werden. Damit eine paradoxe Intervention erfolgreich sein kann, bedarf es der Festhaltung an der verschriebenen Aufgabe über mehrere Sitzungen im Sinne des Schrankenensetzens und Verzögerns von voreiligen Veränderungen und des Festhaltens an der systemischen Sichtweise des Problems.

4.3 Psychoedukative Ansätze in der Familientherapie

Innerhalb der verhaltenstherapeutisch-orientierten Familientherapie nehmen v. a. das Kommunikations- und Problemlösetraining sowie psychoedukative Ansätze einen wichtigen Stellenwert ein. Letztere spielen v. a. im Rahmen der Behandlung von psychischen Störungen (z. B. Schizophrenie) eine wichtige Rolle. Psychoedukative Ansätze versuchen die Familie über die Ätiologie, den Verlauf, die Behandlung und die Prognose der psychischen Störung zu informieren, Schuldgefühle und falsche Kausalannahmen zu thematisieren und zu korrigieren, Ratschläge bei der Bewältigung der schwierigen Situation zu geben und Kommunikations- und Problemlösungskompetenzen der Familie zu steigern (vgl. Goldstein & Miklowitz, 1995). Innerhalb der psychoedukativen Ansätze hat sich insbesondere die Arbeit an den Kommunikationsmustern der Familien als bedeutsam erwiesen, da die Art und Weise, wie die Familienmitglieder emotional miteinander interagieren («expressed emotions»), hohen prädiktiven Wert für Rückfälle bei Schizophrenien und Depressionen hat. Forschungsarbeiten der letzten Jahre belegen, daß remittierte Patienten, welche in ein familiäres Klima mit hoher EE (hohe Werte in Kritik (Ausdruck von Mißbilligung, Ärger, Abneigung, Groll usw.), Feindseligkeit

(generalisierende und abwertende, persönlichkeitsbezogene Äußerungen) und mit emotionalem Überengagement (Fürsorglichkeit, Aufopferung, intrusives Verhalten usw.) seitens eines oder mehrerer Familienmitglieder zurückkehren, ein signifikant höheres Rückfallrisiko aufweisen als Personen in einem Klima mit NEE (niedriger expressed emotion). Insbesondere die non- und paraverbale Kommunikationsebene (Tonfall) ist prädiktiv für Rückfall. Vor diesem Hintergrund versuchen diese Ansätze gezielt, die problematische emotionale Kommunikation zwischen den Familienmitgliedern zu verändern. Das Ausdrücken spezifischer positiver oder negativer Gefühle, das konstruktive Mitteilen von Wünschen und Bedürfnissen sowie das aktive Zuhören werden vorgemacht und in Rollenspielen eingeübt. Manualisierte Interventionsprogramme (z. B. Fiedler, Niedermeier & Mundt, 1986; Hahlweg, Dürr & Müller, 1995) bieten dem Therapeuten einen praktischen Leitfaden und stellen wertvolle Arbeitsmaterialien zur Verfügung.

4.4 Wirksamkeit und Indikation von Familientherapie

Shadish et al. (1997) haben in einer Metaanalyse, in die 101 Studien zur Familientherapie (und 62 zu Paartherapie) eingingen, die Wirksamkeit der Familientherapie empirisch nachgewiesen. Gemäß diesen Befunden liegt die Wahrscheinlichkeit einer Besserung nach einer familientherapeutischen Behandlung bei etwa 67 Prozent. Markus, Lange und Pettigrew (1990) hatten in ihrer Metaanalyse, in die praktisch nur verhaltenstherapeutisch orientierte Familientherapien eingingen, eine Besserungsrate von 76 Prozent berichtet, die auch im 1-Jahres-Follow-up stabil blieb, jedoch nach 18 Monaten signifikant zurückging.

