

# G. Weitere Psychotherapieverfahren

ELKE DAUDERT

Im folgenden Kapitel sollen einige in der psychotherapeutischen Praxis bedeutsame Verfahren besprochen werden, die im wesentlichen zwei übergeordneten Gruppen zugeordnet werden können; zum einen den suggestiven oder übenden Verfahren (dazu gehören Hypnose, Autogenes Training, Kathymen Bilderleben), zum anderen die aus der «Humanistischen Psychologie» abgeleiteten psychotherapeutischen Behandlungstechniken (u. a. Gesprächs- und Gestalttherapie, Psychodrama).

## 1. Suggestive und übende Verfahren

### 1.1 Überblick

Während Ende des 19. Jahrhunderts die sogenannte «Pariser Schule» um CHARCOT hypnotische Zustände als pathophysiologische Erscheinungen im Sinne eines «hysterischen Psychismus» auffaßte, begründete ungefähr zur gleichen Zeit eine Forschergruppe in Nancy um LIÉBAULT und BERNHEIM die psychologische Hypothese der Erzeugung hypnotischer Phänomene mittels Suggestion, die sich bis heute behauptet hat. S. FREUD, der Kontakt zu den beiden letztgenannten Forschergruppen hatte, griff zusammen mit BREUER die Erkenntnisse in der Formulierung seiner Vorstel-

lungen zur «Psychokatharsis» auf, bevor er später die in Kapitel II.A bzw. III.C. dargestellten psychoanalytischen Behandlungstechniken entwickelte. Von dem Hirnforscher VOGT stammt die erste wissenschaftliche Bearbeitung hypnotischer Phänomene. Auf ihn gehen die Begriffe «hypnotische Hypermnese» (d. h. Bewußtmachen vergessener bzw. verdrängter Erlebnisse in Hypnose aufgrund des Fortfalls von Hemmung bzw. Verdrängung) und «seelisches Mikroskop» (d. h. systematische Selbstbeobachtung in Hypnose zum Studium der Neurosen) zurück. BALINT schließlich hat mit seinen Überlegungen zur «Pharmakologie der Droge Arzt» auf die Bedeutung suggestiv-psychologischer Wirkmechanismen in der Arzt-Patient-Beziehung hingewiesen (zum historischen Überblick s. LOHMANN, 1990). Für die weitere inhaltliche und wissenschaftliche Entwicklung hypnotischer Verfahren sind in Deutschland vor allem J. H. SCHULTZ, der Begründer des Autogenen Trainings, sowie H. LEUNER, der das tiefenpsychologisch orientierte Verfahren des Kathymen Bilderlebens entwickelte, einflußreich gewesen. Im anglo-amerikanischen Sprachraum hat die Hypnotherapie in der von M. ERICKSON geprägten Form, in der insbesondere der Prozeß des Erreichens und Nutzens innerer Ressourcen durch Trancezustände im Mittelpunkt steht, in den achtziger Jahren große Bedeutung erlangt.

## 1.2 Hypnose

Bei der Hypnose handelt es sich um einen mittels bestimmter Einleitungstechniken aktiv hervorgerufenen schlafähnlichen Zustand (sogenannter Hypnoid), der durch eine Senkung und Einengung des Bewußtseins, verbunden mit einer regressiven Veränderung bestimmter Ich-Funktionen (Denken, Fühlen, Impulskontrolle), charakterisiert ist und mit einer erhöhten Suggestibilität einhergeht. Nach psychoanalytischer Auffassung kommt es mit diesen Bewußtseinsveränderungen zu einer Regression in frühere infantile Entwicklungsstufen und der Reaktualisierung der entsprechenden frühkindlichen Einstellungen und Verhaltensweisen der Passivität. Voraussetzung für das Gelingen einer Hypnose ist eine positive affektive Beziehung zwischen Therapeut und Patient. Je nach Grad der Bewußtseinseinstellung und des Wachseins können verschiedene Stadien der Hypnose unterschieden werden, von der leichten Trance (einhergehend mit Ruhe, Schwere, Wärme, Müdigkeit, Verlangsamung der Herzaktion und Atmung) bis hin zur tiefen Hypnose (gekennzeichnet durch Schlaferscheinungen unterschiedlicher Tiefe, zunehmende Verstärkung oben genannter Phänomene und der therapeutenbezogenen Suggestibilität). Der Dämmerzustand des *Somnambulismus*, in dem auch posthypnotische Suggestionen realisiert werden können und für den Amnesie besteht, wird nur relativ selten und häufig nur aufgrund von wiederholten tiefen Hypnosebehandlungen erreicht.

### *Therapeutisches Vorgehen*

Hypnotische Zustände mit der notwendigen sogenannten «optischen Subtraktion» und «Introversion» können durch verschiedene Einleitungstechniken hervorgerufen werden, am gebräuchlichsten sind die Faszinations-, die Fixations- sowie die Farbkontrastmethode (zur näheren Beschreibung s. JOVANOVIĆ, 1988; KOSSAK, 1993; SCHULTZ, 1983; Aspekte der historischen Entwicklung werden ausführlich von MEYER in Kap. II.A dargestellt). In der Regel dauern hypnotische Behandlungen zwischen 15 und 30 Minuten und können im Sitzen oder Liegen durchgeführt werden. Wesentlich ist, daß der hypnotisch

induzierte Ruhe-, Entspannungs- und Erholungszustand (nach SCHULTZ «neuroorganismische Umschaltung») am Ende der Behandlung in einer möglichst schonenden, individuell angepaßten Form der Desuggestionierung wieder aufgehoben wird. Dazu werden alle Suggestionen, die das Wohlbefinden nach dem Aufwecken beeinträchtigen könnten (z. B. Müdigkeit, Schwere) zurückgenommen, während Ruhe und Entspannung posthypnotisch fixiert werden. Durch den Einfluß von M. ERICKSON (1978, 1981), der unter dem Begriff der Hypnotherapie eine eigene Technik der Hypnosebehandlung geprägt hat, fand eine Wandlung des therapeutischen Vorgehens statt. ERICKSON entwickelte eine Reihe von indirekten (sogenannten «beiläufigen») Techniken zur Tranceinduktion. Diese therapeutische Trance soll dem Patienten (und auch dem Hypnotherapeuten) ermöglichen, Zugang zu bisher unbewußten bzw. verschütteten Potentialen zu erhalten. Dies geschieht häufig mit Hilfe von Metaphern, also mit Bildern oder Vergleichen, die bestimmte problematische Aspekte der Situation des Patienten treffend wiedergeben, ohne sie direkt anzusprechen, und die gleichzeitig unvermutete Lösungen anbieten, ohne sie aufzudrängen. Generell achten Therapeuten aus der Schule ERICKSONS (ähnlich wie auch in der Psychoanalyse) sehr darauf, daß unbewußte Inhalte nicht zu früh das Bewußtsein erreichen, d. h. bevor der Patient fähig ist, diese anzunehmen und zu integrieren. Verhaltensänderungen werden grundsätzlich auch ohne bewußte Einsicht für möglich gehalten.

