

33 ■ Allgemeine Prinzipien der Psychotherapie

Horst Kächele

In der medizinischen Literatur findet man fast in jedem Fachbereich ein Lehrbuch, das die allgemeinen Prinzipien eines Faches erläutert. Ein Lehrbuch „Allgemeine Pathologie“ diskutiert die allgemeinen Prinzipien; eines der „Speziellen Pathologie“ benennt differente, spezielle Themen. Die „Allgemeine Psychopathologie“ des Heidelberger Psychiaters Jaspers liegt schon in der 8. Auflage vor (Jaspers 1965). Im vorliegenden „Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin“ sind mehr als die Hälfte der Kapitel allgemeinen Themen gewidmet; die einzelnen Krankheitsbilder werden in speziellen Kapiteln abgehandelt. Was also liegt näher als auch für das große Gebiet der Psychotherapie eine „Allgemeine Psychotherapie“ von einer „Speziellen Psychotherapie“ zu unterscheiden, in der die verschiedenen Formen von Psychotherapie behandelt werden?

33.1 ■ Definition von Psychotherapie

Zur Einführung betrachten wir die bekannteste Definition von Psychotherapie im deutschen Sprachraum, die von dem Wiener Sozialpsychiater und Psychoanalytiker Strotzka (1975) in einem der ersten integrativen Lehrbücher der Psychotherapie veröffentlicht wurde und nach wie vor auch in Standardlehrbüchern der Psychiatrie (Hohagen 1999: 133) und Klinischen Psychologie (Wittchen und Hoyer 2007: 412) verwendet wird:

Kasten_1

Kasten_1_Titel

Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess

- zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen
- die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden
- mit psychologischen Mitteln meist verbalen, aber auch averbal
- in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit)
- mittels lehrbarer Techniken
- auf der Basis einer Theorie des normalen and pathologischen Verhaltens (Strotzka 1975: 4)

Kasten_1_Ende

Ohne dass explizit auf eine der bekannten oder weniger bekannten Formen von Psychotherapie Bezug genommen wird, werden durch diese Definition allgemeine Merkmale ersichtlich. Vieles, das ‚psychotherapeutisch‘ anmutet, wird ausgegrenzt, wenn das Kriterium einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens ernst genommen wird. Dies gilt besonders für die bunte Welt der X-Therapien, die sich schwer tun, diesen Punkt des Kriterienkatalogs zu erfüllen. Es gehört wohl zum Kernbestand vieler „Therapien“, eben keine Theorie oder nur schwach elaborierte Theorieskizzen über das menschliche Verhalten als theoretische Basis zu explizieren.

Mittels lehrbarer Techniken soll eine bewusst geplante Interaktion eingeleitet werden, die geeignet ist, Verhaltensstörungen und Leidenszustände zu beeinflussen. Die Unterscheidung von objektiv erfassbaren und subjektiv bestehenden Zuständen gibt dieser Definition eine besondere Relevanz, denn damit wird dem subjektiven Faktor – politisch brisant in der somatisch geprägten Medizin – Rechnung getragen. Die Betonung dieses subjektiven Moments prägt psychotherapeutisches Handeln durchgehend; ohne dass dies explizit beabsichtigt war, steht Psychotherapie immer schon im kontextuellen Bannkreis von Uexkülls Situationskreis. Nur dadurch, dass durchgängig Bedeutung und Bedeutungszuschreibung verhandelt wird, ist Psychotherapie durchführbar. Psychotherapie ist keine Naturwissenschaft, sondern immer eine sozialwissenschaftlich fundierte Tätigkeit (Buchholz 1999). Dies führt auch zu der Bestimmung, dass nur in einem Konsensus der Beteiligten (Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) eine Störung oder ein Leidenszustand als behandlungsbedürftig wird gelten können. Damit wird die mögliche Reichweite psychotherapeutischen Handelns bestimmt, die weit in berufspolitische und rechtliche Sphären hineinreicht, wie an der erst 1967 erfolgten Anerkennung der Leistungspflicht der Krankenkassen abzulesen ist (Rüger et al. 2008). Es scheint sich von selbst zu verstehen, dass Psychotherapie meist mit verbalen psychologischen Mitteln durchgeführt wird. Aber die Etablierung musischer/künstlerischer Therapieverfahren in der psychosomatischen Medizin zeigt, dass pathogene seelische Prozesse nicht nur mit sprachlichen Mitteln erreicht werden können (Kächele et al. 2003).

Eine wesentliche Bestimmung von psychotherapeutischer Arbeit liegt auch in der Zielorientierung; dabei sollten es nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitete Ziele sein. Gewiss ist Symptomminimalisierung in körperlichen, seelischen und interpersonellen Bereichen das primäre erstrebenswerte Ziel; ob eine sog. Strukturänderung der Persönlichkeit erreicht werden kann, gehört zum utopischen Bestand der Psychoanalyse.

33.2 Voraussetzungen

Zu den Prinzipien einer allgemeinen Psychotherapie gehören zunächst Voraussetzungen, die teilweise rein formaler Natur sind wie z. B. Zeit und Raum: Psychotherapeutische Aktivität kann wohl in einzelnen Fällen an ungewöhnlichen Orten stattfinden; i. d. R. aber ist die Herstellung eines geschützten Raumes und einer fest verabredeten Zeit eine notwendige, wenn auch noch nicht hinreichende Forderung. Mitarbeiter in somatischen Kliniken kennen das Problem, dass sie oft bei dem Versuch psychosomatischer Konsultationen gestört werden, da kein Schild „Bitte nicht stören“ diese grundlegende psychotherapeutische Forderung schützt.

