

Die wesentlichen therapeutischen Elemente aller Psychotherapien

Jerome D. Frank

Im vorliegenden Text unternehme ich den Versuch einer Synthese und Neudefinition einer Vielzahl von Vorlesungen und Texten, die sich mit der Thematik befassen. Meine Hoffnung ist, daß Vertreter verschiedener Schulen willens sind, den potentiellen Wert einer Reihe von Techniken anzuerkennen und von der wachsenden Flexibilität zu profitieren, die mit deren Anwendung einhergeht.

Alle psychotherapeutischen Methoden sind Ausfeilungen und Variationen uralter Verfahren psychologischer Heilung. Diese beinhalten Bekenntnis, Wiedergutmachung und Vergebung, Ermutigung, positive und negative Verstärkungen, Modellbildung sowie Verbreitung eines bestimmten Wertesystems. Diese Methoden werden mit Theorien in Verbindung gebracht sowie mit den Ursachen und Behandlungen verschiedener Bedingungen, welche häufig sehr ausgefeilt sind.

Betrachtet man die Anwendung von Heilverfahren, die den Test der Zeit bestanden haben, so überrascht es nicht, daß alle Psychotherapien viele gemeinsame Merkmale haben. Jene Merkmale jedoch, die sie voneinander unterscheiden, erfahren besondere Betonung in der pluralistischen westlichen Wettbewerbsgesellschaft. Da das Ansehen und die finanzielle Sicherheit von Psychotherapeuten in einem beträchtlichen Maße abhängig ist von deren Fähigkeit zu zeigen, daß ihre eigene Theorie und Methode erfolgreicher ist als die ihrer Konkurrenten, betonen sie unweigerlich ihre Unterschiede; und jeder Therapeut schreibt seine Erfolge eher denjenigen konzeptuellen und Vorgehensmerkmalen zu, die diese Theorie und Methode von deren Konkurrenten unterscheidet, als den Merkmalen, die allen gemeinsam sind.

Das Gebiet der Psychotherapie in den Vereinigten Staaten hat eine verwirrende Reihe von Theorien und Techniken vorgestellt, begleitet von einem betäubenden Mißklang konkurrierender Ansprüche. Ein umfassender Überblick über das Gebiet erforderte über 250 Seiten, nur um die vorhandenen Ansätze zu beschreiben (Wolberg 1977). In letzter Zeit jedoch beginnen Beobachter, zunehmend Zeichen zu entdecken, daß Vertreter verschiedener Schulen willens sind, den möglichen Wert einer Reihe von Techniken anzuerkennen und zunehmende Flexibilität in deren Anwendung an den Tag zu legen (Norcross & Goldfried 1992).

Die Bewegungen der Wiederannäherung spiegeln eine wachsende Erkenntnis dessen, daß alle psychotherapeutischen Vorgehensweisen bestimmte Heilungselemente gemeinsam haben, welche einen beträchtlichen Anteil ihrer Wirksamkeit ausmachen, so daß sich Praktiker unterschiedlicher Schulen sinnvollerweise voreinander fürchten können. Um einen Beitrag zu dieser erfreulichen Entwicklung zu leisten, werde ich in diesem Kapitel Heilungselemente betrachten, die von allen Psychotherapieformen eingesetzt werden sowie die Wirkungsweisen dieser Elemente.

Ich möchte nun eine Definition von Psychotherapie anbieten, die ausreichend breit ist, um alles einzuschließen, was zu diesem Begriff gehört, jedoch die informelle Hilfe durch Verwandte, Freunde und Schankwirte ausschließt. Psychotherapie ist eine geplante, gefühlsgeladene, vertrauensvolle Interaktion zwischen einem ausgebildeten, sozial anerkannten Heiler und einem Leidenden. Während dieser Interaktion versucht der Heiler, das Leid und die Behinderung des Leidenden zu lindern mittels symbolischer Kommunikationen, in erster Linie mit Worten, jedoch manchmal auch mit körperlichen Aktivitäten. Der Heiler kann eventuell die Verwandten des Patienten und andere in die Heilrituale einbeziehen. Psychotherapie beinhaltet auch oft, dem Patienten beim Annehmen und Ertragen von Leid als unvermeidlichem Aspekt des Lebens zu helfen, was als Gelegenheit für persönliches Wachstum genutzt werden kann.

Unterscheidende Merkmale von Psychotherapie

Bevor ich fortfahre, möchte ich kurz bei der Betrachtung der Merkmale stehenbleiben, die die so definierte Psychotherapie von anderen Formen des Gebens und Nehmens von Hilfe unterscheidet. Der Psychotherapeut hat Referenzen, die ihn als Heiler ausweisen. Diese werden von der Gesellschaft in ihrer Gesamtheit erteilt in Form einer Genehmigung oder anderer offizieller Anerkennungen. Der Therapeut hat sich diese Anerkennung verdient, indem er sich einer bestimmten, in der Regel länger dauernden Ausbildung unterzogen hat, die ihn zum Statussymbol eines akademischen Grades berechtigt. Therapeuten, denen solch allgemein anerkannten Referenzen fehlen, werden von der bestimmten Sekte oder dem Kult, den sie vertreten, gebilligt. Personen, die zu ihnen gehen, drücken damit aus, daß sie die Gültigkeit dieser Billigung anerkennen.

Es wird angenommen, daß der Therapeut, unabhängig von seinen Referenzen, nicht versucht, irgendwelche persönlichen Bedürfnisse am Patienten zu befriedigen oder irgendwelche persönlichen emotionalen Forderungen an den Patienten zu stellen. Auch muß der Patient nicht auf seine Verantwortung achtgeben, den Therapeuten zu verletzen. In diesen Bezügen unterscheidet sich der Therapeut grundlegend von Familienmitgliedern oder Freunden. Schließlich sind psychotherapeutische Verfahren im Gegensatz zur informellen Hilfe durch begriffliche

Schemata geleitet, die charakteristische Rituale vorschreiben.

In verschiedenen Gesellschaften spiegelt die Psychotherapie nicht nur die Begriffe von Krankheit und Gesundheit einer Kultur wider, sondern auch ihre Werte. In der westlichen Psychotherapie beispielsweise sind Patienten und Therapeuten allgemein aufgefordert, an einer Art wechselseitiger Aktivität zu arbeiten, um zu rechtfertigen, daß sie Zeit miteinander verbringen, und wachsende Autonomie wird als wichtiges Merkmal von psychischer Gesundheit betrachtet. Hindus finden diese Haltungen erstaunlich. Für sie ist es ein lohnender Selbstzweck, einfach beisammen zu sein, und Abhängigkeit von anderen ist ein wertgeschätztes Merkmal des Lebens (Pande 1968; Neki 1973).

Ein Aspekt der amerikanischen Weltsicht, der von den meisten Psychotherapeuten geteilt wird, ist das hohe Ansehen, welches der Wissenschaft zuteil wird. In der Folge beanspruchen die Psychotherapeuten der meisten Schulen, von der Psychoanalyse zur Verhaltensmodifikation, daß ihre Verfahren auf wissenschaftlicher Erkenntnis fußen. Das Ausmaß, in dem sich Psychotherapeuten selbst als Anwender von Wissenschaft betrachten, oder sich zumindest wünschen, als solche betrachtet zu werden, wurde mir vor vielen Jahren auf einer Tagung mit führenden Vertretern unterschiedlicher psychotherapeutischer Schulen klar. Jeder Sprecher leitete seinen Beitrag mit einem Kniefall vor der Wissenschaft ein. Einer zeigte kymographische Röntgenbilder, ein anderer bezog sich darauf, an Ratten zu arbeiten und ein dritter zeigte anatomische Tafeln - all das hatte lediglich dürftige Bedeutung für die Therapien, die sie vorstellten.

Die Welt der Wissenschaft geht davon aus, daß der Mensch Teil des Tierreiches ist, welches wie die Natur insgesamt von Naturgesetzen regiert wird. Menschliches Verhalten, Denken und Fühlen wird bestimmt und beschränkt durch die genetische Ausstattung, biologisch begründete Bedürfnisse und die Auswirkungen nützlicher und schädlicher Umwelteinflüsse. Therapie besteht in der Anwendung bestimmter Techniken zur Bekämpfung fehlangepaßter Muster und zur Förderung solcher, die geeigneter sind.

Die amerikanische Psychotherapieszene umfaßt auch trotz aller Dominanz der wissenschaftlichen Weltsicht eine kleine Zahl zunehmend einflußreicher Therapien, die in erster Linie auf den Lehren neuerer europäischer Philosophen und Psychologen basieren, die diesen Standpunkt ablehnen (Chessick 1992). Man spricht in ihrem Zusammenhang von Humanismus, Existenzialismus und Phänomenologie, und diese Lehren sind derart unterschiedlich, daß jede einfache Beschreibung unmöglich ist. Die meisten sind der Auffassung, daß die Essenz des Menschseins das Recht und die Fähigkeit der Selbstbestimmung sei, geleitet von Bestimmung, Werten und Wahlmöglichkeiten. Aus unserem freien Willen heraus

können wir unserem Leben selbst angesichts des unausweichlichen Todes Bedeutung geben. Therapie ist eine bestimmte Art von Beziehung, die "Begegnung"

, welche existential-humanistische Therapeuten als "zum Patienten in Beziehung treten als eine Existenz in Kommunikation mit einer anderen" oder "Eintreten mit ehrfürchtiger Liebe in die Welt des Patienten" oder "sich mit dem Patienten zusammenschließen" beschreiben. Durch diese totale Akzeptanz findet der Patient zur Wertschätzung seiner Einzigartigkeit, wird frei, um Entscheidungen zu treffen, um Verpflichtungen einzugehen und um einen Sinn im Leben zu finden (Seguin 1965).