### *Indikation und Bewertung*

Während in der ursprünglichen «Hypnoanalyse» die Aufdeckung bewußtseinsferner Erlebnisinhalte zentrales Anliegen war, steht heute allgemein bei der Hypnosebehandlung die Erzeugung von Entspannung und Anästhesie im Vordergrund. Als Indikationsbereiche der symptomatischen Hypnosetherapie gelten neben den klassischen Psychosomatosen vor allem die Vielzahl von (chronischen) Schmerzsymptomen (insbesondere Phantom- und Carcinomaschmerzen). Darüber hinaus hat die hypnotisch induzierte *Analgesie* bei kleineren Operationen, Entbindungen sowie insbesondere bei zahnärztlichen Behandlungen an praktischer Bedeutung gewonnen. Zu den Kontraindikationen gehören in erster Linie alle Formen von psychotischen bzw. paranoiden Erkrankungen sowie nicht aufgearbeitete Traumatisierungen. Mögliche Gefahrenquellen der Hypnosebehandlung liegen in einem

Mißbrauch der engen Beziehung zum Patienten, was unter Umständen zur Fixierung einer infantil-erotischen Abhängigkeit führen kann. Zusätzlich zu beachten ist, daß die Suggestibilität, d. h. die affektive Empfänglichkeit für äußere Beeinflussungen, von vielen Einflüssen abhängt (u. a. Lebensalter, momentane emotionale Ansprechbarkeit, Persönlichkeitsmerkmale, Widerstände, erhöhte Suggestibilität bei Ermüdungszuständen) sowie intra- und interindividuell beträchtlichen Schwankungen unterliegt. So ist ein Teil der Patienten schwer oder überhaupt nicht hypnotisierbar (vgl. LEUNER u. SCHROETER, 1975). Bei der Indikation zur Hypnose ist zusätzlich zu bedenken, daß diese häufig dem Wunsch vieler Patienten Vorschub leistet, sich nicht aktiv mit Konflikten auseinandersetzen zu müssen. In mehreren empirischen Studien konnte eine symptomatische Wirksamkeit der Hypnose zwar nachgewiesen werden (vgl. MEYER et al., 1991), doch gerade bei dieser zur Regression auffordernden Therapieform sollte auch an Wirkfaktoren gedacht werden, die in der spezifischen Arzt-Patient-Beziehung (in der Regel intensive Abhängigkeitsbeziehungen) begründet liegen und so (kurzfristige?) Übertragungsheilungen begünstigen.

### 1.3 Autogenes Training (Unterstufe)

Das Autogene Training stellt eine aus der Fremdhypnose hervorgegangene Methode der Autosuggestion dar, die in den zwanziger Jahren von dem deutschen Psychiater H. J. SCHULTZ (1987) entwickelt wurde. In der Folgezeit wurde es von diesem Autor zu einer systematischen Form der *Selbstentspannungsmethode* erweitert, deren Anwendungsspektrum heute vom Leistungssport über den prophylaktischen Einsatz bis hin zur psychotherapeutischen Heilbehandlung reicht.

#### *Therapeutisches Vorgehen*

Über die konzentrierte Selbstentspannung mittels festgelegter Übungsvorstellungen wird ein leicht hypnoider Zustand herbeigeführt. Ziel ist der Erwerb der Fähigkeit, eine «organismische Umschaltung» zu

vollziehen; darunter ist die willentliche Umschaltung von einer aktivitätsgerichteten ergotropen auf eine der Restitution und Erholung dienende trophotrope Reaktionslage zu verstehen (vgl. MEYER in Kap. II.A). Außer zur Entspannung kann das Autogene Training auch zur Erhöhung der Konzentrationsfähigkeit sowie zur Resonanzdämpfung der (überschießenden) Affekte eingesetzt werden. SCHULTZ (1987) unterscheidet eine Unter- und eine Oberstufe des Autogenen Trainings, wobei im allgemeinen nur die Unterstufe zu therapeutischen Zwecken eingesetzt wird. Die Oberstufe steht den imaginären Verfahren nahe (vgl. Katathymes Bilderleben), wo mittels meditativer Selbstversenkung eine Beeinflussung des inneren Erlebens angestrebt wird (zum ausführlichen Überblick s. DIEHL u. MILLER, 1990). Im folgenden soll der sechsstufige Übungsaufbau der Unterstufe des Autogenen Trainings kurz skizziert werden (KRAFT, 1989).

1. *Schwereübung:*  
«Der rechte/linke Arm ist ganz schwer.»  
(Muskelentspannung)
2. *Wärmeübung:*  
«Der rechte/linke Arm ist ganz warm.»  
(Blutgefäßentspannung)
3. *Herzübung:*  
«Das Herz schlägt ruhig und regelmäßig.»  
(Beeinflussung des Herzrhythmus)
4. *Atemübung:*  
«Die Atmung ist ganz ruhig.»  
(Beeinflussung des Atemrhythmus)
5. *Sonnengeflechtsübung:*  
«Das Sonnengeflecht ist strömend warm.»  
(Beeinflussung der Abdominal- und Unterleibsorgane durch Konzentration auf den Plexus solaris)
6. *Kopfübung:*  
«Die Stirn ist angenehm kühl.»  
(Stirnkühleübung zur Minderung der Kopfdurchblutung)

Diese Übungen werden in der Regel in einem Abstand von 14 Tagen erlernt; in der Zwischenzeit wird ein tägliches Üben empfohlen. Jedes Autogene Training (außer bei einem Einsatz als Schlafhilfe) endet mit dem sogenannten «Zurücknehmen» des Relaxationseffektes und des hypnoiden Zustandes, wobei darüber hinaus eine allgemeine Dynamisierung (anregende Wirkung über Muskeltonus, Kreislaufonus, Blutdruckverhalten, Frischegefühl) angestrebt wird. Das entsprechende Formelkommando lautet:  
«Arme fest! Tief atmen! Augen auf!»  
Für das Autogene Training kommen sowohl liegende als auch sitzende Körperpositionen in Frage (Liegehaltung, sogenannte «Droschkenkutschhaltung», «Fernsehesselhaltung»).