Die Festlegung von Zeit und Raum hat für bestimmte soziale Handlungen eine strukturbildende Funktion. Viele Beispiele verweisen auf die biologisch und gesellschaftlich verankerte Rhythmisierung des Lebensprozesses; Regelmäßigkeit kann eine identitätsstiftende Funktion haben (Thomä und Kächele 2006: 272).

Das Konzept eines personal space (Sommer 1969) ist nicht nur für die stationäre Psychotherapie von Bedeutung, sondern in jedem Behandlungssetting bedeutsam. Die Qualität der Sitzgelegenheiten, die räumliche Anordnung von Sesseln, Couch, Zimmereinrichtung etc. gehört zu den nur informell diskutierten Themen.

Teilweise sind die Voraussetzungen inhaltlicher Natur wie z. B.:

1. die Bereitschaft, über Probleme zu sprechen,
2. die Entwicklung einer Bindung,

3. die Entwicklung selbstkritischer Funktionen in Abwesenheit des Therapeuten.

Zu 1 Die große Divergenz zwischen epidemiologisch identifizierbaren psychogenen Störungen und der faktischen Nachfrage nach Behandlung selbst in gut versorgten städtischen Gebieten (Franz et al. 1990) illustriert die nicht zu überschätzende Bedeutung dieser Voraussetzung für Psychotherapie. Das beliebte Motto „Wasch mich, aber mach mich nicht nass“ illustriert eine nicht selten anzutreffende Erwartungshaltung vieler potenzieller Patienten. Denn die Interessenlage zwischen Patienten und Therapeuten ist keineswegs eindeutig; das Dilemma zwischen „so viel wie nötig“ und „so viel wie möglich“ führt zu vier potenziell konflikthaften Feldern (Tab. 33.1):

Tab. 33.1

Tab. 33.1 **Bitte Tabellenüberschrift ergänzen**

| | |
|-------------------------|------------------------|
| P: so wenig wie möglich | P: so viel wie möglich |
| T: so wenig wie nötig | T: so wenig wie nötig |
| P: so wenig wie nötig | P: so viel wie nötig |
| T: so wenig wie möglich | T: so viel wie möglich |

Die beiden am therapeutischen Prozess Beteiligten haben auszuhandeln, für welche der verschiedenen Optionen sie sich gemeinsam entscheiden, was unter dem Stichwort **Indikation** erörtert wird (Kap. 32 **###bitte prüfen###**). Ein Großteil der im Felde verfügbaren Behandlungsformen stellen Verwirklichungen dieser Entscheidungsprozesse dar. Dabei kann man getrost von der Annahme ausgehen, dass irgendeine Form von Psychotherapie besser ist als gar keine.

Zu 2 Die Notwendigkeit, eine Bindung an die therapeutische Arbeit zu entwickeln, wird durch den ubiquitär zu beobachtenden Umstand belegt, dass ca. 10 % der Patienten an Ambulanzen/Beratungsstellen einen Termin verabreden, zu dem sie dann nicht erscheinen werden. Mit dem Terminus **Bindung** ist inzwischen ein über die umgangssprachliche Verwendung hinaus reichhaltiges Forschungsfeld entstanden, das die Relevanz von Bindungsmerkmalen für das Zustandekommen therapeutischer Arbeit eindrucksvoll belegt (Schauenberg und Strauss 2002).

Die Bedeutung dieser klinischen Bindungsforschung für die Psychosomatik wird durch die Frage deutlich, ob Zusammenhänge zwischen unsicherer Bindung und Problemen der Arzt-Patient-Beziehung und des Krankheitsverhaltens bestehen.

Eine vermeidende Bindungsstrategie geht mit geringerer Inanspruchnahme von Behandlungen und verwickeltes Bindungsverhalten mit einer hohen Inanspruchnahme einher. Es ist also eine erhöhte Aufmerksamkeit auf Bindungsmuster besonders bei sog. Problempatienten zu empfehlen, und dies würde alle Bereiche der medizinischen Versorgung betreffen (Waller et al. 2004).

Das Fazit dieses bindungstheoretisch fundierten Befundes ist eindeutig: Die Herstellung einer sicheren An-Bindung muss erstes Ziel einer psychotherapeutischen Intervention sein (Bowlby 1995). Eine gute Therapiebeziehung vermittelt dem Patienten eine Fülle positiver Erfahrungen im Hinblick auf zwei akut aktivierte Grundbedürfnisse: das nach Kontrolle und das nach einer verlässlichen Geborgenheit und Unterstützung gewährenden Beziehung (Grawe 1998: 538).

Zu 3 Die dritte Voraussetzung – die **Entwicklung selbstkritischer Funktionen in Abwesenheit des Therapeuten** – ist zwar im Vorfeld noch schwer abschätzbar, trägt aber entscheidend zum Gelingen des Unternehmens bei. Psychotherapeutische Arbeit schafft einen zeitlich

sehr umgrenzten Zwischenraum, der eine Fähigkeit des Patienten erfordert, zwischen den Sitzungen eine innere Verbindung zu halten. Die Befunde von Zeeck et al. (2004) mit dem „Inter-Session Questionnaire“ machen deutlich, dass die Herstellung der Fähigkeit, einen inneren Dialog mit dem Therapeuten zwischen den Sitzungen zu führen, das eigentliche Ziel von Behandlung sein muss, da dort in der inneren Arbeit – bewusst und oder unbewusst –, die verändernde Wirkung von Psychotherapie vonstatten geht. Viele klinische Diskussionen kreisen um die Frage, welche therapeutische Dosis in welchem zeitlichen Abstand wohl nötig ist, um einen gelingenden therapeutischen Prozess zu ermöglichen. Wenn das verfügbare ambulante Angebot nicht ausreicht, ist oft die Indikation für den therapeutischen 8-Stunden-Tag in der Tagesklinik oder in der stationären Psychotherapie gegeben.