Eine Grundannahme aller Psychotherapien ist, daß Menschen auf ihre Deutungen von Ereignissen reagieren, die nicht in Übereinstimmung mit den wirklichen Ereignissen stehen müssen. Alle Psychotherapien versuchen deshalb, Patienten zum Positiven zu verändern; ihre Selbstsicht, ihre Beziehungen zu anderen sowie ihr Wertesystem. Bis zu diesem Punkt ähneln Psychotherapien sowohl der Religion (Szasz 1978) als auch der Rhetorik (Frank 1986, 1987). Um ihre Glaubwürdigkeit zu verbessern, versuchen Psychotherapeuten dieselben persönlichen Qualitäten zu vermitteln wie Rhetoriker, wie etwa vermeintliches Expertentum, Vertrauenswürdigkeit und Attraktivität; und sie benutzen viele gleiche rhetorische Kunstgriffe wie Metaphern und Vorstellungsbilder, um die Aufmerksamkeit des Patienten zu konzentrieren "auf zentrale Gedanken der therapeutischen Botschaft und ... [lassen sie] ... glaubwürdiger erscheinen" (Glaser 1980, 331).

Psychotherapie hat auch Ähnlichkeiten mit anderen Künsten, zum Beispiel mit der Musik. Wie der Praktiker in jeglicher Kunst muß der Psychotherapeut eine bestimmte Menge wissenschaftlicher und technischer Informationen beherrschen, aber diese Meisterschaft bringt einen nur bis zu einem gewissen Punkt. Ein Komponist oder Musiker muß etwas von Harmonielehre und von den physikalischen Prinzipien von Tonhöhe und Lautstärke verstehen, aber die Anwendung wissenschaftlicher Methoden wird niemals in der Lage sein, einen Mozart zu erklären oder zu entscheiden, ob die Musik von Berlioz oder Dvorak besser sei. Um sicher zu gehen, kann man ihre Werke unter Aspekten, wie Harmoniemuster, Tonhöhe und Lautstärke analysieren und jede Anzahl an Beurteilungsskalen an Hörergruppen verteilen; aber diese Information wirft, wenn überhaupt, nur wenig Licht auf die Art ihrer ästhetischen Wirkung. In dem Maße, wie der Vergleich gültig ist, ist die wissenschaftliche Entscheidung, ob zum Beispiel Gestalttherapie der Transaktionsanalyse vorzuziehen ist, genauso vergeblich.

Forschungseinschränkungen

Ich möchte mich kurz den Beschränkungen der psychotherapeutischen Forschung zuwenden. Eine Autorität der psychologischen Forschung hat den Schluß gezogen, daß "Psychologie eine Gesamtheit von Studien verschiedenen Zuschnitts ist, von denen einige wenige als wissenschaftlich gelten können, während die meisten dies nicht sind, ... Weite und wichtige Bereiche des psychologischen Fachs erfordern Forschungsmethoden, die eher denen der Geisteswissenschaften als denen der Naturwissenschaften gleichen" (Koch 1981, 268f.)

Einer dieser wichtigen Bereiche ist die Psychotherapie, welche für den Forscher besondere Schwierigkeiten bereithält. Diese Schwierigkeiten gestatten nur bescheidene Hoffnungen hinsichtlich des Ausmaßes in dem die Anwendung der wissenschaftlichen Methode zu Einsichten führt, die die Psychotherapie verbessern.

Wie bereits erwähnt, besteht ein allgemeines Problem, welches alle psychologischen Experimente quält, darin, daß Menschen auf ihre Deutungen von Situationen reagieren, und die subjektive Deutung der experimentellen Situation kann erheblich von der abweichen, die der Versuchsleiter vermeintlich hergestellt hat (Orne 1969). So können Ergebnisse von Experimenten eher die Bemühungen der Versuchsperson widerspiegeln, sich nach dem zu richten, was er für die Wünsche des Versuchsleiters hält, anstatt eine Reaktion auf die experimentellen Bedingungen zu vermitteln. In der Psychotherapie tritt dieses Problem verschärft auf, da der Patient typischerweise ein starkes "untersuchungsbedingtes Verständnis" erfährt, von dem gezeigt wurde, daß es die Empfänglichkeit der psychologischen Versuchsperson für die Beeinflussung durch die unausgesprochenen Erwartungen des Versuchsleiters erhöht (Rosenberg 1969). In der Psychotherapie ist der Patient vom Therapeuten bezüglich Erleichterung abhängig, was eine Steigerung dieser Empfänglichkeit erwarten ließe. Deshalb ist es besonders schwierig aufzuklären, wieviel der scheinbaren Reaktion des Patienten auf die Psychotherapie eine Bemühung ist, die Erwartungen des Therapeuten zu erfüllen.

Psychotherapie ist gerade mal ein weiterer Einfluß, der sich kurz und in Abständen auf den Patienten im Umfeld seiner fortwährenden Lebenserfahrungen auswirkt. Bestenfalls stellen psychotherapeutische Gespräche nur selten und in Abständen stattfindende, kurze persönliche Kontakte dar, die zwischen zahllose andere dazwischengeschoben sind. Das, was zwischen den Sitzungen stattfindet, kann zur Entscheidung des Ergebnisses wichtiger sein als das, was während den Sitzungen geschieht. Ebenfalls können Psychotherapie und fortwährende Lebenserfahrungen auf komplexe Weise interagieren, da eine durch die Psychotherapie verursachte Veränderung der Haltung oder des Verhaltens beim Patienten unvermeidlich die Einstellungen anderer ihm gegenüber beein-

flußt, und diese Einstellungen können die psychotherapeutisch herbeigeführten Veränderungen verstärken oder ihnen entgegenwirken. Die bloße Akzeptanz einer psychiatrischen Behandlung bei einem Patienten kann beispielsweise Familienmitglieder dazu bewegen, ihre Sicht gegenüber dem betreffenden von einer faulen oder schlechten Person zu einer kranken Person zu verändern, mit- samt den entsprechenden günstigen Veränderungen in ihrer Haltung dem Patienten gegenüber. Wenn umgekehrt die Symptome des Patienten oder das abweichende Verhalten zum Familiengleichgewicht beiträgt, kann die Furcht, daß der Patient diese Symptome oder Verhaltensweisen verlieren könnte, andere Familienmitglieder dazu bewegen, die Behandlung zu hintertreiben. Deshalb kann es schwierig sein, das jeweilige Ausmaß zu erheben, in dem die während der Psychotherapie auftretenden Veränderungen beim Patienten auf die Behandlung selbst zurückzuführen sind, auf äußere Faktoren oder auf die Interaktion zwischen Behandlung und äußeren Faktoren.

Auf einer grundsätzlicheren Ebene können einige wichtige Erfahrungen in der Psychotherapie der wissenschaftlichen Untersuchung im Prinzip unzugänglich sein, da sie in veränderten Bewußtseinszuständen stattfinden, auf Arten, die den Sinnen nicht zugänglich sind und auf Realitätsebenen, die sich von denen des Alltags unterscheiden (Smith 1977; LeShan 1974).

Wenn wir von dieser unbequemen gedanklichen Linie auf vertrauteren Boden zurückkehren, so bemerken wir, daß die Psychotherapieforschung mit praktischen Schwierigkeiten gespickt ist, wie zum Beispiel dem Mangel an geeigneten Patienten und erfahrenen Therapeuten, unangemessenen Methoden der Klassifikation von Patienten und der Beschreibung von Therapien sowie Problemen der Messung von Ergebnissen. Diese Schwierigkeiten schaffen eine häufig unwiderstehliche Versuchung, Forschungsprobleme aufgrund methodologischer Einfachheit anstatt aufgrund ihrer Relevanz auszuwählen.

Schließlich schaffen motivationale Probleme, vor allem bei Therapeuten, Schwierigkeiten. Es sind nicht nur die persönliche und finanzielle Sicherheit und Stellung von Therapeuten eng mit dem Erfolg ihrer Methoden verknüpft, sondern ein Großteil ihres Erfolges kann von persönlichen Qualitäten abhängen. Deshalb sind Therapeuten verständlicherweise zurückhaltend, sich selbst Untersuchungen zu unterziehen, die enthüllen könnten, daß sie Eigenschaften besitzen, die gegen ihren therapeutischen Erfolg sprechen. Solch eine Erkenntnis könnte nicht nur für ihre Brieftasche, sondern auch für ihre Selbstachtung verheerend sein.

Alles in allem verwundert es nicht, daß die Forschungsergebnisse bisher trotz der außerordentlichen Fähigkeit vieler Psychotherapieforscher im großen und ganzen zaghaft und enttäuschen gewesen sind. Übersichten über Arbeiten aus der

Psychotherapieforschung beklagen bezeichnenderweise ihre mangelnde Auswirkung auf die Praxis und schließen mit Erklärungen über ihre Unzulänglichkeiten und die Notwendigkeit weiterer Forschung.