In allen Metaanalysen erwiesen sich familientherapeutische Interventionen in jedem Fall der Spontanremission überlegen. Innerhalb der verschiedenen behandelten Störungsbilder zeigten sich insbesondere Verbesserungen infolge von Familientherapie bei kindlichen Verhaltensstörungen, familiären Problemen, Kommunikations- und Problemlösedefiziten, Angststörungen und speziell Phobien, Schizophrenien und breiteren psychiatrischen Symptomen. Ebenfalls

positive Behandlungseffekte der Familientherapie konnten bei autistischen Störungen nachgewiesen werden. Bei letzteren zeigten die Analysen allerdings, daß die Familientherapie einer Individualtherapie nicht überlegen war. Bei affektiven Störungen liegt eine unbefriedigende Evaluationslage vor (Prince & Jacobson, 1995). Keine signifikanten Erfolge oder widersprüchliche Ergebnisse wurden z. B. bei der Behandlung von Delinquenz, Alkoholismus und Substanzabhängigkeit gefunden (vgl. Pinsof & Wynne, 1995). Im Zusammenhang mit der Behandlung von Schul- und Verhaltensproblemen bei Kindern erwies sich Familientherapie individuellen Interventionsansätzen unterlegen.

Ein Vergleich der verschiedenen Therapierichtungen zeigte, daß Untersuchungen zu verhaltenstherapeutisch orientierter Familientherapie deutlich in der Mehrzahl waren, und daß dieser Ansatz den humanistischen, eklektischen und unklassifizierbaren Interventionen überlegen war, sich jedoch gleich effektiv wie systemische Interventionen erwies. Die empirische Befundlage der psychoanalytisch orientierten Familientherapien ist einerseits unbefriedigend, andererseits zeigt das gesichtete Datenmaterial nur fragliche Effekte (vgl. Grawe et al., 1994). Auch humanistische Familientherapien schneiden in den vorliegenden Metaanalysen eher negativ ab. Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß verhaltenstherapeutische und systemische Familientherapien innerhalb der verschiedenen Ansätze am wirksamsten sind (Shadish et al., 1993; Grawe et al., 1994).

Ochs, von Schlippe und Schweitzer-Rothers (1997) verweisen allerdings darauf, daß die Evaluationsforschung zur Paar- und Familientherapie methodisch anspruchsvoll und Interpretationen häufig erst auf einer breiteren Grundlage (berücksichtigte Behandlungsgruppen, Zeitpunkt der erfaßten Studien, Forschungsdesigns, Effektivitätskriterien etc.) gemacht werden können, als dies einige Studien ermöglichen.

Störungsspezifisch fanden sich v.a. positive Effekte bei der psychoedukativen (verhaltenstherapeutisch orientierten) Behandlung von Schizophrenen und hier insbesondere in der Rückfallprophylaxe. Während Patienten der Therapiegruppe ein Rückfallrisiko von 0 bis 14 Prozent aufwiesen, zeigten sich bei den Kon-

trollgruppen Rückfallwahrscheinlichkeiten von 28 bis 55 Prozent bzw. von 20 bis 70 Prozent nach zwei Jahren (Goldstein & Miklowitz, 1995). Diese Ergebnisse werden durch Befunde von Untersuchungen aus dem Kreis der Forschergruppe um Hahlweg gestützt, die zeigten, daß familiäre Kommunikationsmuster förderlich zur Rückfallprophylaxe verändert werden können.

Eine Indikation zur Familientherapie ist häufig gegeben bei Störungen im Kindes- und Jugendalter, bei Generationenkonflikten, bei Kommunikationsstörungen in der Familie oder wenn die Symptome des Indexklienten darauf hindeuten, daß familiäre Probleme hauptsächlich für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung verantwortlich sind (vgl. auch Bommert, Henning & Wälte, 1990).