33.3 ■ Der gemeinsame Nenner

Die verschiedenen therapeutischen Verfahren haben einen gemeinsamen Nenner: Es gilt zunächst, eine therapeutische Situation herzustellen. Allgemeine Prinzipien, die zur Gestaltung und Aufrechterhaltung der therapeutischen Situation beitragen, sind vielfältig. Psychotherapie wurde als **talking cure** erfunden; so ist es notwendig, sich mit der optimalen Mischung von Aktivität und Passivität zu befassen, die besonders im Reden und Schweigen ihren Ausdruck findet. Es gilt die verschiedenen diskursiven Techniken wie Exploration, Klärung, Konfrontation, Interpretation und direktive Anweisungen in ihrer Funktionsweise zu verstehen. Durch die Beiträge der Konversationsanalyse beim Studium von Verbatimprotokollen von therapeutischen Dialogen ist die klinische Relevanz dieser gesprächsgestaltenden Mittel deutlich worden (Streeck 2004). Haltung, Gestik und Mimik regulieren in interaktiver Verschränkung den Austausch zwischen Patient und Therapeut. Für den mimischen Kanal wurden bahnbrechende Untersuchungen von Krause et al. (1992) vorgelegt; für andere außersprachlich kommunikativen Bereiche ist vieles noch ungeklärt. Systematische Zusammenhänge zwischen der Vielzahl von Prozessvariablen und dem Ergebnis belegen die Komplexität therapeutischer Prozesse (Orlinsky et al. 2004).

33.4 ■ Das generische Modell von Psychotherapie

Vor zwanzig Jahren wurde mit dem **Generic Model of Psychotherapy** (Orlinsky und Howard 1987) ein konzeptuelles Rahmenmodell vorgelegt, das die vorliegenden empirischen Befunde in eine kohärente Gesamtschau des therapeutischen Prozesses einbindet (Abb. 33.1).

Abb. 33.1

Abb. 33.1 ■ Das **Generic Model of Psychotherapy**.

Dieses Modell gliedert und definiert unterschiedliche Ebenen therapeutischer Prozesse. Das psychotherapeutische Versorgungssystem steckt den generellen Rahmen ab, der gesellschaftlich vorgegeben ist bzw. gesellschaftlich legitimiert wird. So werden z. B. selbst in den europäischen Staaten unterschiedlich reichhaltige psychotherapeutische Versorgungssysteme angeboten, werden auf unterschiedliche Weise Berufsgruppen zur Ausübung des Berufes zugelassen (in Deutschland Ärzte, Psychologen und Heilpraktiker

nach HPG) und nicht zuletzt wird in sehr unterschiedlichem Maße eine Finanzierung durch die Krankenkassen sichergestellt.

33.5 Richtlinien-Psychotherapie

So wurde mit der Einführung der Richtlinien-Psychotherapie in die kassenärztliche Versorgung 1967 in der BRD der Anspruch der Patienten zunächst nur auf aktuell definierte seelische und psychosomatische Krankheit beschränkt, da anfangs die Sorge bestand, dass das Versorgungssystem durch eine schleichende Ausweitung des Krankheitsbegriffs überfordert werden würde: Nicht die Behauptung der Patient sei krank, kann genügen, sondern nur der Erweis einer krankhaften Störung im Sinne der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Nur mithilfe der ätiologischen statt konditionalen Betrachtungsweise kann im weiten Bedingungsfeld einer Biographie über Art und Umfang der Therapie im Sinne der Richtlinien entschieden werden (nach Faber 1981). Patienten und Therapeuten weisen personale und therapiebezogene Merkmale auf, die unterschieden werden müssen. Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Psychotherapie (Strauß et al. 2002) ist ein Beispiel für ein personales Merkmal, die Identifizierung von therapeutisch hilfreichen Merkmalen von Therapeuten ein anderes (Kächele 2006). Die therapiebezogenen Merkmale wirken im Rahmen des abzuschließenden Behandlungsvertrages auf die jeweilige Gestaltung der therapeutischen Rollen ein. Das Beziehungsverhalten beider an der Therapie Beteiligten führt zum therapeutischen Bündnis, zur therapeutischen Allianz.

33.6 Die therapeutische Allianz

Die therapeutische Allianz dürfte das wichtigste technische Prinzip nicht nur der psychodynamischen Therapieformen sein, sondern wie heute allgemein anerkannt wird, in allen Behandlungsmodalitäten (Horvath und Bedi 2002). Was ist damit gemeint, und warum spricht man auch von einer „hilfreichen Beziehung“, wenn diese Allianz gemeint ist? Die therapeutische Allianz bzw. hilfreiche Beziehung ist eine Bezeichnung für eine Reihe offensichtlich verwandter Phänomene, in denen sich widerspiegelt, in welchem Maße der Patient die Beziehung zum Therapeuten als hilfreich bzw. möglicherweise hilfreich für das Erreichen der Behandlungsziele erlebt. Dieses steht im Einklang mit Freuds Empfehlung, dass die milde positive Übertragung als „Trägerin des Erfolgs“ (1912: 371) betrachtet werden sollte.

Luborsky (1984) empfiehlt gestützt auf vielfältige empirische Untersuchungen zur Förderung einer hilfreichen Arbeitsbeziehung u. a. folgende Interventionen:

- Unterstütze den Patienten durch Sprache und Verhalten in seinem Bestreben, die Behandlungsziele zu erreichen.
- Vermittle dem Patienten ein Gefühl von Verständnis und Akzeptanz.
- Entwickle Sympathie für den Patienten.
- Hilf dem Patienten dabei, notwendige Abwehrformen und Handlungen beizubehalten, die seine Lebenstüchtigkeit fördern.
- Vermittle dem Patienten die realistisch-zuversichtliche Einstellung, dass die Behandlungsziele wahrscheinlich zu erreichen sind.
- Anerkenne bei geeigneter Gelegenheit, dass der Patient seinen Behandlungszielen schon näher gekommen ist.