Mein Eindruck ist tatsächlich, daß die meisten innovativen psychotherapeutischen Verfahren wirklich aus der klinischen Erfahrung abgeleitet sind und daß der Entdecker dann versucht, diese durch Labormodelle zu untermauern. Der große deutsche Psychiater des 19. Jahrhunderts, Emil Kraepelin, beschrieb beispielsweise seine Behandlung der "Angstneurose" - was wir "generalisierte Angststörung" nennen würden - in Begriffen, die leicht in eine Verknüpfung von reziproker Hemmung und operanter Konditionierung übersetzt werden könnten (Diefendorf 1915, 400). Der vielleicht größte Beitrag der wissenschaftlichen Methode ist, daß sie vom Experimentator verlangt, negative Ergebnisse ernst zu nehmen. Als Resultat hat die wissenschaftliche Psychotherapieforschung eine nützliche Funktion ausgeübt, indem sie den gesunden Menschenverstand vor den Klauen dogmatischer Theorien gerettet hat. Ein gutes Beispiel einer solchen Rettung ist die Überbetonung unbewußter Vorgänge durch manche Schulen gewesen sowie das Beharren anderer darauf, daß subjektive symbolische Prozesse bedeutungslos seien, wobei beide der wissenschaftlichen Erkenntnis nachgeben mußten, daß bewußte kognitive Vorgänge wichtige Merkmale menschlichen Funktionierens sind - eine offensichtliche Binsenweisheit, könnte man sagen, jedoch eine, die sich bestimmte Leute zu akzeptieren scheuten.

Es geht übrigens um die Rechtfertigung dieser Standpunkte in dieser Darstellung, obwohl ich Forschungsbefunde zitieren sollte, soweit dies möglich ist. Ich gebe ohne Scham zu, daß meine Schlüsse mindestens gleichermaßen auf Reflexionen meiner eigenen und anderer Leute klinischer Erfahrung basieren als auf Experimenten. Forschungsbefunde werden eher als Veranschaulichungen von Punkten verwendet denn als Beweise ihrer Gültigkeit.

Verallgemeinerungen über Ergebnisse von Psychotherapien

Lassen sie mich zur Eröffnung der Diskussion über die allen Psychotherapien gemeinsamen therapeutischen Merkmale kurz vier Verallgemeinerungen darlegen, die sich recht fest eingebürgert haben. Die erste lautet, daß es Patienten, denen irgendeine Form von Psychotherapie zuteil wird, irgendwie besser geht als Kontrollpersonen, die über denselben Zeitraum beobachtet werden, welchen keine herkömmliche Psychotherapie zuteil geworden ist, was natürlich nicht ausschließt, daß sie von informellen helfenden Kontakten mit anderen profitiert haben (Smith, Glass & Miller, 1980; Sloane, Staples Cristol, Yorkston & Whipple 1975). Zweitens scheinen Folgestudien durchgehend zu zeigen, daß ungeachtet der Therapieform die meisten Patienten, welche eine anfängliche Verbesserung zeigen, diese auch beibehalten (B.L. Liberman 1978b). Darüber hinaus ver-

schwinden, abgesehen von seltenen Ausnahmen, mit der Zeit die Unterschiede, welche zwei unterschiedliche Therapien gegebenenfalls zum Ende der Behandlung hervorgebracht haben, und das Schließen des Spalts scheint eher von der Fähigkeit zum Aufholen bei den Patienten abzuhängen, denen die weniger erfolgreiche Therapie zuteil wird, als von der Regression zur Mitte bei beiden Gruppen (Gelder, Marks & Wolf 1967; B.L. Liberman 1978b). Dieses Ergebnis legt nahe, daß der hauptsächliche Nutzeffekt von Psychotherapie bei vielen Patienten die Beschleunigung einer Verbesserung ist, die schließlich in jedem Falle eingetreten wäre (McNeilly & Howard 1991). Drittens liegen mehr der bestimmenden Faktoren für therapeutischen Erfolg in den persönlichen Qualitäten von sowie in der Interaktion zwischen Patient und Therapeut als in der jeweilig angewandten Therapiemethode. Schließlich gibt noch es einige wenige Bedingungen, unter denen die Therapiemethode einen bedeutenden Unterschied für das Ergebnis ausmacht. Verhaltenstherapien scheinen irgendwie wirksamer zu sein bei Phobien, Zwängen, Fettleibigkeit und sexuellen Problemen als weniger fokussierte Therapien. Abreaktive Therapien scheinen besonders hilfreich zu sein bei der Lösung der Nachwirkungen von posttraumatischen Belastungsreaktionen, nicht nur in der Folge von Kampfhandlungen (Kolb 1985), sondern bei einer breiten Palette von häufigen Belastungserfahrungen in Kindheit und Erwachsenenalter (Horowitz 1988).

Von besonderem Interesse bezüglich des Standpunktes der hier dargelegten Hypothese ist, daß die kognitive Therapie, die negative Kognitionen über einen selbst zu bekämpfen versucht, besonders wirksam zu sein scheint bei depressiven Patienten (Burns 1980). Die Wirksamkeit aller Vorgehensweisen hängt jedoch von der Begründung einer guten therapeutischen Beziehung zwischen dem Patienten und dem Therapeuten ab. Keine Methode funktioniert ohne diese Beziehung (Luborski 1976).

Mit wachsender Verfeinerung der Kategoriesysteme über Patienten und ihre Symptombilder, präziseren Therapiedarstellungen und differenzierteren Ergebnismaßen können weitere Fortschritte bestimmter Therapien unter bestimmten Bedingungen dennoch gemacht werden. Es scheint jedoch sicher, daß gemeinsame Merkmale aller Therapien verantwortlich sind für einen erheblichen Anteil der beobachteten Verbesserungen bei den meisten psychiatrischen Patienten, bei denen die Therapie überhaupt wirkt (Frank 1973).

Die Demoralisierungshypothese

Wenn der vorangegangene Schluß zulässig ist, so müssen Patienten unabhängig von ihren Symptomen eine Art von Leid gemeinsam haben, welches auf die allen Therapieschulen gemeinsamen Elemente anspricht. Eine plausible Hypothese ist,

daß Patienten Psychotherapie nicht nur wegen der Symptome aufsuchen, sondern dann, wenn die Symptome mit Demoralisierung gepaart sind, einem Gemütszustand, der durch eines oder mehrere der folgenden Merkmale gekennzeichnet ist: Selbstempfundene Inkompetenz, Verlust von Selbstachtung, Entfremdung, Hoffnungslosigkeit (das Gefühl, daß keiner helfen kann) oder Hilflosigkeit (das Gefühl, daß andere helfen könnten, aber nicht wollen). Diese Gemütszustände werden häufig verschlimmert durch kognitive Unklarheit wie zur Bedeutung oder Schwere der Symptome, was auch häufig von einem Gefühl von Kontrollverlust und der daraus folgenden Angst, verrückt zu werden, begleitet wird.

Demoralisierung tritt auf, wenn eine Person aus Mangel bestimmter Fähigkeiten oder wegen der Unklarheit über ihre Ziele andauernd unfähig wird, Situationen zu meistern, von der sowohl die Person als auch andere erwarten, daß man damit fertig wird oder wenn die Person fortwährend Kummer erfährt, welchen sie nicht angemessen erklären oder verringern kann. Demoralisierung kann zusammengefaßt werden als ein Gefühl subjektiver Inkompetenz gepaart mit Kummer (Frank 1991; deFigueiredo & Frank 1982).

Man muß hinzufügen, daß nicht alle demoralisierten Menschen in Behandlung kommen und nicht alle Patienten in Psychotherapie demoralisiert sind. Manchmal werden Patienten nicht zur Behandlung bewegt, weil sie demoralisiert sind, sondern weil es Menschen um sie herum sind: zum Beispiel die Eltern von Soziopathen oder die Partner von Alkoholikern. Diese Erwähnung von Alkoholikern erinnert daran, daß manche Menschen, wie etwa obdachlose Alkoholiker, zu demoralisiert sind, um überhaupt nach Hilfe zu suchen. Schließlich gibt es natürlich eine kleine Zahl von Patienten, die um Behandlung wegen bestimmter Symptome nachsuchen, ohne daß sie anderweitig demoralisiert sind, weil sie beispielsweise gehört haben, daß Verhaltenstherapie ihre Höhenphobie heilen kann.

Die am häufigsten anzutreffenden Symptome der Demoralisierung bei Psychotherapiepatienten sind subjektive Manifestationen oder solche des Verhaltens wie einerseits Angst, Depression, Einsamkeit oder andererseits Konflikte mit bedeutenden Personen wie Partnern, Vorgesetzten oder Kindern. Angst und Depression oder Verlust von Selbstachtung sind die häufigsten Symptome bei ambulanten Psychiatriepatienten und sprechen am besten auf Behandlung an (Smith, Glass & Miller 1980).

Alle Symptome interagieren ungeachtet ihrer Ursache oder ihres Wesens mit Demoralisierung auf verschiedene Arten. Sie schränken das Bewältigungsvermögen einer Person ein und lassen den Einzelnen zu demoralisierenden Versäumnissen neigen. Ob das Symptom eine schizophrene

Denkstörung, eine reaktive Depression oder das Ausführen von Zwangsritualen sei, es kann den Patienten dazu bringen, von Lebensproblemen überfordert zu sein, die Personen ohne Symptome mit Leichtigkeit bewältigen. Darüber hinaus tragen psychiatrische Symptome in dem Maße, wie sie der Patient für einzigartig hält, zur Demoralisierung bei, indem sie Entfremdungsgefühle verstärken. Schließlich ist zu sagen, daß Symptome mit dem Grad der Demoralisierung zu- und abnehmen; so wird das Denken Schizophrener ungeordneter, wenn sie ängstlich sind, und Zwänge verschlimmern sich, wenn die Patienten deprimiert sind.