### *Indikation und Bewertung*

Obwohl das Autogene Training das verbreitetste der in diesem Kapitel besprochenen Verfahren darstellt und sowohl in der ärztlichen Praxis als auch in der psychotherapeutischen Weiterbildung einen zentralen Stellenwert einnimmt, schneidet es in allen empirischen Wirksamkeitsprüfungen überraschend schlecht ab; im Hinblick auf die jeweilige Symptomatik erwies sich das Autogene Training in einer Metaanalyse (vgl. MEYER et al., 1991) in den vielen Untersuchungen als wirkungslos; damit steht die Popularität in auffallendem Gegensatz zur relativ geringen Effektivität. Neuere und besser kontrollierte Studien (s. GRAWE et al., 1993) können diese Einschätzung etwas korrigieren. Insgesamt ist der Anwendungsbereich des Autogenen Trainings sehr ausgedehnt, so gibt es kaum eine psychosomatische Erkrankung, bei der es nicht versucht wurde.

### **1.4 Katathymes Bilderleben**

Das Katathyme Bilderleben – auch als Tagtraumtechnik bezeichnet – ist als weitgehend standardisierte Therapieform von LEUNER (1989, 1994) entwickelt worden. Dieses Verfahren besteht darin, sich in einem hypnoiden Bewußtseinszustand Bilder (Tagträume) vorzustellen. Dazu wurden 12 Standardmotive gewählt, die geeignet sind, unbewußte Konfliktbereiche widerzuspiegeln. Diese werden dem Patienten, der sich in einem entspannten, leicht ich-regressiven Zustand befindet, als vage formulierte Imaginationen angeboten. Als tiefenpsychologisch orientiert gilt dieses Verfahren insofern, als unbewußte Motive und Konflikte angenommen werden und Regressions- und Projektionsvorgänge sowie traumgestaltende Primärprozesse (Verdichtung, Verschiebung, Symbolisierung) und Gegenübertragungsreaktionen berücksichtigt werden (LEUNER, 1989).

### *Therapeutisches Vorgehen*

Das fundamentale technische Prinzip beim Katathymen Bilderleben ist die Auslösung und anschließende Bearbeitung von imaginativen Prozessen (LEUNER,

1994). Als Ausgangspunkt dazu dienen die erwähnten Standardmotive, die ihrer psychischen Brisanz entsprechend in eine Grund-, Mittel- und Oberstufe eingeteilt werden. Der Therapeut fordert dazu den Patienten auf, sich eines dieser Motive vorzustellen und über die entsprechenden inneren Erlebnisse zu berichten; je nachdem greift er lenkend, unterstützend oder konfrontativ in das Tagtraumgeschehen ein. Den einzelnen drei Stufen entsprechen sogenannte «Regieprinzipien» des Therapeuten. Die Anleitung zum Handeln in der Vorstellungswelt des Patienten ist nur eine von mehreren Möglichkeiten des Umgangs mit dem in der Imagination auftauchenden Material. Beim sogenannten «übenden Vorgehen» werden Standardmotive in der Phantasie immer wieder durchgespielt, ohne interpretiert zu werden; mit Hilfe assoziativer Techniken wird der Patient angeregt, in Bildern (statt in Worten wie bei der klassischen Psychoanalyse) zu assoziieren.

Im einzelnen lauten die Standardmotive der Grundstufe des Katathymen Bilderlebens, bei der es um die Entfaltung kreativer Imaginationen geht, folgendermaßen:

1. die Wiese (symbolischer Ausdruck der aktuellen Gemüthsstimmung)
2. der Bachlauf (symbolischer Ausdruck der fließenden Dynamik des seelischen Geschehens)
3. der Berg (symbolischer Ausdruck des eigenen Leistungsverhaltens und Anspruchsniveaus)
4. das Haus (symbolischer Ausdruck der eigenen Persönlichkeit)
5. der Waldrand (symbolischer Ausdruck für unbewußte verdrängte, verborgene Inhalte)

Zu den Standardmotiven der Mittelstufe, bei der das Fokussieren aktueller Konflikte, das Durcharbeiten sowie Übertragungsphänomene im Vordergrund stehen, gehören:

6. das Erscheinen naher Bezugspersonen (Ausdruck der Familienbeziehungen und -dynamik)
7. die Ermittlung des Ich-Ideals (Ausdruck von Identitätsproblemen)
8. Autostop bzw. Rosenbusch (Einstellung gegenüber Sexualität)
9. der Löwe (Prüfung aggressiver Impulse)

Die Standardmotive der Oberstufe sind:

- 10a. die Höhle (symbolischer Ausdruck unbewußter Fehlhaltungen sowie Probleme der Homoerotik und Rivalität)
- 10b. das Sumpfloch (Manifestationsort ödipaler, d. h. gegengeschlechtlicher – oft archaischer – Symbolgestalten als Ausdruck regressiver sexueller Impulse)
11. der Vulkan (Ausdruck stark andrängender aggressiver Impulse oder narzißtischer Wut)

12. der Foliant (symbolischer Ausdruck der kindlichen Sicht vom stereotypen Erwachsenen)

Als therapeutisches Wirkprinzip wird zum einen die besondere Übertragungssituation angesehen, in der es der Patient unter dem Schutz des Therapeuten wagen kann, sich aktiv mit ihm bislang unbekanntem Konfliktbereichen zu beschäftigen. Darüber hinaus wird dem Umgang mit den Symbolgestalten eine kathartische Wirkung zugeschrieben sowie aufgrund der Möglichkeit des Erprobens neuer Verhaltensweisen in der Phantasie die Wirkung sozialer Lernvorgänge angenommen.