4.5 Erklärung der Wirkungsweise von Familientherapie

Häufig kann der Ansatzpunkt an der sozialen Interaktion für den Therapieerfolg günstiger sein als die Arbeit mit dem Individuum. Zeigt sich aufgrund der Eingangsdiagnostik, daß problematische Beziehungsstrukturen vorliegen und diese eine wichtige Rolle für die Störung im Sinne von Performanzbedingungen spielen, ist eine Familientherapie möglicherweise indiziert. Durch den Ansatzpunkt am System können störungsaufrechterhaltende Bedingungen angegangen und verändert werden. Dabei können direkt zielorientierte Methoden (Kommunikations- und Problemlösetraining) oder indirekte Techniken wie paradoxe Interventionen, zirkuläre Befragungen, Skulpturverfahren etc. angewendet werden. Die Wirkung dürfte v. a. über ein verändertes Erleben der Beziehungsstrukturen, die Veränderung der antezedenten verhaltenswirksamen Stimuli und Konsequenzen im Rahmen der Interaktion und der dabei gemachten positiven Erfahrungen (operative Verstärkung) resultieren. Durch Modelllernen und den Aufbau einer neuen Selbstwirksamkeitserwartung wird das funktionale Verhalten installiert und in Hausaufgaben gefestigt und generalisiert.

Aus systemischer Sicht wird angenommen, daß bereits kleinste Veränderung einen Effekt auf das Gesamtsystem haben können. Durch

die Aufdeckung problematischer Beziehungen können selbstregulative Prozesse (Autopoiese) ausgelöst und die Neuordnung des Systems bewirkt werden. Insgesamt sind die Wirkmechanismen im Rahmen familientherapeutischer Interventionen bisher zu wenig untersucht worden.

5. Paarzentrierte Interventionen bei Sexualstörungen

Wie im Kapitel Diagnostik und Klassifikation von Sexualstörungen gezeigt wird (s. auch Kap. 41.1/Sexual- und Beziehungsstörungen: Klassifikation, Diagnostik) ist die Palette sexueller Störungen breit und umfaßt drei Hauptkategorien: sexuelle Funktionsstörungen, Paraphilien sowie Geschlechtsidentitätsstörungen. Die therapeutischen Interventionen erfolgen in Abhängigkeit der spezifischen Problematik v. a. bei den Paraphilien und Geschlechtsidentitätsstörungen mehrheitlich im Rahmen von Individualtherapien. Bei sexuellen Funktionsstörungen hat sich jedoch bei Personen, welche einen Partner haben, eine paarzentrierte Intervention als günstig erwiesen. In diesem Kapitel wird nur auf paarbezogene Ansätze eingegangen (s. auch Kap. 41.2/Sexual- und Beziehungsstörungen: Intervention).

Die moderne Sexualtherapie wurde maßgeblich von Masters und Johnson (1970) geprägt, welche in der Behandlung von Sexualstörungen seit den siebziger Jahren neue Wege beschritten und sexuelle Probleme dyadisch zu definieren und auf der Grundlage eines systematischen Stufenprogramms zu behandeln begannen. Innerhalb der Ätiologie- und Performanzbedingungen (aufrechterhaltende Bedingungen) für sexuelle Störungen wurde die Angst zu versagen fokussiert und der Leistungsdruck im Zusammenhang mit einer erfüllenden Sexualität problematisiert. LoPiccolo und LoPiccolo (1978) entwickelten den Ansatz von Masters und Johnson weiter, fundierten ihn lerntheoretisch und systematisierten die von diesen Autoren vorgeschlagenen Verhaltensübungen weiter. Parallel dazu propagierte Kaplan (1974) ein psychodynamisch ausgerichtetes Behandlungskonzept, welches Störungen der sexuellen Lust als Ausdruck tieferliegender

Störungen annahm. Arentewicz und Schmidt (vgl. S. 1012) integrierten in ihrem Konzept beide Ansätze und strebten eine Behebung der sexuellen Lerndefizite, die Beseitigung der Selbstverstärkungsmechanismen, die Bearbeitung zugrundeliegender Paarkonflikte und die Aufarbeitung psychodynamischer Konflikte (im besonderen von Angstinhalten) an (vgl. zum Überblick, Hoyndorf, Reinhold & Christmann, 1995). Innerhalb der verschiedenen Behandlungsmethoden hat sich insbesondere das erweiterte Stufenprogramm von Masters und Johnson etabliert, das im Sensate Focus seinen Niederschlag fand.