Die meisten Patienten stellen sich mit bestimmten Symptomen vor, und sowohl sie als auch ihre Therapeuten nehmen an, daß die Psychotherapie in erster Linie auf die Linderung derer abzielt. Solche Patienten gibt es tatsächlich, aber bei der breiten Masse nehme ich an, daß vieles von der Verbesserung, die aus jeder Psychotherapieform resultiert, in ihrer Fähigkeit liegt, die Moral des Patienten wieder herzustellen, mitsamt der daraus folgenden Verringerung oder Beseitigung von Symptomen. Man muß ergänzend sagen, daß die Abschwächung von Symptomen natürlich die beste Art sein kann, die Moral wieder herzustellen.

Indirekte Beweise für die Demoralisierungshypothese kommen aus mehreren Quellen. Eine Quelle besteht aus Studien über den Vergleich von Personengruppen, die um Psychotherapie nachsuchen oder nachsuchten mit solchen, die dies nicht tun. Studien über College-Studenten (Galassi & Galassi 1973), Collegeabsolventen 25 Jahre nach Abschluß (Vaillant 1972) und normale Bürger aus England und Amerika (Kellner & Sheffield 1973) zeigten, daß die behandelten ein häufigeres Auftreten oder eine schwerere Ausprägung von sozialer Isolation, Hoffnungslosigkeit oder dem Gefühl von Scheitern oder Wertlosigkeit - alles Symptome von Demoralisierung - zeigten als unbehandelte.

Der stärkste empirische Beitrag ist mit den Untersuchungen von Bruce und Barbara Dohrenwend geliefert worden, die eine Sammlung von Skalen zur Bestimmung der Ausprägung psychiatrischer Symptome und klinischer Beeinträchtigung in der Allgemeinbevölkerung angewandt haben (Dohrenwend, Shrout, Egri & Mendlsohn 1980). Zu ihrer Überraschung fanden sie heraus, daß acht ihrer Skalen so hoch miteinander korrelierten, wie dies durch ihre innere Reliabilität überhaupt möglich war; das heißt, daß sie alle eine einzige Dimension zu messen schienen. Diese Skalen beinhalteten Merkmale der Demoralisierung wie fngstlichkeit, Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit und niedrige Selbstachtung (Dohrenwend, Oksenberg, Shrout, Dohrenwend & Cook 1979). Ungefähr ein Viertel der Personen aus der untersuchten Stichprobe wurden gemäß diesem Kriterium als demoralisiert eingestuft. Von diesen waren etwa die Hälfte auch klinisch beeinträchtigt (Link & Dohrenwend 1980). Der Befund, der die

Hypothese am meisten stützte war, daß etwa vier Fünftel der klinisch beeinträchtigten Patienten in ambulanter Behandlung einen Punktwert oberhalb des Kriteriums erzielten auf einer Skala, von der sich später herausstellte, daß sie mit über .90 mit den Demoralisierungsskalen korrelierte (Dohrenwend & Crandall 1970).

Untersuchungen über berichtetes emotionales Leid und über Vorhandensein oder Fehlen von unterstützenden sozialen Netzwerken liefern weitere indirekte Beweise für die Demoralisierungshypothese. Eine Untersuchung der Allgemeinbevölkerung ergab, daß Personen, die im Besitz eines solchen Netzwerkes sind, viel weniger wahrscheinlich von schweren Belastungen aus der Umwelt zu bedrücken sind als solche, die keine Unterstützung haben (Henderson, Byrne & Duncan-Jones, 1981). Als Antwort auf eine ähnliche Untersuchung berichteten beigetretene Mitglieder religiöser Gemeinschaften ein starkes Zurückgehen von Angst, Depression sowie allgemeinen emotionalen Problemen und schrieben diesen Rückgang in erster Linie der emotionalen Unterstützung durch alle Gruppenmitglieder zu (Galanter 1978). Offenbare emotionale Unterstützung durch andere schützt einen vor Demoralisierung.

Eine andere indirekte Unterstützung der Demoralisierungshypothese stellt die Tatsache dar, daß viele Patienten die Psychotherapie erst aufsuchen, nachdem andere Formen der Erleichterung gescheitert sind. Zumindest scheint diese Schlußfolgerung durch den Befund in dem Rahmen gerechtfertigt, daß Patienten erst sechs Monate bis zwei Jahre nach der Erstmanifestation der Symptome erstmals erschienen (Karasu, persönliche Mitteilung am 24.7.1981). Eine Studie über die Nutzung des psychologischen Beratungsdienstes einer Universität durch College-Studenten fand ähnlich heraus, daß "die Entscheidung, tatsächlich Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, mit Wahrscheinlichkeit erst nach wirkungslosen Versuchen getroffen wurde, das Problem alleine, mit der Hilfe eines engen Freundes oder eines Verwandten zu bewältigen" (Farber & Geller 1977, 306).

Diese Demoralisierung kann das Aufkommen spezifischer Symptome im Verlauf einer Psychoanalyse erklären, wie eine detaillierte Inhaltsanalyse über psychoanalytische Sitzungen nahelegt, die zeigte, daß Klagen über Migräneanfälle im Zusammenhang mit einem Mangel an Selbstkontrolle, Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit berichtet wurden sowie Magenschmerzen im Zusammenhang mit Hoffnungslosigkeit und fngstlichkeit (Luborsky & Auerbach 1969).

Eine weitere indirekte Unterstützung der Demoralisierungshypothese ist die Tatsache, daß sich der Zustand vieler Patienten in der Therapie sehr schnell verbessert, und es liegt nahe, daß sie eher auf den Aspekt der Rückversicherung durch die therapeutische Situation selbst positiv ansprechen als auf das bestimmte

Verfahren (Talmon 1990). Im klinischen Rahmen liegt die durchschnittliche Anzahl der therapeutischen Gespräche bei fünf bis sechs (Garfield 1980, 44). Dieser Befund wird üblicherweise als Hinweis gedeutet, daß viele Patienten, die Psychotherapie nötig haben, diese ablehnen. Andere jedoch hören möglicherweise auf, weil sie genug Symptomlinderung erreicht haben und nicht länger die Notwendigkeit einer Fortsetzung sehen. Unglücklicherweise werden Patienten, die die Therapie früh abbrechen, gewöhnlich nicht zur nochmaligen Überprüfung zurückgerufen. In einer Studie, wo dies getan wurde, war die durchschnittliche Symptomlinderung bei denjenigen, die vor ihrer vierten Sitzung abbrachen genauso ausgeprägt wie bei denen, die sechs Monate in Therapie waren (Frank, Gliedman, Imber, Stone & Nash 1959).

Ein Befund mit denselben Implikationen ist, daß der Zustand von etwa drei Viertel einer Stichprobe ambulanter psychiatrischer Patienten, die vier Monate lang auf einer Warteliste standen, als verbessert beurteilt wurde. Während dieser Zeitdauer bestand ihr einziger Kontakt in gelegentlichen Telefonanrufen durch einen Mitarbeiter des Forschungsteams, um zu versichern, daß sie auf die zugeteilte Behandlung warten würden (Sloane et al. 1975). Offenbar beziehen einige Patienten Linderung aus jeglichem Kontakt in einem therapeutischen Rahmen, vielleicht weil sie den Kontakt als Therapie wahrnehmen.

Gemeinsame therapeutische Elemente

Wenn wir uns zuletzt den gemeinsamen therapeutischen Elementen aller Psychotherapieformen zuwenden (Frank, Hoehn-Saric et al. 1978), so bemerken wir, daß die meisten Formen als Mittel der direkten oder indirekten Bekämpfung von Demoralisierung betrachtet werden können. Die folgende Aufzählung ist, abgesehen von kleinen Unterschieden, ähnlich jenen Elementen, die von vielen Therapeuten dargelegt werden (Goldfried & Padawer 1982; Marmor 1976; Karasu 1986).

Eine emotional beladene, vertrauensvolle Beziehung mit einer helfenden Person, oft unter Teilnahme einer Gruppe. Mit einigen möglichen kleinen Ausnahmen ist die Beziehung zum Therapeuten notwendige und oftmals vielleicht hinreichende Bedingung zur Verbesserung bei jeglicher Art von Psychotherapie (Rogers 1957). Wie Sloane et al. (1975, 225) herausfanden, "schätzten erfolgreiche Patienten die persönliche Interaktion mit dem Therapeuten als den einzigen, wichtigsten Teil ihrer Behandlung ein".

Als besonders provozierend in diesem Zusammenhang wird der Befund gewertet, daß männliche College-Studenten mit zeitlich begrenzter Psychotherapie im Schnitt genauso viel Verbesserung erfuhren, wenn sie von Collegeprofessoren behandelt wurden, die aufgrund ihrer Fähigkeit zum Aufbau verständnisvoller

Beziehungen ausgesucht wurden, als wenn sie von sehr erfahrenen Psychotherapeuten behandelt wurden (Strupp & Hadley 1979).