### *Indikation und Bewertung*

Der Indikationsbereich des Katathymen Bilderlebens liegt vor allem in der Behandlung von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen, die nur schwer Zugang zu ihrem inneren Erleben finden (WILKE u. LEUNER, 1990), sowie von Patienten mit neurotischen Störungsbildern. Von verschiedenen Autoren ist der Anwendungsbereich des Katathymen Bilderlebens auf die Behandlung von Suchtpatienten sowie auf ein gruppen- und paartherapeutisches Setting (LEUNER et al., 1986) erweitert worden (zum Überblick s. HERRMANN, 1990). Als relative Kontraindikationen werden in der Literatur mangelnde Intelligenz, Psychosen, hirnorganische Syndrome, schwere Depressionen und Borderlinepersönlichkeitsstörungen angegeben. Empirische Wirksamkeitsnachweise liegen für das Katathyme Bilderleben bisher nur so vereinzelt (in dem Forschungsgutachten von MEYER et al. werden insgesamt nur zwei Studien erwähnt) und mit widersprüchlichen Ergebnissen vor, so daß verallgemeinernde Schlußfolgerungen hinsichtlich Effektivität oder differentieller Indikation bislang nicht möglich erscheinen (vgl. MEYER et al., 1991).

## **2. Humanistische Psychotherapieverfahren**

### **2.1 Überblick**

Die in der Therapiegruppe der sogenannten Humanistischen Psychologie zusammengefaßten therapeutischen Verfahren haben

vielfältige historische Wurzeln, insbesondere in der Philosophie des Existentialismus. Die einzelnen Ansätze sind dabei recht heterogen; zu ihnen gehören die *klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie* (C. ROGERS), die *Gestalttherapie* (F. PERLS), das *Psychodrama* (J. MORENO) sowie weiterhin die *Transaktionsanalyse* (E. BERNE), die *Themenzentrierte Interaktion* (R. COHN), die *Bioenergetik* (A. LOWEN) und die *Logotherapie* (V. FRANKL), wobei auf die letztgenannten Verfahren im folgenden nicht ausführlicher eingegangen werden kann.

Die «Humanistische Psychologie» versteht sich als eine therapeutische Ausrichtung, die neben der klassischen Psychoanalyse und dem Behaviorismus eine «dritte Kraft» in der Psychologie bildet (zum Überblick s. QUITMANN, 1985). Trotz der Heterogenität der einzelnen psychotherapeutischen Ansätze ist dieser Richtung gemeinsam, daß für die «naturegegebene Anlage» des Menschen grundlegend konstruktive, positive Strebungen postuliert werden, die Disposition zu aggressiven und destruktiv-zerstörerischen Tendenzen werden entweder negiert bzw. als pathologische Reaktionen auf die Unterdrückung und Enttäuschung der sogenannten «menschlichen Grundbedürfnisse» (nach Leben, Sicherheit, Geborgenheit, Liebe und Selbstverwirklichung; vgl. «Bedürfnishierarchie» nach MASLOW (1973)) aufgefaßt. Aus diesem Verständnis resultieren auch veränderte Vorstellungen bzw. Kriterien von psychischer Gesundheit und Krankheit innerhalb der «humanistischen Therapieverfahren». Menschen werden krank, wenn es zur Blockierung der angeborenen Tendenz nach Selbstentfaltung im Sinne von Differenziertheit, Unabhängigkeit und Selbstverantwortlichkeit kommt. Psychische Gesundheit demgegenüber bedeutet, daß ein Mensch offen, frei und flexibel ist, sich seinen individuellen Bedürfnissen entsprechend entwickeln zu können; in der Vergangenheit liegende negative Erfahrungen determinieren nicht mehr das gegenwärtige Leben; an die Stelle einer Gefühlsabwehr ist die Fähigkeit zur bedingungslosen Gefühlswahrnehmung getreten. (Problematisch an diesem Konzept erscheint jedoch, daß der Komplexität der Bedeutung biographischer

Erfahrungen damit kaum Rechnung getragen wird.) Für die therapeutische Praxis resultiert aus diesen Annahmen das Konkretisieren des Erlebens im »Hier und Jetzt«. Es geht darum, innerhalb eines therapeutischen Wachstums- und Selbstverwirklichungsprozesses die eigenen Potentiale und Möglichkeiten – aber auch die Grenzen – zu entdecken. Dieses Vorgehen, das an der Unmittelbarkeit des Erlebens im therapeutischen Prozeß ansetzt, wird von «humanistischen Therapeuten» dem Erinnern in der Psychoanalyse (dem «Dort und Damals») gegenübergestellt; jedoch geht auch in die psychoanalytische Therapie aktuelles Erleben ein in Form der Gestaltung der therapeutischen Beziehung aufgrund von Übertragung und Gegenübertragung. Das holistische Menschenbild, ausgehend von einer Körper-Geist-Seele-Einheit, begründet den therapeutischen Anspruch, kognitiven, emotionalen und imaginativen Prozessen sowie körperlichen Reaktionen gleichermaßen Aufmerksamkeit zu schenken. Hieraus resultiert die große Methodenvielfalt innerhalb der «humanistischen Erlebnispsychotherapien», deren Anliegen die Förderung des «kreativen Wachstumspotentials» sowie das «Streben nach Selbstverwirklichung» ist. Als Exponenten dieser Therapierichtung sollen im folgenden die Ansätze von ROGERS, PERLS und MORENO näher dargestellt werden.

## 2.2 Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie nach CARL ROGERS

Das Konzept der «client centered therapy» wurde von dem amerikanischen Psychologen C. ROGERS in den vierziger Jahren begründet und bis in die achtziger Jahre immer wieder ergänzt und modifiziert (ROGERS, 1973, 1977). Im deutschsprachigen Raum hat das Ehepaar TAUSCH (1990) diese Therapierichtung unter der Bezeichnung «klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie» eingeführt und etabliert; MEYER beschreibt dieses Verfahren in Kapitel II.A unter dem Begriff der «Personzentrierten Therapie». Eine spezielle Akzentuierung innerhalb dieses Ansatzes, in der körperliches und imaginatives Erleben besondere Beachtung findet, ist unter dem

Begriff «Focusing» (GENDLIN, 1982) bekannt geworden.