- Rege den Patienten an, seine Gedanken und Gefühle im Zusammenhang mit bestimmten Themen auszudrücken.
- Fördere ein „Wir-Bündnis“.
- Vermittle dem Patienten deine Achtung und Wertschätzung.
- Weise auf Erfahrungen hin, die Patient und Therapeut in der Therapie gemeinsam gemacht haben.

Die therapeutische Beziehung ist das am besten untersuchte Phänomen im Fach Psychotherapie. Gemeinsamkeiten mit der in der Gesprächspsychotherapie zum Eckpfeiler erklärten Einstellungen sind nicht nur zufällig. Es besteht Übereinstimmung darin, dass das Konzept ein multidimensionales Konstrukt ist, an dem sich vier Aspekte differenzieren lassen:

- die Fähigkeit des Patienten, zielgerichtet in der Therapie arbeiten zu können
- die affektive Verbundenheit des Patienten mit dem Therapeuten
- das empathische Verstehen und die Involviertheit des Therapeuten
- die Übereinstimmung von Patient und Therapeut hinsichtlich der Behandlungsaufgaben und -ziele

Ist es übertrieben zu sagen, dass die **therapeutische Allianz** die „förderliche Umgebung“ ist, die es ermöglicht, therapeutische Aufgaben effektiv zu lösen, **und** zugleich selbst heilendes therapeutisches Agens ist? Die Ergebnisse einer Metaanalyse aus 15 Jahren **Alliance-**Forschung sprechen eine klare Sprache:

- **Alliance** (bereits aus frühen Therapiestunden) ist ein Prädiktor für den Therapieerfolg, unabhängig vom psychotherapeutischen Verfahren, der Diagnose und Patientenmerkmalen.

(Ein Problem liegt dabei in der Konfusion von Therapieerfolg und **Alliance**: „Ich fühle mich besser, deshalb kann ich mich mehr auf die therapeutische Beziehung einlassen“.)

- Therapeut und Patient stimmen in der Einschätzung der **Alliance** meist nicht überein.

Die Entwicklung einer positiven **Alliance** bedarf der Beteiligung beider Interaktionspartner (d. h. bipersonales Modell); wenn keine positive Allianz zustande kommt, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Therapie nicht erfolgreich verläuft. Störungen in der therapeutischen Beziehung bedürfen der unmittelbaren und sorgfältigen Bearbeitung – Aspekten des „Hier und Jetzt“ ist dabei der Vorzug zu geben, statt den Wiederholungsaspekt eines bestimmten Verhaltens hervorzuheben. Wie verschieden auch die Verfahren und Methoden in ihren speziellen technischen Operationen sind, so bildet die Herstellung einer hilfreichen Beziehungserfahrung die gemeinsame Grundlage (**common ground**) aller Methoden.

33.7 ■ Generische Wirkprinzipien

Weitere generische Wirkprinzipien wurden auch von Grawe (1998) herausgestellt, die durch Forschungsergebnisse bestens abgestützt sind:

- Ressourcenaktivierung
- Problemaktualisierung
- aktive Hilfe zur Problembewältigung
- Klärungsperspektive

Diese vier allgemeinen Dimensionen kommen in den verschiedenen Therapieformen in unterschiedlicher Weise zum Tragen. Die psychodynamisch-psychoanalytischen und gesprächstherapeutischen Methoden betonen die Klärungsperspektive; die Verhaltenstherapie setzt vermehrt auf Hilfe zur Problembewältigung. Eine

Problemaktualisierung schafft die Voraussetzung, um eine angemessene Vertiefung in die vom Symptom ausgehende interpersonelle Konfliktlage zu erreichen (Benjamin 2003). So gehört es zu den Aufgaben des Therapeuten, zusammen mit dem Patienten in den ersten Gesprächen ein Problem zu definieren und ihm dann einen Weg zur Problemlösung vorzuschlagen. Mit der exquisit sozialen Natur dieses Vorgangs der Problemdefinition und der damit verbundenen Eröffnung eines Weges durch Psychotherapie als einer medizinischen Leistung sind wir immer dann konfrontiert, wenn neue Problemfelder und dafür geeignete Lösungsvorschläge – für das kranke System Familie z. B. Familientherapie – verhandelt werden.

Besondere Aufmerksamkeit ist jedoch der **Ressourcenaktivierung** zu schenken, die nach Grawe das am meisten vernachlässigte Thema der Therapieforschung und der klinischen Praxis sein dürfte. Unter diesem Wirkfaktor werden alle individuellen und interpersonellen Fähigkeiten verstanden, die ein Patient in die Therapie mitbringt:

„Der Trend zu einer stärkeren Problemspezifizierung und zu einem differentiellen Vorgehen durchzieht die gesamte gegenwärtige Psychotherapie. ... Es gibt gute Gründe für die Annahme, dass die Ressourcen der Patienten für die Indikation und Wirkung von Psychotherapien eher eine noch größere Bedeutung haben als die Art ihrer Probleme. ... Der Erfolg einer Psychotherapie hängt vor allem davon ab, inwieweit es gelingt, die vom Patienten mitgebrachten Ressourcen für die therapeutischen Zwecke zu aktivieren.“
Grawe und Gerber 1999: 63

Dieses kann nur unter Mitwirkung des Therapeuten optimal gelingen, weshalb die Kompetenz von Therapeuten zur Nutzung dieses Wirkfaktors systematisch geschult werden muss. Gleichzeitig wird verständlich, dass die vom Patienten mitgebrachten Ressourcen zum Therapieangebot passen müssen. Spezifische Merkmale der Therapie treten somit in Wechselwirkung mit spezifischen Ressourcen der Patienten, nicht mit deren Defiziten (Grawe 1998: 547). Es ist deshalb unzutreffend, diese Wechselwirkung als ‚unspezifisch‘ zu bezeichnen, wie dies lange Zeit der Fall war (Kächele 1988). Es ist erst recht unangemessen, hier von Placebowirkung zu sprechen.