5.1 Sensate Focus

«Charakteristisch für den paartherapeutischen Ansatz bei sexuellen Störungen ist ein schrittweises Vorgehen, das die problemaufrechterhaltenden Verhaltensmuster verhindert, die Wahrnehmung auftretender Gefühle fördert und Hilfen zur besseren sexuellen Interaktion bietet» (Hoyndorf et al., 1995). Basierend auf der Annahme, daß sexuelle Funktionsstörungen häufig mit Leistungsdruck und Versagensangst auf der einen und Lustproblemen auf der anderen Seite zusammenhängen, versucht der Therapeut im Sensate Focus schrittweise, neue lustvolle Interaktionen im Paar zu installieren, die Sensibilität für erogene Berührungen und das Körperempfinden zu steigern, automatisierte Abläufe zu durchbrechen und einen einseitigen koituszentrierten Erfolgsdruck abzubauen. Gleichzeitig soll das Paar in den Übungen eine bessere sexuelle Kommunikation lernen (Wünsche äußern, sich gegenseitig Rückmeldungen geben, was einem gefällt oder was man weniger mag etc.) und die Offenheit, für Gefühle und Empfindungen des Partners sensibler zu reagieren, ausbauen (s. auch Kap. 41.2/Sexual- und Beziehungsstörungen: Intervention).

5.2 Wirksamkeit und Indikation von paarzentrierten Interventionen bei Sexualstörungen

Grawe et al. (1994) erfaßten in ihrer Metaanalyse insgesamt 19 Katamnese-Studien zur Sexualtherapie bei Paaren, welche mehrheitlich sexu-

elle Funktionsstörungen (Erektionsstörungen des Mannes, Ejaculatio Praecox, weibliche Orgasmusstörungen) und Störungen der sexuellen Lust umfaßten. Die Ergebnisse dieser Prae-Post-Untersuchungen, welche sich ausschließlich auf verhaltenstherapeutisch orientierte Interventionen der oben beschriebenen Art bezogen, belegen mehrheitlich signifikante positive Veränderungen. Die Nettowirksamkeitsrate der paarzentrierten Sexualtherapien wird bei ca. 50 Prozent angegeben. Damit konnte die beeindruckende Erfolgsrate von 80 Prozent, wie sie von Masters und Johnson berichtet wurde, zwar nicht erreicht werden, doch belegen die vorliegenden empirischen Daten insgesamt die Wirksamkeit von paarorientierten Sexualtherapien.

In Untersuchungen, welche die Partnerschaftsqualität miterfaßten, zeigte sich, daß diese Variable der wichtigste prognostische Indikator für den Therapieerfolg war. Daneben erwiesen sich das Alter, die soziale Unterstützung des Partners, die Dauer der Problematik und vereinzelt die Geschlechtsrollenorientierung als bedeutsam. Indiziert ist die paarorientierte Sexualtherapie insbesondere bei sexuellen Funktionsstörungen bei Personen in fester, zufriedenstellender Partnerschaft, sofern der Partner bereit ist, in die Therapie zu kommen.

5.3 Erklärung der Wirkungsweise von paarzentrierten Interventionen bei Sexualstörungen

Die Wirkung der paarbezogenen Sexualtherapie im Sinne des Sensate Focus basiert auf der systemischen Definition des Problems und damit dem Einbezug beider Partner in die Therapie, wodurch ein besseres gegenseitiges Verständnis für den anderen, dyadische Synergien, gegenseitige Unterstützung und die Kooperation zwischen den Partnern aufgebaut und gestärkt werden können. Durch die expliziten und offenen Regeln werden implizite Erwartungen und Normen über Sexualität und Partnerverhalten zurückgebunden und eine freie, zwangslose, nicht auf den Orgasmus konzentrierte Sexualität ermöglicht. Der Wegfall von Leistungsdruck und von erzwungener Reziprozität durch die hohe Strukturiertheit (aktive und passive Rolle, Rücken- und Vorderseite des