Patienten machen sich selbst für erwartete Hilfe vom Therapeuten abhängig wegen ihres Vertrauens in die Kompetenz und das Wohlwollen des Therapeuten. Diese Abhängigkeit wird verstärkt durch das Wissen des Patienten über die Ausbildung des Therapeuten, durch den Behandlungsrahmen sowie durch die Übereinstimmung des Ansatzes des Therapeuten mit den Erwartungen des Patienten. Während der Status oder das Ansehen des Therapeuten dessen Vorherrschaft in den Augen des Patienten zu Beginn bestimmen kann, hängt der Erfolg der Therapie von der Fähigkeit des Therapeuten ab, dem Patienten zu vermitteln, daß er auf ihn achtgibt, daß er fähig ist, zu helfen und daß er keine hintergründigen Motive hat (Geben 1984; Gurman 1977) - eine Haltung, die ein bedeutender Psychotherapeut in dem Begriff "therapeutischer Eros" zusammengefaßt hat (Seguin 1965).

Dank des bemerkenswerten Symbolvermögens des Menschen können sich manche Patienten erfolgreich selbst behandeln, indem sie bei Vorhandensein eines Symptoms, welches auf bestimmte Zeiten und Orte eingrenzbar ist und dessen Behandlungsverlauf ebenso bestimmbar ist, einem Handbuch folgen, daß die Autorität eines Therapeuten in sich trägt (Marks 1987). In der Tat bescheinigt die unstillbare und scheinbar wachsende Nachfrage nach Selbsthilfebüchern die Kraft einer therapeutischen Beziehung mit einem Buch, welches eine Person oder gar ein übernatürliches Wesen symbolisiert, wie in heiligen Texten, die der Heilung dienen.

2. Ein Heilungssetting, das mindestens zwei therapeutische Funktionen in sich selbst trägt. Zum einen erhöht es das Ansehen des Therapeuten und stärkt die Erwartung des Patienten auf Hilfe, indem es die Rolle des Therapeuten als Heiler symbolisiert, sei es, daß das Setting eine Klinik in einem angesehenen Krankenhaus ist oder eine komplette Privatpraxis mit Bücherregalen, beeindruckendem Schreibtisch, Couch und Sessel. Oft sind im Setting auch Beweise für die Ausbildung des Therapeuten vorhanden wie Diplome und Bilder seiner Lehrer. Zum anderen vermittelt das Setting Sicherheit. Umgeben von seinen Wänden, wissen die Patienten, daß sie sich in weiten Grenzen gehen lassen können, es wagen können, Aspekte von sich selbst zu offenbaren, die sie vor anderen verborgen haben und ohne Verpflichtung und Folgen für außerhalb der Praxis verschiedene Alternativen für zukünftiges Verhalten diskutieren können.

Eine logische Grundlage, ein Begriffsschema oder ein Mythos, welcher eine plausible Erklärung für die Symptome des Patienten bereithält und ein Ritual oder ein Vorgehen zu deren Lösung verschreibt.

4. Ein Ritual, welches die aktive Teilnahme sowohl von Patient als auch Therapeut

erfordert und von dem geglaubt wird, daß es das rechte Mittel zur Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten ist.

Die Worte "Mythos" und "Ritual" werden bewußt verwendet, um zu betonen, daß die rationalen Erklärungen und Verfahrensweisen in der Therapie trotz der typisch wissenschaftlichen Ausdrucksweise nicht widerlegt werden können. Erfolge werden oft fälschlicherweise als Beweis ihrer Gültigkeit gewertet, während Fehlschläge wegeklärt werden. "Keine Therapieform ist jemals ohne den Anspruch seiner einzigartigen therapeutischen Vorteile begründet worden. Und keine Therapieform ist jemals fallengelassen worden aufgrund ihres Scheiterns, diesen Ansprüchen gerecht zu werden." (M.B. Parloff, zitiert in Hiltz 1980). Meines Wissens hat sich keine therapeutische Schule jemals aufgelöst, weil sie zu dem Schluß kam, daß eine andere Lehrmeinung und Methode überlegener war.

Eine oft übersehene Funktion therapeutischer Rituale ist die einer Entschuldigung des Patienten zur Wahrung des Gesichts, wenn er soweit ist, ein Symptom oder eine Beschwerde aufzugeben. Ohne angemessenen äußeren Grund von einem Symptom abzulassen würde beinhalten, daß es trivial sei oder daß der Patient es aus einem hintergründigen Motiv heraus hervorgebracht hätte. Je spektakulärer das Ritual, desto größer seine Brauchbarkeit aus der Sicht des einzelnen. Dieser Umstand gebietet Vorsicht bei der Zuschreibung der Remission eines Symptoms zu einem bestimmten Kunstgriff. Der Patient könnte schon bereit gewesen sein, das Symptom aus anderen Gründen loszulassen und die Rolle des Verfahrens könnte einfach gewesen sein, die Gelegenheit dazu zu bieten.

Funktionen von Mythen und Ritualen

Alle therapeutischen Mythen und Rituale haben ungeachtet der Unterschiede in unterschiedlichen Zusammenhängen Funktionen gemeinsam, die die Demoralisierung bekämpfen durch die Stärkung der therapeutischen Beziehung, die Anregung von Hilfserwartungen, das Angebot neuer Lernerfahrungen, die emotionale Erregung des Patienten, die Verstärkung des Gefühls von Beherrschung und Selbstwirksamkeit sowie durch das Anbieten von Gelegenheiten zum Ausprobieren und zur praktischen Umsetzung. Wir wollen dies alles der Reihe nach kurz betrachten.

1. Stärkung der therapeutischen Beziehung und damit Bekämpfung des Gefühls von Entfremdung beim Patienten. Ein gemeinsames Überzeugungssystem ist grundlegend für die Bildung und den Bestand von Gruppen, weshalb das Festhalten von Therapeut und Patient an demselben therapeutischen Mythos eine starke Bindung zwischen ihnen schafft. In diesem Zusammenhang bekämpft die fortwährende Akzeptanz des Patienten beim Therapeuten, nachdem der Patient sich "bekannt" hat zu seinen als beschämend geltenden Gedanken, Gefühlen oder

Verhaltensweisen, bei letzterem die demoralisierenden Gefühle von Entfremdung, besonders wenn der Therapeut, wie dies üblich ist, eine Gruppe vertritt. Das Ritual dient der Aufrechterhaltung der Bindung zwischen Patient und Therapeut, vor allem in Zeiträumen, wenn sich nicht viel zu ereignen scheint. Indem es sowohl dem Patienten als auch dem Therapeuten etwas gemeinsames zu tun gibt, erhält das Ritual das gegenseitige Interesse aufrecht. Das Hauptproblem von Strupps freundlichen College-Professoren war, daß ihnen manchmal der Gesprächsstoff ausging, eine Zwangslage, die nie von den erfahrenen Therapeuten berichtet wurde.

2. Die Hilfserwartung des Patienten anregen und aufrechterhalten. Indem sie die Erwartung von Hilfe beim Patienten inspirieren, gewährleiten Mythen und Rituale nicht nur, daß der Patient zur Behandlung kommt, sondern sie können auch aus sich selbst heraus stark beim Aufbau von Moral und bei der Linderung von Symptomen sein (Friedman 1963; Jacobson 1968; Uhlenhuth & Duncan 1968). Das Wecken von Hoffnung kann auch die Befunde mehrerer Studien ausmachen, daß "der beste Prädiktor späterer Vorteile die Erwartungen früher Vorteile sei, die in frühen Sitzungen zum Ausdruck kommen" (Luborsky 1976, 107).

Mehrere Kollegen und ich wurden auf die Spur der Wichtigkeit positiver Erwartungen bei der Linderung von Symptomen durch die Ergebnisse unserer ersten Psychotherapiestudie gebracht. In dieser Studie verglichen wir die Auswirkungen auf Symptome und Sozialverhalten von sechs Monaten einer von drei Psychotherapieformen: Gruppentherapie, Einzeltherapie einmal pro Woche oder Minimalkontakt-Behandlung mit nicht mehr als 15 Minuten alle zwei Wochen. Wir fanden heraus, daß Patienten aller drei Therapien gleich starke Symptomverminderung im Schnitt zeigten, was jedoch auch bei denen zutraf, die während der ersten vier Gespräche die Behandlung abbrachen (Frank et al. 1959). Symptomverminderung schien deshalb zum Teil eine Reaktion zu sein auf die Hoffnung auf Erleichterung, die durch das Angebot von Behandlung hervorgerufen wird. Wir entschieden, diese Theorie durch die Untersuchung der Wirkung von Placebos auf psychiatrische Symptome zu erforschen, da diese Wirkung einzig und allein von der Erregung der positiven Erwartungen beim Patienten durch die Verabreichung einer unwirksamen Medikation abhängen muß, welche die Rolle des Arztes symbolisiert (Frank, Nash, Stone & Imber 1963).