In seiner Theorienbildung über das Selbst postuliert ROGERS eine allen lebenden Organismen angeborene Tendenz zur sogenannten *Selbstaktualisierung*, worunter ein Prozeß zu verstehen ist, der auf die Verwirklichung individueller Möglichkeiten und ein Streben in Richtung auf positive Ziele gekennzeichnet ist. «Von Natur aus» sieht er den Menschen grundsätzlich als befähigt an, den Anforderungen hinsichtlich individueller Entwicklung, der konstruktiven Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen sowie der Realität gerecht zu werden. Ungünstige Lernvorgänge und Beziehungserfahrungen mit bedeutsamen anderen Personen (z. B. Eltern, Lehrer), die eine wesentliche Funktion für die Ausbildung eines stabilen Selbstkonzeptes im Sinne von Identität haben, können diesen Prozeß der Selbstaktualisierung blockieren bzw. dysfunktional gestalten. Kommt es auf diese Weise zu Diskrepanzen zwischen dem Selbst und Erfahrungen, die nicht in das Selbstkonzept integriert werden können (d. h. verzerrte oder fehlende Symbolisierungsprozesse), bewirkt diese *Inkongruenz* (ROGERS 1979, 1981) bei den Betroffenen ein Gefühl innerer Bedrohung und Spannung und wird so zum Ausgangspunkt für psychische Konflikte und Entwicklungshemmungen. An dieser Stelle wird auch deutlich, wie sich die gesprächstherapeutische Position von psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen Vorstellungen zur Krankheitsätiologie unterscheidet. ROGERS und seine Nachfolger haben keine spezielle Neurosen- oder differenzierte Annahmen zur Entstehung spezifischer Störungsbilder entwickelt, vielmehr ist es ROGERS' (1973) Anliegen gewesen, sich vom vorherrschenden medizinischen Krankheitsmodell zu distanzieren. Dies hat aber auch zur Folge, daß die Gesprächspsychotherapie über keine explizit ausformulierten ätiologietheoretischen Annahmen verfügt, die erklären könnten, warum bestimmte Patienten an bestimmten Störungen erkranken, oder die Hinweise auf differenzierte therapeutische Behandlungsstrategien zulassen würden (sogenanntes uniformes Ätiologiekonzept), wobei jedoch die impliziten Konstrukte den psychoanalytischen Annah-

men recht nahe stehen (vgl. BIERMANN-RATJEN et al., 1986; KÖHLER-WEISKER, 1978). Übergeordnetes Therapieziel ist nach ROGERS die sogenannte «fully functioning person», d. h. der Mensch, der sich selbst akzeptiert, in Übereinstimmung mit seinem Ideal- und Selbstbild lebt (*Selbstakzeptanz*) sowie fähig und bereit ist, soziale Beziehungen aufzunehmen. Eine weitere Spezifikation, welche Aspekte bei einem gesunden Selbstkonzept bewußtseinsfähig werden (z. B. bestimmte Beziehungserfahrungen, unbewußte Vorgänge, Konflikte), gibt ROGERS nicht.

### *Therapeutisches Vorgehen*

In Übereinstimmung mit seiner Überzeugung, daß eine reife Person befähigt ist, eigene Urteile und Entscheidungen zu treffen (offen bleibt damit jedoch die Frage nach den unreifen, abhängigen Personen, s. u.), lehnen Gesprächspsychotherapeuten (ROGERS, 1977) es ab, für ihre Patienten konkrete Therapieziele zu formulieren. Die Hauptaufgabe des Gesprächspsychotherapeuten liegt vielmehr darin, Bedingungen zu schaffen, die es dem Patienten ermöglichen, «to be the self one truly is», und ihn bei seinen eigenen Selbstexplorationsprozessen zu unterstützen. In der orthodoxen Gesprächspsychotherapie hat die Beschreibung der therapeutischen Einstellung und emotionalen Haltung Vorrang vor einer Spezifikation von Therapietechniken; dem uniformen Störungskonzept entspricht somit ein universelles Interventionskonzept. Das genuin gesprächstherapeutische Beziehungsangebot besteht in der Schaffung eines nicht-autoritativen, permissiven Klimas, das der Therapeut dazu nutzt, sich in den inneren Bezugsrahmen des Patienten einzufühlen (*Empathie*) und dessen Gefühle und Wahrnehmungen zu verstehen, um ihm dann die in dem Gesagten implizierten Emotionen zurückspiegeln und reflektieren zu können (sogenannte *Verbalisation emotionaler Erlebnisinhalte*). Diese therapeutische Empathie verbunden mit dem Akzeptieren und Verdeutlichen von Gefühlen hat die Funktion, die Selbstempathie des Patienten als den wesentlichen Bestandteil (und das Ziel) des therapeutischen Prozesses zu fördern, und ist scharf abzugrenzen von einem Verständnisvollsein im Sinne einer mitleidvollen Haltung. Neuere Publikationen zeigen auch in der Gesprächstherapie in jüngster Zeit eine Tendenz zur Differenzierung in Krankheitslehre und Behandlungstechnik (TEUSCH u. FINKE, 1993). Die zentralen Komponenten des Therapeutenverhaltens, die als notwendige und zugleich hinreichende Bedingungen konstruktiver Veränderungsprozesse

angesehen werden, lassen sich zusammenfassend folgendermaßen beschreiben:

- Empathie (einführendes Verstehen, Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte)
- positive Wertschätzung (Akzeptanz, Achtung, Respekt, emotionale Wärme)
- Selbstkongruenz (Echtheit, Authentizität) (zum Überblick vgl. BIERMANN-RATJEN et al., 1986)