Körpers etc.) und der graduierte Aufbau der Übungen ermöglichen erkundende, angstfreie sexuelle Erfahrungen, bei denen sensorische Empfindungen über eine orgasmusorientierte Sexualität dominieren. Durch das schrittweise Vorgehen wird auf jeder Stufe Gelegenheit zu Erfolgserlebnissen und damit zum Aufbau der Selbstwirksamkeitserwartung gegeben. Durch die Entkoppelung der Sexualität von den früher jeweils typischen Mißerfolgserlebnissen (z.B. im Falle von Ejaculatio Praecox) und durch den strukturierten Rahmen, findet ein Überlernen dieser aversiven Erfahrungen und eine neue Koppelung von sensorisch positiven Erlebnissen mit dem Partner statt. Das ausgewogene, klare Rollen zuteilende Programm ermöglicht zudem die Erfahrung der Gleichwertigkeit und reduziert Dominanz und Überforderung in der Beziehung. Durch die Aufforderung, nach der Übung gemeinsam über die Erfahrungen zu sprechen, Wünsche und intime Bedürfnisse zu thematisieren und sich Rückmeldungen zu geben, wird zudem die Paar-kommunikation im Sinne der Selbstöffnung gefördert und damit der Grundstein für einen angemessenen kommunikativen Austausch in der Beziehung gelegt.

6. Literatur

- Baucom, D.H. (1982). A comparison of behavioral contracting and problem-solving/communication training in behavioral marital therapy. *Behavior Therapy, 13*, 162–174.
- Baucom, D.H. & Epstein, N. (1990). *Cognitive behavioral marital therapy*. New York: Brunner & Mazel.
- Baucom, D.H. & Lester, G.W. (1986). The usefulness of cognitive restructuring as an adjunct to behavioral marital therapy. *Behavior Therapy, 17*, 385–403.
- Baucom, D.H., Sayers, S.L. & Sher, T.G. (1990). Supplementing behavioral marital therapy with cognitive restructuring and emotional expressiveness training: An outcome investigation. *Behavior Therapy, 21*, 129–138.
- Becvar, D.S. & Becvar, R.J. (1993). *Family therapy. A systemic integration*. Boston: Allyn & Bacon.
- Bodenmann, G. (1995a). *Bewältigung von Streß in Partnerschaften. Der Einfluß von Belastungen auf die Qualität und Stabilität von Paarbeziehungen*. Bern: Huber.
- Bodenmann, G. (1995b). Prävention bei Paaren. Ein bewältigungsorientierter Zugang. *System Familie, 9*, 74–82.
- Bommert, H., Henning, T. & Wälte, D. (1990). *Indikation zur Familientherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bornstein, P.H., Anton, B., Harowski, K.J., Wetzien, R.T., McIntyre, T.J. & Hocker, J. (1981). Behavioral-commu-