Für das Experiment wurden Versuchspersonen gebeten, eine Beschwerdeliste auszufüllen, gefolgt von einer halbstündigen Testreihe zur Erfassung von Persönlichkeitseigenschaften, die mit Placebo-Empfänglichkeit in Zusammenhang stehen. Danach wurde die Beschwerdeliste wieder vorgelegt, gefolgt von der

Verabreichung des Placebo. Nach einer weiteren halben Stunde, während dem Placebo Zeit zum "wirken" gegeben wurde und der Patient zusätzliche Tests erhielt, wurde die Beschwerdeliste abermals verteilt. Die Patienten nahmen das Placebo zwei Wochen lang ein, und zum Ende jeder Woche wurde die Beschwerdeliste wieder ausgeteilt. Danach wurde das Placebo abgesetzt. Der größte Rückgang der Beschwerden ereignete sich vor der Verteilung des Placebo, die Verminderung der Beschwerden war weitgehend gleichbleibend nach einer und zwei Wochen, und bei den Patienten, die wir nach drei Jahren noch wiederfinden konnten, war das durchschnittliche Ausmaß an Beschwerden immer noch niedriger als zu der Zeit des Behandlungseintritts.

Es wurde ein Vergleich angestellt zwischen Symptomverminderung durch Psychotherapie und solcher durch Placebo, der auf den Befunden von zwei Patientengruppen basierte, von denen eine zu Beginn ein Placebo erhalten hatte und die andere sechs Monate Psychotherapie, welche nach drei Jahren zurückgerufen wurden aufgrund einer Wiederkehr von Symptomen. An diesem Punkt erhielten beide Gruppen ein Placebo und ihr Beschwerdeniveau, wie es nach einer oder zwei Wochen überprüft wurde.

Der anfängliche durchschnittliche Rückgang an Beschwerden war praktisch identisch nach sechs Monaten Psychotherapie und nach der Verabreichung von Placebo während einer Woche. Bei der Einnahme von einem Placebo nach drei Jahren zeigten beide Gruppen denselben durchschnittlichen Rückgang, was dem anfänglichen Rückgang an Beschwerden mit sechs Monaten Psychotherapie entsprach.

Ein wichtiger Punkt ist, daß sich trotz des gleichen mittleren Beschwerderückgangs nach drei Jahren wie zu Beginn die Reaktionen einzelner Patienten auf die zwei Ereignisse stark unterschieden. Manche reagierten beim ersten Mal und nicht beim zweiten Mal und umgekehrt. Dieser Befund ist der Beweis, daß die Reaktionsfreudigkeit auf Placebos nicht so sehr von einem Persönlichkeitszug abhängt als vielmehr von der Interaktion des momentanen Zustandes des Patienten mit Umweltfaktoren, eine Beobachtung, die von anderen Studien bestätigt worden ist (R. Liberman 1964).

Die Reaktion nach drei Jahren schließt auch eine mögliche Deutung der sehr schnellen Beschwerdeminderung bei der anfänglichen Placebogruppe aus, namentlich aufgrund der künstlichen Erhöhung des mittleren anfänglichen Beschwerde-Punktwertes wegen deren Besorgnis darüber, was passieren würde. Obwohl diese Besorgnis eine gewisse Auswirkung gehabt haben kann, könnte sie nicht das gesamte Abfallen erklären, da dies nicht möglich wäre bei Patienten, welche drei Jahre zuvor Psychotherapie erhalten hatten und deshalb damit vertraut waren.

Um therapeutisch wirksam zu sein, muß die Hoffnung auf Verbesserung im Kopf des Patienten mit bestimmten Therapieverläufen ebenso verbunden sein wie mit Ergebnissen (Imber, Pande, Frank, Hoehn-Saric, Stone & Wargo 1970; Wilkins 1979). Diese Verbindung könnte von Anbietern traditioneller Therapien wie Psychoanalyse als selbstverständlich betrachtet werden, da die meisten Patienten zu ihnen bereits kamen, als sie mit deren Verlauf bereits vertraut waren (Kadushin 1969). Anbieter neuer oder ungewöhnlicher Therapien verbringen regelmäßig beträchtliche Zeit und Mühe zu Beginn damit, dem Patienten ihr besonderes therapeutisches Spiel beizubringen und die Erwartungen des Patienten entsprechend zu formen.

Diese Betrachtungen führten mich und einige Kollegen zur Ausarbeitung eines kontrollierten Experiments zum Vergleich der Ergebnisse von vier Monaten Therapie zwischen Patienten, die zunächst ein vorausgehendes "Rolleneinführungsgespräch" erhielten, welches entworfen worden war zur Koordination ihrer Erwartungen mit dem, was sie erhalten würden, und Patienten, die identisch behandelt wurden, jedoch kein vorbereitendes Gespräch hatten (Hoehn-Saric, Frank, Imber, Nash & Battle 1964; Nash, Hoehn-Saric, Battle, Stone, Imber & Frank 1965).

Die Absichten des Rolleneinführungsgesprächs waren (1) die Klärung der Behandlungsabläufe; (2) dem Patienten zu versichern, daß die Behandlung hilfreich sei; (3) unrealistische Hoffnungen zu zerstreuen (und damit gegen Desillusionierung zu schützen); und (4) dem Patienten zu helfen, sich auf eine Art zu verhalten, die übereinstimmte mit dem Bild des Therapeuten von einem guten Patienten, womit indirekt das Interesse und der Optimismus des letzteren erhöht wurde.

Insgesamt betrachtet zeigten die Patienten, die die Rolleneinführung erhalten hatten, ein angemesseneres Verhalten in der Therapie und hatten bessere Ergebnisse als die Kontrollgruppe. Dieser Befund ist repliziert worden in anderen Versuchsanordnungen (Sloane, Cristol, Pepernick & Staples 1970; Yalom et al. 1967). Es sollte betont werden, daß die Hinführung der Patienten zu einem besseren Verhalten in der Therapie diese attraktiver machte für die Therapeuten und mithin die Patient-Therapeut-Beziehung verbesserte.

3. Neue Lernerfahrungen ermöglichen. Diese neuen Lernerfahrungen können die Moral heben, indem es den Patienten möglich wird, potentiell hilfreiche, neue Wege der Selbst und Problembetrachtung zu entdecken sowie andere Werte zu entwickeln. In dieser Hinsicht scheint die Verbesserung in der Therapie einher zu gehen mit der Entwicklung der Werte beim Patienten hin zu denen des Therapeuten (Pande & Gart 1968; Parloff, Goldstein & Iflund 1960; Rosenthal 1955).

Lernen kann verschiedene Erscheinungsformen annehmen, darunter Anleitung, Modellernen (Bandura 1977), operantes Konditionieren (wobei die Reaktionen des Therapeuten als positive oder negative Verstärker dienen) sowie sich neuen emotional geladenen Erfahrungen aussetzen, einschließlich Übertragungsreaktionen und emotionaler Erregung durch Versuche der Veränderung von Kontingenzen, die das Verhalten bestimmen.

Je häufiger und intensiver die Erfahrung - im Gegensatz zum rein kognitiven Lernen - stattfindet, desto wahrscheinlicher ist es, daß ihnen Veränderungen der Haltung oder des Verhaltens beim Patienten folgen. Eine Binsenweisheit besagt, daß intellektuelles Verständnis allein grundlegend nicht stark genug ist, um Veränderung zu bewirken. Dies bringt uns zur vierten therapeutischen Zutat, die allen Therapeutischen Entwürfen und Ritualen gemeinsam ist, die emotionale Erregung.

4. Emotionen erregen. Solche Erregung ist grundlegend für die therapeutische Veränderung auf mindestens drei Arten. Sie sorgt für die Schubkraft, um die Mühe einzugehen und das Leiden in Kauf zu nehmen, die normalerweise bei Versuchen der Veränderung von Einstellungen und Verhaltensweisen im Spiel sind, erleichtert die Änderung von Einstellungen und erhöht die Sensibilität gegenüber Umwelteinflüssen. Wenn die emotionale Erregung unerwünscht ist, bringt sie den Patienten dazu, aktiv nach Erleichterung zu suchen. Wenn dies in der Therapie geschieht, wendet sich der Patient natürlich an den Therapeuten. Erregung, die intensiv genug ist, um den Patienten durcheinander zu bringen, steigert noch diese Abhängigkeit und kann zusätzlich das Erlangen einer besseren Persönlichkeitsintegration durch das Aufbrechen alter Muster erleichtern.

Das Hervorrufen intensiver Emotionen charakterisiert fast alle Heilrituale der nicht industrialisierten Gesellschaften. Im Westen ist die Popularität solcher Ansätze schwankend. In der jüngeren Vergangenheit tauchten diese Ansätze im Mesmerismus und in der Freudianischen Abreaktion auf und erleben derzeit eine Blüte unter verschiedenen Bezeichnungen wie Implosive Therapie (Stampfl 1976), Primärtherapie (Janov 1970) Reevaluationsberatung (Jackins 1965) Bioenergetik (Lowen 1975) und vielen, vielen mehr.