Zusammenhänge der gegenwärtigen Probleme des Patienten mit seiner infantilen Neurose werden im Rahmen der Gesprächspsychotherapie nicht diskutiert, besprochen wird jedoch die Bedeutung der subjektiven Erfahrungen, um so Symbolisierungsprozesse zu fördern. KÖHLER-WEISKER (1978), die gesprächstherapeutische und psychoanalytische Behandlungstechniken miteinander verglichen hat, kommt zu dem Schluß, daß (ähnlich wie in der Analyse der Übertragungsbeziehung) der Patient in der Gesprächspsychotherapie Gefühle wiederentdecken kann, die Objekten seiner Kindheit gegolten haben, mit der folgenden Möglichkeit, diese ins Ich zu integrieren. Gegenstand der Therapie ist hauptsächlich die Bearbeitung der Frage, was es verhindert, daß der Patient zu sich selbst eine solch empathischakzeptierende Beziehung aufnehmen kann, wie sie ihm der Therapeut anzubieten bemüht ist. In diesem Sinne wird Gesprächspsychotherapie als korrigierende Beziehungserfahrung verstanden mit dem Ziel der Internalisierung eines das Selbst empathisch spiegelnden inneren Objektes als psychische Struktur. Mit diesem Verständnis des therapeutischen Prozesses sind sich die Konzepte ROGERS' (1977) und FREUDS (1912) trotz großer Unterschiede in der sprachlichen Formulierung sehr ähnlich. Aufgrund eigener empirischer Untersuchungen konzeptionalisieren STUHR und MEYER (1991) die Personenzentrierte Therapie als eine Fokalthherapie mit einem invarianten, d. h. für alle Patienten identischen Focus: »Erkenne Deine Gefühle und drücke sie aus und akzeptiere Dich selbst. Dies ist das Entscheidende, das, was du brauchst, um leben zu können.« Demgegenüber stehen die individualisierten Focusformulierungen einer psychoanalytischen Fokalthherapie, die sich auf die spezifischen Symptome und/oder die Biographie beziehen (vgl. MEYER in Kap. II.A).

### *Indikation und Bewertung*

Die Gesprächspsychotherapie ist angeregt durch ROGERS selbst von Beginn an offen für empirische Psychotherapieprozeßforschung gewesen, so daß mittlerweile im deutschen Sprachraum eine Fülle von differenzierten Verlaufs- und Effektivitätsstudien vorliegen. In einem aktuellen Überblick der Forschungs-

befunde kommen MEYER et al. (1991) zu dem Ergebnis, daß eine ambulant durchgeführte gesprächspsychotherapeutische Einzel- als auch Gruppenbehandlung eine wirkungsvolle Therapie für Patienten mit unterschiedlichen neurotischen Störungsbildern zu sein scheint. Weniger geeignet scheint die Gesprächspsychotherapie jedoch für die ambulante als auch stationäre Behandlung schwer gestörter psychiatrischer Patienten. Besonders ungünstige Behandlungsergebnisse ergaben sich auch bei beziehungsunfähigen, sozial stark beeinträchtigten Patienten und solchen, die starke Abhängigkeitswünsche an die Therapeuten herantragen und sich von ihnen leiten lassen wollen. Außer im Rahmen der Heilbehandlung hat die Gesprächspsychotherapie im Selbsterfahrungsbereich Bedeutung erlangt und mit der expliziten Formulierung der Bestimmungsstücke einer hilfreichen Beziehung (Empathie, Akzeptanz, Echtheit) ebenfalls großen Einfluß auf Überlegungen zur Gestaltung des ärztlichen Gesprächs gehabt.

### 2.3 Gestalttherapie

Die Gestalttherapie gehört zu den «humanistischen Erlebnistherapien» und geht ursprünglich auf den Psychoanalytiker F. PERLS (1973) zurück; auch sie hat mittlerweile eine Reihe von Weiterentwicklungen erfahren (u. a. von POLSTER u. POLSTER, 1973); als deren bedeutendste kann die sogenannte integrative Gestalttherapie von PETZOLD (1984) angesehen werden. Diese Therapieform integriert theoretische Konzepte aus der Psychoanalyse (unbewußter Konflikt, Abwehrmechanismen), aus der Wahrnehmungs- und Denkpsychologie (Gestalttheorie), dem Behaviorismus und aus der Gruppendynamik. Aus der Gestalttheorie ist das Konzept des *Figur-Grund-Phänomens* entlehnt und auf Modelle der Persönlichkeitsentwicklung übertragen worden. So werden in der Terminologie der Gestalttherapie aktuelle Bedürfnisse als «Figur» bezeichnet auf dem Hintergrund der Wahrnehmung der Gesamtumwelt («Figur-Grund-Differenzierung»). Nach dieser Auffassung ist eine gesunde Person imstande, flexibel von einer «Figur» (d. h. Bedürfnis) zur nächsten überzugehen.

Seelische Erkrankungen resultieren aus «Blockierungen» dieser «Figur-Grund-Dynamik», d. h. durch Störung des «Kontaktes nach innen und außen» (z. B. durch Nicht-Wahrnehmen von Bedürfnissen), und sind vor allem bedingt durch Defizite in der Entwicklung (Deprivation) oder durch den Versuch, Angst und Schmerz zu vermeiden. In diesem Fall werden in dem resultierenden Konflikt Lebensenergien gebunden und Entwicklungspotentiale beschränkt; da «Gestalten sich nicht schließen können», werden die Grundmuster dieser Konflikte sich ständig wiederholen. (Verglichen mit den theoretischen Konzeptionen der Psychoanalyse erscheinen die Störungskonzepte der Gestalttherapie insgesamt jedoch relativ undifferenziert und global.) Die Gestalttherapie nimmt an, daß erst, wenn jemand auch seine negativ bewerteten Regungen und Gefühle gelten lassen kann, er die Kraft hat, sich neu zu entscheiden und sein Verhalten zu ändern; negative Affekte wie Angst, Frustration, Trauer oder Aggression werden nicht nur in Kauf genommen, sondern vielmehr als Motor der Entwicklung angesehen. Problematisch auch an diesem Ansatz erscheint vor allem, daß der Mensch quasi als ahistorisches Wesen aufgefaßt und die Bedeutung von Beziehungserfahrungen vernachlässigt wird.