Nachdem das Feld der Psychotherapie zunächst 1952 von Eysencks Behauptung aufgerüttelt wurde, die Spontanheilungsquote sei höher als die Besserungsquote psychoanalytischer Therapieformen, betonte J. Frank in seinem inzwischen zum Klassiker gewordenen, 1981 auch auf deutsch erschienenen Buch **Persuasion and Healing** (dt. Die Heiler) Folgendes: „Da die Wirksamkeit psychotherapeutischer Methoden zumindest teilweise in dem gemeinsamen Glauben der Beteiligten an diese Wirksamkeit gründet, kann man erwarten, dass in den verschiedenen Gesellschaften und Geschichtsepochen jeweils andere Methoden vorherrschen.“ (Frank 1981: 22)

Statt ungenau von Placebowirkung zu sprechen, ist es angemessener, die empirisch gut geprüfte Auffassung zu vertreten, dass der gemeinsame, in allen Psychotherapieformen stattfindende Wirkmechanismus der Ressourcenaktivierung als Erklärung für das sog. Äquivalenzparadox (Stiles et al. 1986) herangezogen werden kann.

Diese Sichtweise wird auch durch die gegenwärtige Befundlage zu den Quellen therapeutischer Ergebnisvarianz unterstützt. Aufgrund der Befunde von Wampold (2001) sowie Lambert und Ogles (2004) ist die Vorhersage von Behandlungserfolgen durch verschiedene Komponenten bedingt (**Abb. 33.2**):

Abb. 33.2

Abb. 33.2 Vorhersage von Behandlungserfolgen.

Auch wenn gegenwärtig störungsspezifische Therapieformen Konjunktur haben (s. unten), ist doch beachtlich, wie wenig der Technikanteil an dieser prozentualen Aufteilung beteiligt ist. Die wissenschaftliche Prüfung der Wirksamkeit von Therapiemethoden im randomisierten, kontrollierten Experiment ist eines; in der praktischen Anwendung spielen allgemeine Wirkprinzipien eine bedeutsamere Rolle (Leichsenring 2004).

33.8 ■ Therapiemanuale – Schulung versus Intuition

Vor über 20 Jahren wurden „Psychotherapie-Manuale“ zum beherrschenden Thema. Nachdem Beck et al. (1979) ein Manual der kognitiven Therapie vorgelegt hatten, erschienen 1984 zeitgleich zwei psychodynamische Manuale (Luborsky 1984; Strupp et al. 1984), die ebenfalls aus einem Forschungskontext erwachsen waren. Im gleichen Jahr wurde das Manual „Interpersonelle Therapie“ (Klerman et al. 1984), ein geglücktes Hybrid aus Psychodynamik, Sozialarbeit und Verhaltenstherapie, veröffentlicht.

Die Einführung von Manualen signalisierte eine neue Spielregel der US-Forschungsförderung: Gefordert wurden nun kontrollierte Studien, bei denen analog zu dem in der klinischen Medizin hochgeschätzten Verfahren des **clinical trial** nach experimenteller Prüfung einer Substanz im klinischen Versuch deren Wirksamkeit nachgewiesen werden muss. Damit wurden Therapiestudien, bei denen nur eine Zwei-Punkte-Messung – Beginn und Ende – vorliegt, als unzureichend erklärt; die tatsächlich zur Anwendung kommende psychotherapeutische Intervention muss zuverlässig bestimmbar sein und mit dem Effekt in Beziehung gesetzt werden.

Psychotherapie-Manuale müssen deshalb die folgenden drei Kriterien erfüllen (nach Luborsky 1984: 4):

- Die Behandlungsempfehlungen sollen so vollständig wie bei der Art der Behandlung möglich sein.
- Das Manual soll die Behandlungsprinzipien erläutern und die Operationen spezifizieren, die der Therapeut durchzuführen hat.
- Das Manual soll ein Satz von Einschätzungsskalen haben, die den Grad erfassen, mit dem der Therapeut seine Aufgaben auch wirklich erfüllt hat.

Psychotherapiemanuale sollen sicherstellen, dass Therapeuten auch das tun, was sie nach ihrer eigenen Therapietheorie tun sollen. Und genau dies wird zunächst einmal erreicht: dass geklärt werden muss, welche Elemente als **essentials** einer Therapiemethode zu gelten haben. So vertritt Luborskys Text den Anspruch, die wesentlichen kurativen Prinzipien des psychoanalytischen Behandlungsparadigmas in seine Darstellung aufgenommen zu haben. Die Einführung solcher Manuale löste bei vielen Klinikern, allerdings besonders bei den psychodynamisch orientierten, die Befürchtung aus, dass die manualgeleitete Therapie zu einer Beschränkung des individuellen Handlungsspielraums führe. Gewiss sind für verhaltenstherapeutische Ansätze solche manualbasierten Spezifizierungen weniger problematisch, aber auch dort wird um die praktisch-klinische Relevanz gestritten. Schon früh konnte gezeigt werden, dass die Therapeuten mit dem größten Reinheitsgrad ihrer Technik, gemessen mit einer Einschätzung ihres Interventionsverhaltens im Hinblick auf die durchgeführte Therapiemethode, auch die besten Erfolge zeigen (Luborsky et al. 1982). Inzwischen ist hinreichend bekannt, dass mit erheblichen Schwankungen der therapeutischen Qualität bei einem Therapeuten wie auch zwischen verschiedenen

Therapeuten zu rechnen ist (Sandell 2007). Angesichts der Tatsache, dass, wie oben gezeigt, ein großer Teil der Varianz von Behandlungsergebnissen durch die Schwere der Pathologie des Patienten bestimmt wird, muss sich die Aufmerksamkeit auf die technischen Probleme der psychotherapeutischen Behandlung jener Patienten richten, die eine schlechte Prognose mitbringen. Unter dieser Fragestellung könnte die kompetente Technik des Therapeuten entscheidend sein.