Beeinflußt durch den Zeitgeist führten meine Kollegen und ich eine Reihe von Experimenten über emotionale Erregung und Empfänglichkeit für Einstellungsänderungen durch (Hoehn-Saric 1978). Um Erregung zu erzeugen verwendeten wir zunächst wegen des präanästhetischen Erregungszustandes, der bei den meisten Personen entsteht, kleine Dosen *fther*, der durch Tropfinhalation verabreicht wurde. Das semantische Differential (Osgood, Suci & Tannenbaum 1957), welches das Rating von Bedeutungen einer bestimmten Vorstellung auf einer Serie bipolarer Skalen erlaubt, wurde als Meßwerkzeug für

Einstellungsänderung verwendet. In Absprache mit ihren Therapeuten in therapeutischen Gespräche wählten die Patienten eine "Zielvorstellung" aus, welche der Therapeut versuchen würde zu verändern sowie andere, die der Therapeut nicht versuchen würde zu verändern (dabei wurde den Patienten nicht mitgeteilt, welche Vorstellung der Therapeut versuchen würde zu verändern). Beispiele für Zielvorstellungen waren "der Einfluß meiner Mutter auf mich" und "meine Toleranz gegenüber Unzulänglichkeiten bei mir nahestehenden Personen". In einem vorausgehenden unkontrollierten Experiment bekamen Patienten drei Gespräche unter geringfügiger Zuführung von *fther* in 1 Ω -wöchigen Abständen, und der Therapeut versuchte die Zielvorstellung nur während oder unmittelbar nach der Erregungsphase zu verändern. Die Zielvorstellung veränderte sich kumulativ in die vorhergesagte Richtung und die Veränderung erreichte statistische Signifikanz nach dem dritten Gespräch im Vergleich zur Veränderung in der Erstsitzung ohne *fther*. Die anderen Vorstellungen blieben durchgehend unverändert.

Als nächstes führten wir ein kontrolliertes Experiment durch, in dem der Zweck sowie jene Patienten, die *fther* erhielten, dem Therapeuten unbekannt waren. Der Versuchsraum roch bei allen Patienten nach *fther*. Die Ergebnisse, wenngleich weniger ausgeprägt als in der Vorab-Studie, bestätigten die Hypothesen.

Da *fther* Verwirrung erzeugt, welche die erhöhte Empfänglichkeit für Einflüsse beim Patienten erklären könnte, wiederholten wir das Experiment unter Verwendung eines Inhalats, das Adrenalin beinhaltet (welches das sympathische Nervensystem anregt, ohne das Bewußtsein zu vernebeln), wobei wir im Grunde dieselben Ergebnisse erzielten.

In all diese Studien waren die Auswirkungen auf die Einstellungen der Patienten vorübergehend, das heißt, die Vorstellungen kehrten bald in ihre Ausgangspositionen zurück. Vielleicht hängt diese Rückkehr mit dem Nachlassen des Interesses an abreaktiven Techniken nach einer Welle der Popularität zusammen. Obwohl emotionale Erregung die Einstellungsänderung erleichtern kann, scheint etwas anderes notwendig zu sein, um die Veränderung aufrechtzuerhalten. Wenn man diese Beobachtung verallgemeinern darf, welche mit anderen in Einklang steht, so kann es wichtig sein, Faktoren, die therapeutische Veränderung erzeugen von jenen zu unterscheiden, die diese aufrecht erhalten (B.L. Liberman 1978).

Aus der Sicht der Demoralisierungshypothese kann der therapeutische Effekt intensiver emotionaler Erregung in seiner Veranschaulichung der Tatsache bestehen, daß die Patienten Emotionen von hoher Intensität aushalten können, welche sie fürchteten und welche deshalb bei ihnen Vermeidung oder Flucht von Situationen auslösten, welche diese auszulösen drohten. Das Überleben einer sol-

chen Erfahrung würde direkt ihr Selbstvertrauen stärken und auch einen Patienten ermutigen, diese gefürchteten Situationen aufzusuchen und zu bewältigen, womit weiterhin indirekt die Moral gestärkt werden würde.

Somit kann die Aufrechterhaltung der Verbesserung, welche einer emotionalen Überflutung folgt, vom Vermögen dieses Verfahrens abhängen, das Gefühl von Beherrschung (B.L. Liberman 1978a) und Selbstwirksamkeit (Bandura 1977) beim Patienten zu steigern, welchem ich mich jetzt zuwenden werde.

5. Steigern des Gefühls von Beherrschung und Selbstwirksamkeit beim Patienten. Selbstachtung und persönliche Sicherheit hängen in einem beträchtlichen Maße von einem Gefühl der Fähigkeit ab, eine gewisse Kontrolle über die Reaktionen anderer auf einen selbst auszuüben sowie über die eigenen inneren Zustände. Die Unfähigkeit, Gefühle, Gedanken und Impulse zu kontrollieren ist nicht nur in sich selbst demoralisierend, sondern behindert auch die Fähigkeit, andere zu kontrollieren, indem sie zuviel Achtsamkeit erfordert und die Wahrnehmung sowie das Verhalten entstellt. Das Gefühl des Kontrollverlustes ist Ursache für Emotionen wie Angst, welche die spezifischen Symptome und Probleme verschärfen oder von diesen verschärft werden, wegen denen die Person vorgeblich die Psychotherapie aufsucht. Alle Psychotherapieschulen versuchen, das Gefühl der Beherrschung beim Patienten auf mindestens zwei Arten zu stärken: (1) indem sie dem Patienten ein Begriffsschema zur Benennung und Erklärung von Symptomen und die logische Grundlage für das Behandlungsprogramm liefern und (2) indem sie dem Einzelnen Erfolgserlebnisse verschaffen.

Da der Sprechapparat das wichtigste Werkzeug des Menschen bei der Analyse und Organisation von Erfahrungen ist, erhöht das Begriffsschema das Gefühl der Kontrolle beim Patienten, indem es Erfahrungen Sinn gibt, die willkürlich, verwirrend oder unerklärlich gewirkt hatten und indem es ihnen Namen gibt. Dieser Effekt ist als Rumpelstilzchen-Prinzip (Torrey 1972) bezeichnet worden, nach dem Märchenmotiv, wo die Macht des Zwerges über die Königin durch deren Nennung des rechten Namens gebrochen wurde.

Um diesen Effekt zu erzielen, müssen Deutungen, die vorrangigen Mittel zur Vermittlung des begrifflichen Rahmens, nicht notwendigerweise stimmen, sondern lediglich stimmig sein. Ein Therapeut demonstrierte dieses Konzept, indem er vier Patienten sechs "Allzweck"-Deutungen in intensiver Psychotherapie anbot. Ein Beispiel für solch eine Deutung ist "Sie scheinen ihr Leben so zu leben, als ob sie sich stets rechtfertigen müßten". Dieselbe Reihe an Deutungen wurde allen vier Patienten in einem Abstand von etwa einem Monat gegeben. In 20 dieser 24 Fälle reagierten die Patienten mit einem Absinken des Angstniveaus. Alle Patienten erlebten mindestens einmal diese Veränderung vom "präinterpretativen" zum "postinterpretativen" Zustand (Mendal 1964).

Erfolgserlebnisse, eine Hauptquelle verbesserter Selbstwirksamkeit, sind implizit in allen psychotherapeutischen Verfahren vorhanden. Verbal geschickte Patienten beziehen sie, indem sie neue Einsichten erlangen; verhaltensbezogene Patienten aus der Ausführung zunehmend angstbeladener Verhaltensweisen. Wie bereits erwähnt, bringen Techniken der emotionalen Überflutung mit ihrer Veranschaulichung für den Patienten, der maximalen Intensität des gefürchteten Gefühles standhalten zu können, starke Erfolgserlebnisse mit sich.

Darüber hinaus würde man erwarten, daß die Leistungen, die der Patient als Ergebnis eigener Bemühungen betrachtet, ein besseres Licht auf die Selbstachtung einer Person werfen als solche, die der Patient Faktoren außerhalb seiner Kontrolle zuschreibt, wie etwa einer Medikation oder der Hilfe von jemand anderen. In der Erkenntnis dieser Erwartung übermitteln Psychotherapeuten aller Schulen dem Patienten, daß der Fortschritt das Ergebnis der eigenen Bemühungen der Person sei. Nondirektive Therapien verzichten auf jegliche Anerkennung für das Erlangen neuer Einsichten beim Patienten, und direktive betonen, daß die Verdienste des Patienten von seiner Fähigkeit abhängen, die verschriebenen Verfahren auszuführen.

6. Anbieten von Gelegenheiten zur praktischen Umsetzung. Eine abschließendes moralsteigerndes Merkmal aller Psychotherapien ist, daß sie Gelegenheiten und Anreize bieten, die therapeutischen Verdienste durch wiederholtes Ausprobieren sowohl innerhalb als auch außerhalb der Therapiesitzung zu verinnerlichen und zu verstärken.

Der Vollständigkeit halber sollte erwähnt werden, daß Gruppentherapien dieselben moralbildenden Prinzipien beinhalten wie Einzeltherapien, oftmals gar in einem größeren Ausmaß. Die Gegenwart anderer Patienten und das Auftauchen gruppenspezifischer Prozesse eröffnen zusätzliche Wege für die Bekämpfung der Entfremdung, die die Demoralisierung begleitet und bieten verschiedene Gelegenheiten kognitiven und erlebensbezogenen Lernens sowie der praktischen Umsetzung des Gelernten. Sie bieten ebenso mehr Gelegenheiten zur emotionalen Erregung und mehr Möglichkeiten, ein Gefühl der Beherrschung zu entwickeln, indem sie die Belastungen von Gruppeninteraktionen durchstehen. Schließlich haben Gruppen als soziale Mikrokosmen mehr Ähnlichkeit mit dem echten Leben als Einzelgespräche und erleichtern somit den Transfer dessen, was gelernt worden ist, auf das tägliche Leben (Yalom 1985).