#### *Therapeutisches Vorgehen*

Ein zentrales therapeutisches Grundprinzip besteht (ähnlich wie in der Psychoanalyse, allerdings aufgrund eines anderen theoretischen Verständnisses) darin, im Rahmen einer tragfähigen therapeutischen Beziehung dem Patienten mehr Bewußtheit («awareness») über seine aktuelle Situation zu ermöglichen. Wesentlich ist, dem Betreffenden den Konflikt zwischen Impuls («angefangener Gestalt») und Blockierung (Gegenimpuls) in gegenwärtigen Beziehungen erlebbar zu machen. Die therapeutischen Interventionen bestehen weniger aus Deutungen, eher im Verstärken der unmittelbar sichtbaren Befindlichkeit des Patienten, was eine sehr genaue Beachtung der nonverbalen Äußerungen impliziert. Die Gestalttherapie gilt als konfrontativ in dem Sinne, daß der Therapeut den Patienten anregt, sich positive und negative Regungen zuzugestehen und sie zu durchleben. In «Experimenten» läßt der Therapeut den Patienten erleben, was passiert, wenn er die Vermeidung überwindet. Dieses Zulassen der unterschiedlichen Facetten auch schmerzlicher Gefühle führt dazu,

daß der Betreffende sich mit diesen bisher weitgehend abgewehrten Ich-Anteilen schrittweise identifizieren kann. Bekannt geworden ist die Gestalttherapie auch dafür, eine Vielzahl therapeutischer Techniken formuliert zu haben; häufig eingesetzt wird beispielsweise die Inszenierung eines «inneren Rollenspiels» (Dialog mit sich selbst), in dem der Patient auf wechselnden Stühlen (Technik des leeren Stuhles) unterschiedliche Konflikttendenzen bzw. Konfliktpartner zu Wort kommen läßt. Die Interpretation von Phantasien und Träumen ist ebenfalls ein wichtiger Bestandteil gestalttherapeutischer Interventionen. Der Patient wird dazu veranlaßt, in der Gegenwart die Position jedes einzelnen Traumbildes einzunehmen; die Traumfiguren und -gegenstände werden dabei als entfremdete Ich-Anteile des Träumers aufgefaßt, die dieser aufgrund der Traumanalyse allmählich wieder in Besitz nehmen und akzeptieren bzw. sie im Leben auf angemessene Weise zum Ausdruck bringen kann. Gestalttherapie ist in der klinischen Praxis relativ weit verbreitet und findet sowohl als Einzel-, häufiger aber noch als Gruppentherapie statt.

#### *Indikation und Bewertung*

In der Literatur (vgl. MEYER et al., 1991) ist bisher weder der Indikationsbereich für Gestalttherapie noch die Frage nach differentiellen Modifikationen oder spezieller Techniken abgeklärt worden. Generell besteht die Tendenz, die Anwendungsmöglichkeiten als sehr umfassend einzuschätzen. In der Regel wird daher von den üblichen Psychotherapieanforderungen ausgegangen, wobei jedoch bei Patienten, die gefährdet sind, psychotisch zu dekompensieren, große Vorsicht geboten ist. Gegenwärtig läßt die empirische Befundlage keinerlei Aussagen über globale oder differentielle Wirksamkeit von Gestalttherapie zu.

### **2.4 Psychodrama**

Das Psychodrama wird ebenfalls zu den «humanistischen», erlebnisorientierten Psychotherapieverfahren gerechnet. Ursprünglich geht das Verfahren auf den Wiener Arzt J.L. MORENO (1973) zurück, der den Begriff der Gruppentherapie geprägt und als erster psychologische Meßverfahren zur Diagnostik und Beschreibung von Gruppenstrukturen (Soziometrie) entwickelt hat. Die Theorie

zum Psychodrama formuliert keine grundsätzlich neuen Modelle zur Entstehung psychischer Störungen, vielmehr werden je nach Ausrichtung des jeweiligen Therapeuten psychoanalytische, ich-psychologische oder auch lerntheoretische Konzepte herangezogen (s. auch MEYER in Kap. II.A).

#### *Therapeutisches Vorgehen*

Das Psychodrama wird überwiegend im gruppentherapeutischen Setting angewandt, selten in der Einzeltherapie als sogenanntes Monodrama. Über das umfangreiche Methodeninventar hat das Verfahren Ähnlichkeit zu anderen «humanistischen» Verfahren, insbesondere zur Gestalttherapie und körperorientierten Verfahren. Typisch für das Vorgehen ist das Umsetzen von Erlebnismaterial (z. B. interpersonelle Konflikte, aber auch imaginäre Vorstellungswelten wie Phantasien, Wünsche, Träume) mit Unterstützung des Therapeuten und der anderen Gruppenmitglieder in darstellbare Szenen, die durchgespielt und anschließend nachbesprochen werden. Hauptdarsteller bzw. Protagonist und Drehbuchautor ist dabei jeweils ein Patient (vgl. LEUTZ, 1974). Eine Psychodramasitzung verläuft üblicherweise in drei Phasen:

- *Gruppenanwärmphase*  
(dient diagnostisch-anamnestic Zielen sowie dem Erinnern und Sammeln von Erlebnis- und Konfliktmaterial)
- *eigentliche Spielphase*  
(hat psychokathartische Zielsetzung; durch Wiederholen im Rollenspiel sollen Konflikte in der Gegenwart konkretisiert und erlebbar werden)
- *Integrationsphase*  
(hat auch analytisch-aufarbeitende Funktion; die Gruppenmitglieder berichten über ihre gefühlshafte Anteilnahme am dargestellten Problem, indem sie aus der eigenen Biographie erinnern («sharing»); danach geben insbesondere die Mitspieler ein sogenanntes Identifikationsfeedback, d. h. differenzierte Rückmeldung über Erfahrungen und Erleben in den verschiedenen Rollen, um dem Protagonisten so eine erweiterte und differenzierte Sicht auf sein Problem zu eröffnen)

Im Bedarfsfall kann eine verhaltensmodifikatorische Phase angeschlossen werden, in welcher der Protagonist von der Gruppe vorgeschlagene Handlungsalternativen im Rollenspiel ausprobieren kann.

Auch dem Psychodramatherapeuten stehen eine Reihe unterschiedlicher Techniken zur Verfügung, u. a. das «Doppeln», hierbei fühlt sich der Therapeut in die jeweilige Situation und Gestimmtheit des Protagonisten ein und formuliert für diesen in der Ich-

Form, was ihn aktuell bewegen könnte. Weitere Techniken bestehen im «Spiegeln», d. h., ein Gruppenmitglied übernimmt kurzfristig die Rolle des Protagonisten, sowie im «Rollenrausch», wo der Protagonist in einer Spielszene die Rolle des jeweiligen Konfliktpartners übernimmt.