Lässt sich daraus folgern, dass sowohl Manualverwendung als auch individuelle Expertise berücksichtigt werden sollten?

Auch in der Vanderbilt-2-Studie der Struppschen Arbeitsgruppe sollte die Auswirkung einer gezielten Schulung mittels des oben erwähnten Manuals von erfahrenen Therapeuten auf den Behandlungsverlauf und Ausgang untersucht werden. Dabei stand die Analyse einzelner Patient-Therapeut-Dyaden vor und nach Schulung der Therapeuten im Mittelpunkt (Bein et al. 2000).

Diese neuere Studie zu Vor- und Nachteilen der Manualisierung im Vergleich von gleichermaßen erfahrenen Psychotherapeuten mit oder ohne explizite Schulung in manualisierter Therapie ergab im Ergebnis keine bedeutsamen Unterschiede.

Im deutschen Sprachraum propagiert der Verhaltenstherapeut Schulte schon lange die Überlegenheit von standardisierter gegenüber maßgeschneiderter Behandlung bei phobischen Patienten (Schulte et al. 1992); eine holländische kognitiv-behavioral ausgerichtete Gruppe hingegen wies einen negativen Effekt der Manualisierung bei Zwangsstörungen sowohl auf das Symptomniveau als auch das allgemeine Funktionsniveau nach (Emmelkamp et al. 1994).

In die gleiche Richtung weist auch eine Re-Analyse der **Multi-Center Collaborative Study for the Treatment of Panic Disorder** aus der kognitiv-behavioralen Gruppe von Barlow (Hupert et al. 2001). Diese Studie förderte noch stärkere Effekte der therapeutischen Erfahrung zugute, als sie für das Depressionsprojekt des **National Institute of Mental Health** (NIMH) zur Behandlung der Depression von Blatt et al. (1996) identifiziert werden konnten.

Überraschend hohe Effektstärken für die allgemeine therapeutische Erfahrung in ihrer Auswirkung auf das Angstniveau der Patienten und nur geringe Effekte des Ausmaßes, mit dem kognitive Therapieelemente durchgeführt wurden, legen nahe **"that what is relevant about experience may be general clinical contact rather than the development of specific proficiencies."** (Beutler et al. 2004: 240)

Folgende Schlussfolgerung lässt sich ziehen: Allgemeines Therapiewissen ist wichtiger als Expertise in einem Verfahren (Hupert et al. 2001). Dies belegt eine von Shaddish et al. (2000) durchgeführte umfangreiche Metaanalyse von 90 Studien; sie zeigt, dass naturalistisch angewandte Psychotherapien den manualisierten Behandlungen ebenbürtig waren: **„Sowohl in klinisch repräsentativen und nicht repräsentativen Stichproben von Patienten erzeugten die beiden Formen von Behandlung gleichartige Raten der Verbesserung, die auch mit der Dauer von Behandlung anstiegen.“** (Beutler et al. 2004: 246). **###Handelt es sich hier wirklich um ein Zitat? Warum dann in deutscher Sprache, vgl. die beiden aus derselben Quelle.###** Als Fazit formuliert: **„Those who know least, are able to benefit from manualized treatment most.“** (Beutler et al. 2004: 246)

Dies spricht für den Gebrauch von Manualen für den Anfänger und widerspricht der Notwendigkeit den klinisch Erfahrenen eng an die Leine eines Manuals zu binden.

Ohne Zweifel verstärkt die Entwicklung zu störungsspezifischen, empirisch gestützten Therapieformen (Chambless und Hollon 1998) eine technokratische Perspektive. Dabei müsste eine gewisse Ratlosigkeit aufkommen, wenn man ins Auge fasst, dass längst mehr

als eine Therapie für bestimmte Störungen als evidenzbasiert identifiziert wurde. Depressive Störungen können laut Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie sowohl mit kognitiver Therapie, behavioraler Intervention, Interpersoneller Therapie als auch mit psychodynamischer Therapie behandelt werden (für den Vergleich kognitiv vs. psychodynamisch s. Leichsenring 2001).

Für Borderline-Störungen stehen mehrere Verfahren in edlem Wettstreit: Linehans dialektisch-behaviorale Therapie, Kernbergs übertragungsfokussierte Therapie (Clarkin et al. 2007), Supportive Therapie (Rockland 1992) und auch die mentalisierungsbasierte Therapie (Bateman und Fonagy 1999). Eine weitere, jüngst beschriebene Intervention ist Youngs Schematherapie (Giesen-Bloo et al. 2006). Was soll der Praktiker angesichts der Fülle von Evidenz also tun? Soll er dem Wettstreit zuschauen und abwarten? Soll er seine Lieblingsintervention wählen? Soll er seiner Patientin Videoclips mit Ausschnitten von verschiedenen Verfahren zugänglich machen? Seine Aufgabe wird mehr denn je sein, aus der Fülle von Möglichkeiten, falls in seiner Region überhaupt eine Wahlmöglichkeit besteht, die passende Therapieform auszuwählen. Dazu wären differenzielle Indikationskriterien hilfreich, etwa der Art: Welche Therapie passt zu diesem Patienten, oder welches Ziel ist für einen bestimmten Patienten passend? (Kächele und Kordy 2008). Da es aber eher unwahrscheinlich ist, dass der gigantische Aufwand, der für solche differenziellen Indikationsstudien zu treiben wäre, angesichts der vielfältigen Persönlichkeitsdimensionen, die in Betracht zu ziehen wären, diese Fragen mit dem Forschungsmodell der randomisierten, kontrollierten Studien zu lösen, wird hier die Expertise des Kliniklers mehr denn je gefragt sein[###bitte Satzstruktur prüfen###]: natürlich nicht nur die des je Einzelnen. Vielmehr könnte ein Erfahrungsdiskurs angezeigt sein, in dem erfahrene Klinikler solche diffizilen Zuweisungsfragen gemeinsam klären (Kächele 2008).