- nication treatment of marital discord: Positive behaviors. *Behavioral Counseling Quarterly*, 1, 189–201.
- Boscolo, L., Ceccin, G., Hoffman, L. & Penn, P. (1987). *Milan systemic therapy*. New York: Basic Books.
- Bray, J.H. & Jouriles, E.N. (1995). Treatment of marital conflict and prevention of divorce. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 461–473.
- Coyne, J.C. (1990). Concepts for understanding marriage and developing techniques of marital therapy: Cognition über alles? *Journal of Family Psychology*, 4, 185–194.
- Dunn, R.L. & Schwebel, A.I. (1995). Meta-analytic review of marital therapy outcome research. *Journal of Family Psychology*, 9, 58–68.
- Duss-von Werdt, J., Mähler, G. & Mähler, H.G. (1995). *Mediation: Die andere Scheidung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Eidelson, R.J. & Epstein, N. (1982). Cognition and relationship maladjustment: Development of a measure of dysfunctional relationship beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 715–720.
- Emmelkamp, P.M., van Linden, G., van Den Heuvel, C., Ruphan, M., Anderman, R., Scholing, A. & Stroink, F. (1988). Cognitive and behavioral interventions: A comparative evaluation with clinically distressed couples. *Journal of Family Psychology*, 1, 365–377.
- Fiedler, P., Niedermeier, T. & Mundt, C. (1986). *Gruppenarbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten. Materialien für die therapeutische Gruppenarbeit mit Angehörigen und Familien*. München: Psychologie Verlags Union.
- Fincham, F.D. (1985). Attribution processes in distressed and nondistressed couples: Responsibility for marital problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 183–190.
- Goldstein, M.L. & Miklowitz, D.J. (1995). The effectiveness of psychoeducational family therapy in the treatment of schizophrenic disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 361–376.
- Gottman, J.M. (1994). *What predicts divorce?* Hillsdale: Erlbaum.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L.S., Ford, C.L., Alden, L.S. & Johnson, S.M. (1993). In-session change in emotionally focused therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 78–84.
- Guernsey, B.G. (1977). *Relationship enhancement*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gurman, A.S. & Kniskern, D.P. (Eds.). (1991). *Handbook of family therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Gurman, A.S., Kniskern, D.P. & Pinsof, W.M. (1986). Research on marital and family therapies. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 565–624). New York: Wiley.
- Hahlweg, K. (1986). *Partnerschaftliche Interaktion*. München: Röttger.
- Hahlweg, K., Dürr, H. & Müller, U. (1995). *Familienbetreuung schizophrener Patienten*. München: Beltz.
- Hahlweg, K. & Markman, H.J. (1988). Effectiveness of behavioral marital therapy: Empirical status of behavioral techniques in preventing and alleviating marital distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 440–447.
- Hahlweg, K., Revenstorf, D. & Schindler, L. (1984). Effects of behavioral marital therapy on couple's communication and problem-solving skills. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 553–566.
- Hahlweg, K. & Schröder, B. (1993). Kommunikationstraining. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie* (S. 193–200). Berlin: Springer.
- Hahlweg, K., Thurmaier, F., Engl, J., Eckert, V. & Markman, H.J. (1993). Prävention von Beziehungsstörungen. *System Familie*, 6, 89–100.
- Halford, W.K., Sanders, M.R. & Behrens, B.C. (1993). A comparison of the generalization of behavioral marital therapy and enhanced behavioral marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 51–60.
- Holtzworth-Munroe, A. & Jacobson, N. (1991). Behavioral marital therapy. In A.S. Gurman & D.P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 96–133). New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Hoyndorf, S., Reinhold, M. & Christmann, F. (1995). *Behandlung sexueller Störungen. Ätiologie, Diagnostik, Therapie: Sexuelle Dysfunktionen, Mißbrauch, Delinquenz*. Weinheim: Beltz.
- Jacobson, N.S. (1978). Specific and nonspecific factors in the effectiveness of a behavioral approach to the treatment of marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 442–452.
- Jacobson, N.S. (1979). Increasing positive behavior in severely distressed marital relationships: The effects of problem-solving training. *Behavior Therapy*, 10, 311–326.
- Jacobson, N.S. (1992). Behavioral couple therapy: A new beginning. *Behavior Therapy*, 23, 493–506.
- Jacobson, N.S. & Addis, M.E. (1993). Research on couples and couple therapy: What do we know? Where are we going? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 85–93.
- Jacobson, N.S. & Gurman, A.S. (1986). *Clinical handbook of marital therapy*. New York: The Guilford Press.
- Jacobson, N.S., Follette, W.C., Holtzworth-Munroe, A., Katt, J.L. & Schmaling, K.B. (1985). A component analysis of behavioral marital therapy: One-year follow-up. *Behavior Research and Therapy*, 23, 373–393.
- Jacobson, N.S., Follette, W.C., Revenstorf, D., Baucon, D.H., Hahlweg, K. & Margolin, G. (1984). Variability in outcome and clinical significance of behavioral marital therapy: A reanalysis of outcome data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 497–504.
- Jacobson, N.S. & Margolin, G. (1979). *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner/Mazel.
- Kaplan, H.S. (1974). *The new sex therapy. Active treatment of sexual dysfunction*. London: Baliere Tindall.
- Lebow, J.L. & Gurman, A.S. (1995). Research assessing couple and family therapy. *Annual Review of Psychology*, 46, 27–57.
- Lederer, W.J. & Jackson, D.D. (1972). *Ehe als Lernprozeß. Wie Partnerschaft gelingt*. München: Pfeiffer.
- LoPiccolo, J. & LoPiccolo, L. (1978). *Handbook of Sex Therapy*. New York: Plenum Press.
- Margolin, G. & Weiss, R.L. (1978). Comparative evaluation of therapeutic components associated with behavioral marital treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1476–1486.
- Markman, H.J. & Hahlweg, K. (1993). The prediction and prevention of marital distress: An international perspective. *Clinical Psychology Review*, 13, 29–43.