### *Indikation und Bewertung*

Psychodrama ist über den engeren therapeutischen Anwendungsbereich hinaus in einer Reihe anderer Kontexte eingesetzt worden, vor allem in Form des pädagogischen Rollenspiels, in der Erwachsenenbildung und der Supervision. Als Voraussetzung ist die Gruppenfähigkeit der einzelnen Teilnehmer zu fordern. Im stationären Setting ist die Psychodramatherapie gewöhnlich nur eine Komponente im Rahmen einer umfassenderen Behandlungskonzeption. Kontraindikationen ergeben sich für Patienten mit akuten Psychosen oder extremen sozialen Ängsten. Empirische Nachweise der Wirksamkeit fehlen bisher weitgehend, so daß dem Psychodrama zur Zeit nicht der Stellenwert eines umfassenden, für sich allein ausreichenden Therapieverfahrens zugesprochen werden kann.

### **Literatur**

- BALINT M: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Klett, Stuttgart 1991
- BIERMANN-RATJEN EM, ECKERT J, SCHWARTZ HJ: Gesprächspsychotherapie – Verändern durch Verstehen. Kohlhammer, Stuttgart 1986
- DIEHL BJM, MILLER TH (Hrsg.): Moderne Suggestionsverfahren. Hypnose – Autogenes Training – Biofeedback – Neurolinguistisches Programmieren. Springer, Heidelberg 1990
- ERICKSON MH, ROSSI EL: Hypnotherapie: Aufbau, Beispiele, Forschungen. Pfeiffer, München 1981
- ERICKSON MH, ROSSI EL, ROSSI SL: Hypnose. Induktion, psychotherapeutische Anwendung, Beispiele. Pfeiffer, München 1978
- FREUD S: Die Ratschläge für den Arzt in der psychoanalytischen Behandlung (1912). GW VIII, 9. Aufl., S. 376. Fischer, Frankfurt 1969
- GENDLIN ET: Focusing. Otto Müller, Salzburg 1982
- GRAWE K, DONATI R, BERNAUER F: Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen 1993
- HERRMANN JM: Katathymes Bilderleben. In ADLER R, HERRMANN JM, KÖHLER K, SCHOENCKE OW, VON UEXKÜLL T, WESIACK W (Hrsg.) Psychosomatische Medizin, S. 343. Urban & Schwarzenberg, München 1990
- JOVANOVIĆ UL: Methodik und Theorie der Hypnose. Fischer, Stuttgart 1988
- KÖHLER-WEISKER A: Freuds Behandlungstechnik und die Technik der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie nach Rogers. Psyche 32, 827– 847, 1978
- KOSSAK HC: Lehrbuch der Hypnose. Beltz, Weinheim 1993
- KRAFT H: Autogenes Training. Methodik, Didaktik und Psychodynamik. Hippokrates, Stuttgart 1983
- LEUNER HC: Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie (3. Auflage von «Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens»). Huber, Bern 1994
- LEUNER HC: Katathymes Bilderleben, Grundstufe. Thieme, Stuttgart 1989
- LEUNER HC, HENNIG H, FIKENTSCHE E (Hrsg.): Katathymes Bilderleben in der therapeutischen Praxis. Schattauer, Stuttgart 1993
- LEUNER HC, KOTTJE-BIRNBACHER L, SACHSSE U, WÄCHTER M: Gruppenimagination – Gruppentherapie mit dem Katathymen Bilderleben. Huber, Bern 1986
- LEUNER HC, SCHROETER E: Indikation und spezifische Applikation der Hypnosebehandlung. Huber, Bern 1975
- LEUTZ A: Das klassische Psychodrama nach J.L. MORENO. Springer, Berlin 1974
- LOHMANN R: Suggestive und übende Verfahren. In ADLER R, HERRMANN JM, KÖHLER K, SCHOENCKE OW, VON UEXKÜLL T, WESIACK W (Hrsg.) Psychosomatische Medizin, S. 331. Urban & Schwarzenberg, München 1990
- MASLOW AH: Psychologie des Seins. Ein Entwurf. Kindler, München 1973
- MEYER AE, RICHTER R, GRAWE K, VON DER SCHULENBERG G, SCHULTE B: Forschungsgutachten zu Fragen eines psychotherapeutischen Gesetzes. Im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf 1991
- MORENO JL: Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Einleitung in die Theorie und Praxis. Thieme, Stuttgart 1973
- PERLS FS: Grundlagen der Gestalttherapie. Pfeiffer, München 1973
- PETZOLD H: Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Junfermann, Paderborn 1984
- POLSTER E, POLSTER M: Gestalttherapie: Theorie und Praxis der integrativen Gestalttherapie. Kindler, München 1973

- QUITMANN H: Humanistische Psychologie. Hogrefe, Göttingen 1985
- ROGERS CR: Die klientbezogene Gesprächspsychotherapie. Kindler, München 1973
- ROGERS CR: Therapeut und Klient. Kindler, München 1977
- ROGERS CR: Lernen in Freiheit. Kösel, München 1979
- ROGERS CR: Der neue Mensch. Klett-Cotta, Stuttgart 1981
- SCHULTZ JH: Hypnose-Technik. Fischer, Stuttgart 1983
- SCHULTZ JH: Das autogene Training – konzentrierte Selbstentspannung. Thieme, Stuttgart 1987
- STUHR U, MEYER AE: University of Hamburg: Hamburg short-term psychotherapy comparison study. In BEUTLER L, CRAGO M (ed.) Psychotherapy research: An international review of programmatic studies, p. 212. 1991.
- TAUSCH R, TAUSCH AM: Gesprächspsychotherapie. Hilfreiche Gruppen- und Einzelgespräche in Psychotherapie und alltäglichem Leben. Hogrefe, Göttingen 1990
- TEUSCH L, FINKE J (Hrsg.): Krankheitslehre der Psychotherapie. Asanger, Heidelberg 1993
- WILKE E, LEUNER HC (Hrsg.): Das Katathyme Bilderleben in der Psychosomatischen Medizin. Huber, Bern 1990