33.9 Fundamente

Allgemeine Prinzipien der Psychotherapie sichern ein gemeinsames Fundament für die verschiedenen Psychotherapiemethoden; sie erlauben eine Verständigung über notwendige Maßnahmen, welche die Anwendung spezieller Techniken erst ermöglichen.

Dabei erweist sich die Unterscheidung von klinischen Behandlungstheorien und wissenschaftlichen Theorien als sinnvoll. Mittels einer klinischen Theorie ordnet der Praktiker seine Erkenntnisse, verständigt sich mit seinen Kollegen, und beschreibt das Repertoire an Techniken und deren Anwendungsregeln. Es ist hierbei durchaus legitim, dass das jeweils begrenzte Operationsfeld die Bildung der jeweiligen klinischen Theorie begünstigt. Neue Krankheitsbilder führen zu neuen klinischen Theorien, und manchmal, wenn es gut geht, entdecken wir auch neue Problemfelder mittels einer klinischen Theorie.

Hingegen umfasst eine wissenschaftliche Theorie die Zusammenstellung von Variablen und Operationalisierungen, generiert Zusammenhangshypothesen zwischen Basisvariablen, fördert die gezielte Planung von Studien und leitet bei der Interpretation der Ergebnisse. Wissenschaftliche Theorien umfassen grundsätzlich die ganze Variationsbreite an klinischen Theorien – sie tun dies allerdings auf einem höheren Abstraktionsniveau.

„Die heutige Psychotherapie gründet auf Krankheits- und Behandlungstheorien, die sich über die Jahrzehnte aus der klinischen Praxis entwickelt und für die klinische Praxis bewährt haben. Das hat eine bemerkenswerte Vielfalt von therapeutischen Möglichkeiten gebracht, mit denen eine Vielzahl von Krankheiten und Leidenszuständen behandelt werden können. ... Psychotherapeutische Verfahren sind in ihrer theoretischen Grundorientierung

gekennzeichnet durch eine umfassende und eigenständige, wissenschaftlich begründete und empirisch gesicherte Krankheits-, Heilungs- und Behandlungstheorie.“

Senf und Broda (1999: SEITE)

Diese Forderung erfüllen derzeit die psychodynamischen bzw. psychoanalytischen Therapien und die Verhaltenstherapien; für weitere Methoden wie die Gesprächstherapie und die systemische Therapie liegen gesicherte Befunde in Teilbereichen vor (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie). Dabei ist auch zutreffend, dass „learning from many masters“ (Orlinsky 1994) eine flexible Methodenintegration fördert, die die Gestaltung therapeutischer Arbeit mehr an den Möglichkeiten und Bedürfnissen eines Patienten als an einer puristischen Reinheit ausrichtet.

Literatur

- Bateman A, Fonagy P (1999) Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Am J Psychiatry* 156: 1563–1569
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1979) *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford
- Bein A, Anderson T, Strupp HH, et al. (2000) The effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapeutic outcome. *Psychother Res* 10: 119–132
- Benjamin LS (2003) *Interpersonal reconstructive therapy*. New York, London: Guilford Press
- Beutler LE, Malik M, Alimohamed S, et al. (2004) Therapist Variables. In: Lambert MJ (ed.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley, 227–306
- Blatt DS, Sanislow C, Zuroff D, Pilkonis P (1996) Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 64: 1276–1284
- Bowlby J (1995) *Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung*. Heidelberg: Dexter
- Buchholz M (1999) *Psychotherapie als Profession*. Gießen: Psychosozial Verlag
- Chambless DL, Hollon SD (1998) Defining empirically supported therapies. *J Con Clin Psychol* 66: 7–18
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF (2007) Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *Am J Psychiatry* 164: 922–928
- Emmelkamp P, Bouman T, Blaauw F (1994) Individualized versus standardized therapy: A comparative evaluation with obsessive-compulsive patients. *Clin Psychol Psychother* 1: 95–100
- Faber FR (1981) Der Krankheitsbegriff in der Reichsversicherungsordnung. *Psychother Psych Med* 31: 179–182
- Frank J (1981) *Die Heiler. Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung: vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Franz M, Schiessl N, Manz R, et al. (1990) Zur Problematik der Psychotherapiemotivation und der Psychotherapieakzeptanz. *Psychother Psych Med* 40: 369–374
- Freud S (1912) Zur Dynamik der Übertragung. *GW Band 8*, 363–374
- Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, et al. (2006) Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. Randomized trial of Schema-Focused Therapy vs. Transference-Focussed Psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 63: 649–658
- Grawe K (1995) *Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie*. *Psychotherapeut* 40: 130–145
- Grawe K (1998) *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe

- Grawe K, Grawe-Gerber M (1999) Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 44: 63–73
- Hohagen F, Stieglitz R-D, Bohus M, Berger M (1999) Psychotherapie. In: Berger M (Hrsg.) *Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Urban & Schwarzenberg, 131–218
- Horvath AO, Bedi RP (2002) The alliance. In: Norcross JC (ed.) *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press, 37–69
- Hupert J, Bufka L, Barlow D, et al. (2001) Therapists, therapists variables, and CBT outcome for panic disorders: results from a multi-center trial. *J Con Clin Psychol* 69: 747–755
- Jaspers K (1965) *Allgemeine Psychopathologie*. 8. Aufl., Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer
- Kächele H (1988) Spezifische und unspezifische Wirkfaktoren in der Psychotherapie. *Prax Psychother Psychosom* 33: 1–11
- Kächele H (2006) Psychotherapeut/Psychotherapeutin: Person – Persönlichkeit – Funktion. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie* 11: 136–140
- Kächele H (2008) Forscher und Praktiker: wer lehrt wen was? *Persönlichkeitsstörungen* 12: 54–64
- Kächele H, Kordy H (2008) Indikation als Entscheidungsprozess. In: Adler R et al. (Hrsg.) *Uexküll Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns*. 6. Aufl., München, Jena: Urban & Fischer, 425–436
- Kächele H, Oerter U, Scheytt N, Schmidt HU (2003) Musiktherapie in der deutschen Psychosomatik. *Krankenversorgung, Weiterbildung und Forschung. Psychotherapeut* 48: 155–165
- Klermann GL, Weissman M, Rounsaville B, Chevron E (1984) *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books,; dt. Schramm E (1996) *Interpersonelle Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer
- Krause R, Steimer-Krause E, Ullrich B (1992) Anwendung der Affektforschung auf die psychoanalytisch-psychotherapeutische Praxis. *Forum Psychoanal* 8: 238–253
- Lambert MJ, Ogles B (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ (ed.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York, Chichester, Brisbane: Wiley, 139–193
- Leichsenring F (2001) Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review* 21: 401–419
- Leichsenring F (2004) Randomized controlled vs. Naturalistic studies. A new research agenda. *Bulletin of the Menninger Clinic* 68: 115–129
- Linehan M (1993) *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press
- Luborsky L, Singer B (1975) Comparative studies of psychotherapy: Is it true that "Everybody has won and all must have prizes"? *Arch Gen Psychiatry* 32: 995–1008
- Luborsky L *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy*. Basic Books, New York 1984; dt. 1988: *Einführung in die analytische Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer
- Luborsky L, Woody GE, McLellan AT, et al. (1982) Can independent judges recognize different psychotherapies? An experience with manual-guided therapies. *J Consult Clin Psychol* 50: 49–62

- Orlinsky D (1994) "Learning from many masters". *Psychotherapeut* 39: 2–9
- Orlinsky D, Howard KI (1988) A generic model of psychotherapy. *J Integrative Eclectic Psychother* 6 (1987) 6–27; dt. Ein allgemeines Psychotherapiemodell. *Integrative Psychotherapie* 4: 281–308
- Orlinsky DE, Rønnestad MH, Willutzki U (2004) Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In: Lambert MJ (ed.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley, 307–389
- Rockland L (1992) *Supportive therapy for borderline patients: A psychodynamic approach*. New York: Guilford Press
- Rüger U, Dahm A Kallinke D (2008) *Faber-Haarstrick Kommentar Psychotherapie-Richtlinien*. München, Jena: Urban & Fischer
- Sandell R (2007) Die Menschen sind verschieden – auch als Patienten und Therapeuten. Aus der psychoanalytischen Forschung. In: Springer A et al. (Hrsg.) *Psychoanalyse heute?! Gießen: Psychosozial-Verlag*, 461–481
- Schauenburg H, Strauß B (2002) Bindung und Psychotherapie. In: Strauß, B et al. (Hrsg.) *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse*. Stuttgart, New York: Schattauer, 281–291
- Schulte D, Kunzel R, Pepping G, Schulte-Bahrenberg T (1992) Tailor-made versus standardized therapy of phobic patients. *Advanced Behavior Research and Therapy* 14: 67–92
- Senf W, Broda M (1999) Thesen zur Psychotherapie in Deutschland. *Psychother Psych Med* 49: 2–4
- Shaddish W, Matt G, Navarro A, Phillips G (2000) The effects of psychological therapies under clinical representative conditions: A meta-analysis. *Psychol Bull* 126: 512–529
- Sommer R (1969) *Personal Space*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Stiles WB, Shapiro DA, Elliot R (1986) "Are all psychotherapies equivalent?" *American Psychologist* 41: 165–180
- Strauß B, Hartung J, Kächele H (2002) Geschlechterspezifische Inanspruchnahme von Psychotherapie und Sozialer Arbeit. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg.) *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit*. Bern, Göttingen, Seattle, Toronto: Huber, 533–547
- Streeck U (2004) *Auf den ersten Blick – Psychoanalyse und conversational analysis*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Strotzka H (1975) (Hrsg.) *Psychotherapie. Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. München: Urban & Schwarzenberg
- Strupp HH, Binder J (1984) *Psychotherapy in a New Key. A Guide to Time-Limited Dynamic Psychotherapy*. New York: Basic Books; dt. (1991) *Kurzpsychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Thomä H, Kächele H (2006) *Psychoanalytische Therapie. Band 1: Grundlagen*. 3. Aufl., Heidelberg: Springer
- Waller E, Scheidt C, et al. (2004) Attachment representation and illness behavior in somatoform disorders. *J Nerv Ment Dis* 192: 200–209
- Wampold B (2001) *The great psychotherapy debate. Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum
- Wittchen H-U, Hoyer J (2006) (Hrsg.) *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer
- Zeeck A, Hartmann A, Orlinski DE (2004) Inter-Session Prozesse – Ein vernachlässigtes Thema der Psychotherapieforschung. *Psychother Psychol Med* 54: 236–242