- Markman, H.J., Renick, M.J., Floyd, F.J., Stanley, S.M. & Clements, M. (1993). Preventing marital distress through communication and conflict management trainings: A 4- and 5-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 70–77.
- Markus, E., Lange, A. & Pettigrew, T.F. (1990). Effectiveness of family therapy: A meta-analysis. *Journal of Family Therapy, 12*, 205–221.
- Masters, W.H. & Johnson, V.E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown.
- Miller, S., Nunnally, E. & Wackman, D. (1975). Minnesota couples communication program (MCCP): Premarital and marital groups. In D.H. Olson (Ed.), *Treating relationships* (pp. 21–40). Lake Mills: Graphic.
- Ochs, M., von Schlippe, A. & Schweitzer-Rothers, J. (1997). Evaluationsforschung zur systemischen Paar- und Familientherapie. Methodik, Ergebnisse und Kritik an Sekundäranalysen. *Familiendynamik, 22*, 34–63.
- Patterson, G.R., Hops, H. & Weiss, R.L. (1975). Interpersonal skills training for couples in early stage of conflict. *Journal of Marriage and the Family, 37*, 295–303.
- Perrez, M., Büchel, S., Ischi, N., Patry, J.L. & Thommen, B. (1985). *Erziehungspsychologische Beratung und Intervention als Hilfe zur Selbsthilfe in Familie und Schule*. Bern: Huber.
- Pinsof, W.M. & Wynne, L.C. (1995). The efficacy of marital and family therapy: An empirical overview, conclusions, and recommendations. *Journal of Marital and Family Therapy, 21*, 585–613.
- Prince, S.E. & Jacobson, N.S. (1995). A review and evaluation of marital and family therapy for affective disorders. *Journal of Marital and Family Therapy, 21*, 377–401.
- Shadish, W.R., Montgomery, L.M., Wilson, P., Bright, I. & Okwumabua, T. (1993). The effects of family and marital psychotherapies: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 883–893.
- Shadish, W.R., Ragsdale, K., Glaser, R.R. & Montgomery, L.M. (1997). Effektivität und Effizienz von Paar- und Familientherapie: Eine metaanalytische Perspektive. *Familiendynamik, 22*, 5–33.
- Snyder, D.K., Wills, R.M. & Grady-Fletcher, A. (1991). Long-term effectiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy: A 4-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 138–141.
- Stuart, R.B. (1969). Operant-interpersonal treatment for marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 675–682.
- Van Widenfelt, B., Hosman, C., Schaap, C. & Van der Staak, C. (1996). The prevention of relationship distress for couples at risk. A controlled evaluation with nine-month and two-year follow-ups. *Family Relations, 45*, 156–165.
- Walsh, F. (1993). *Normal family processes*. New York: The Guilford Press.
- Weiss, R.L., Birchler, G.R. & Vincent, J.P. (1974). Contractual models of negotiation training in marital dyads. *Journal of Marriage and the Family, 36*, 321–331.
- Willi, J., Frei, R. & Limacher, B. (1993). Couples therapy using the technique of construct differentiation. *Family Process, 32*, 311–321.