Entscheidende Faktoren für therapeutischen Erfolg

Die stärksten Faktoren für den Erfolg jeglichen therapeutischen Zusammentreffens liegen möglicherweise eher in Eigenschaften des Patienten, des Therapeuten und des jeweiligen Patienten-Therapeuten-Paares begründet als im therapeutischen Verfahren. Trotz seiner Bedeutung bringt dieses Gebiet wie be-

reits angedeutet besondere Forschungsprobleme mit sich, weshalb die Forschungsbefunde knapp sind und größtenteils einfach die klinischen Vermutungen bestätigen. Dieser Umstand erlaubt es mir glücklicherweise, mich kurz zu fassen.

Es gibt eine allgemeine Übereinkunft darüber, daß der gute Patient durch genügend Leid gekennzeichnet ist, um für die Behandlung motiviert zu sein sowie durch die Fähigkeit, von einer helfenden Beziehung zu profitieren. Strupp (1976) schlägt vor, daß der Patient, um in der Lage zu sein, so zu profitieren, genügend lohnende Erfahrungen mit seinen eigenen Eltern gemacht haben muß, so daß er "die Fähigkeit entwickelt hat, aus jeglicher Veränderung nutzen zu ziehen als Ergebnis der Kräfte, die in einer guten menschlichen Beziehung wirksam sind" (99).

Patienten mit guter Prognose zeichnen sich zusätzlich aus durch Begriffe wie gute Ichstärke, Bewältigungsvermögen oder Persönlichkeitsvorzüge. Ein erhellender Zugang zu therapeutisch günstigen Persönlichkeitsqualitäten wird von Harrower (1965) geliefert. Auf der Grundlage einer Follow-up-Studie mit 622 Patienten in Psychoanalyse oder analytisch orientierter Psychotherapie gelang es ihr, einen Index des psychohygienischen Potentials zu erstellen, welcher auf Antwortmustern auf projektive Tests basierte und hoch mit der rückblickend durch die behandelnden Therapeuten beurteilten Verbesserung korrelierte. Das psychohygienische Potential beinhaltet das Vermögen zu emotionaler Wärme und Freundlichkeit, angemessene intellektuelle Kontrolle in Verbindung mit Freiheit und Spontaneität, innere Ressourcen sowie intuitive Empathie für andere. Kurz, je psychologisch gesünder der Patient zu Beginn ist, desto besser ist die Prognose für das Ansprechen auf die Behandlung.

Man wüßte gerne viel mehr über die Faktoren, die die Fähigkeit bestimmen, aus bestimmten therapeutischen Verfahren Nutzen zu ziehen. So legt beispielsweise Malan (1976) Beweise vor, daß "Einsichtsmotivation" wichtig sein kann für den Erfolg von kurzer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie. Ein vielversprechender Anhaltspunkt ist die Klassifikation von Patienten unter dem Aspekt der Kontroll-Lokalisierung

- daß heißt, ob die Person die Kontrolle über ihr Leben als hauptsächlich in oder außerhalb sich selbst liegen sieht (Rotter 1966; Seeman & Evans 1962). In einer Studie stolperten meine Kollegen und ich über eine interessante Interaktion zwischen Kontroll-Lokalisierung, therapeutischer Verbesserung und der Quelle, auf die Patienten zur Zuschreibung ihrer verbesserten Leistung in therapielevanten Dingen hingeführt wurden (das heißt, ob ihre Verbesserung in der Therapie ihren eigenen Bemühungen oder der Wirkung einer Placebotablette zugeschrieben wurde). Den internal kontrollierten Patienten ging es signifikant besser als den ex-

tional kontrollierten unter der ersten Bedingung, während sich die Ergebnisse unter der zweiten umkehrten (B.L. Liberman 1978a; siehe Abb. 3). Studien über die Beziehung zwischen Kontroll-Lokalisierung und das Ansprechen auf eine Vielzahl von Therapien häufen sich (Friedman & Dries 1975; Ollendick & Murphy 1977).

Bei der Untersuchung der therapeutischen Qualitäten von Therapeuten sehen wir, daß die Erfolgsquote von Therapeuten selbst innerhalb derselben Therapieschule weit auseinander geht. In einer Studie über Encountergruppen beispielsweise, welche mindestens zwei Therapeuten jeder einzelnen von mehreren Schulen verwendete, fanden Liberman, Yalom & Miles (1973) heraus, daß die besten und schlechtesten Ergebnisse in Gruppen erzielt wurden, welche von Therapeuten derselben Schule durchgeführt wurden. Die Teilnehmerzahlen bei Encountergruppen sind in ausreichendem Maße kleiner im Vergleich zu Therapiegruppen, daß dieser Befund auf sie zutrifft. In einer rückblickenden Analyse von 150 Frauen, die von 16 Therapeuten und 10 Therapeutinnen behandelt worden waren, fanden Orlinsky & Howard (1980) heraus, daß es zwei drittel der Patienten der erfolgreichsten Therapeuten viel besser und keinem schlechter ging. Zur Frage, wie groß die Bedeutung des Therapeuten für die Unterschiede des therapeutischen Erfolges ist, hat sich unser Verständnis jedoch nicht über die Begriffe von Empathie, Wärme und Echtheit hinausentwickelt, welche Rogers und seine Schule (1957) als hilfreich bei Neurotikern befanden sowie den Begriff der aktiven persönlichen Anteilnahme, wie sie vielleicht mit dem Erfolg bei Schizophrenen zusammenhängt (Dent 1978; Whitehorn & Betz 1975). Die Möglichkeit, diese Befunde zu verallgemeinern, bleibt fraglich (Parloff, Waskow & Wolfe 1978).

Wenn wir zu unserer Analogie von Psychotherapie und Musik zurückkehren, so bemerken wir, daß Psychotherapeuten sich genau wie Musiker in ihrem angeborenen Talent zu unterscheiden scheinen, welches meist durch Übung gesteigert werden kann. Fast jeder kann Klavier spielen lernen; jedoch kann kein noch so intensives Üben einen Horowitz oder Rubinstein hervorbringen, noch kann es jemanden, der kein musikalisches Gehör hat, in einen Pianisten verwandeln. Entsprechend scheinen manche Therapeuten außergewöhnliche Ergebnisse zu erzielen, während es den Patienten einiger weniger nicht besser oder gar schlechter geht, als wenn sie überhaupt keine Behandlung bekommen hätten. Es wäre höchst wünschenswert, diese "unmusikalischen" Therapeuten frühzeitig in der Ausbildung auszusieben, somit Schaden von den Patienten abzuwenden und den Therapeuten das Elend zu ersparen; aber unglücklicherweise gibt es noch keine geeigneten Screeningmethoden zu diesem Zweck.

Mein eigenes Gefühl, welches ich mit einer gewissen Beklommenheit preisgebe,

ist, daß die meisten begabten Therapeuten telepathische, hellseherische oder andere parapsychologische Fähigkeiten haben können (Ehrenwald 1966, 1978; Freud 1964; June 1953). Sie können darüber hinaus etwas besitzen, was der Fähigkeit ähnelt, das Pflanzenwachstum zu beschleunigen (Grad 1967) und was nur als "Heilkraft" bezeichnet werden kann. Jeder Forscher, der versucht, diese Phänomene zu untersuchen, setzt seine Reputation als zuverlässiger Wissenschaftler aufs Spiel, so daß man deren Erforschung nur den Unerschrockensten empfehlen kann. Die Verdienste könnten jedoch großartig sein.

Wenn man wieder auf festen Boden zurückkehrt, scheinen, angesichts der Gegenseitigkeit therapeutischer Beziehungen, die Bemühungen zur Bestimmung von Aspekten beim Patienten und Therapeuten, die eine gutes oder schlechtes Zusammenspiel ausmachen, zu lohnen. Wiederum sind die Informationen hierüber sehr knapp, regen aber zum Nachdenken an. Zum Beispiel kommt es vor, daß bei hospitalisierten chronischen Schizophrenen ruhige Therapeuten am besten mit ängstlichen Patienten arbeiten, Therapeuten, die gut mit Aggression umgehen können, arbeiten gut mit feindseligen Patienten, großelterlich wirkende Therapeuten passen gut zu verführerischen Patienten und Therapeuten, die mit Depression umgehen können, passen gut zu depressiven Schizophrenen (Gunderson 1978). Kaum ein weltbewegender Befund, werden Sie jetzt sagen, aber es ist ein Anfang.

Die oben bereits erwähnte Studie über Frauen in der Therapie (Orlinsky & Howard 1980) lieferte einige interessante Anhaltspunkte. Die unterschiedlichen Erfolgsquoten der Therapeuten schienen sich in erster Linie eher auf die Interaktion der Patient-Therapeuten-Paare als auf die Eigenschaften des Therapeuten alleine zurückführen zu lassen, ausgenommen seiner Erfahrung, welche sich allgemein auszuwirken schien. Therapeuten mit weniger als sechs Jahren Erfahrung hatten, im Vergleich mit solchen mit mehr Erfahrung, doppelt so viele Patienten, die unverändert oder verschlechtert waren und nur halb so viele, die beträchtliche Verbesserungen zeigten. Der Stellenwert der Erfahrung für den therapeutischen Erfolg bleibt jedoch umstritten (Parloff et al. 1978). Interessanter ist es, daß, obwohl das Geschlecht des Therapeuten insgesamt keinen Unterschied machte, junge, alleinstehende Frauen mehr von Therapeutinnen profitierten, was die Vermutung nahelegt, daß Männer für sie etwas bedrohliches haben können. Umgekehrt waren die einzigen Patientinnen, denen es bei den Männern besser ging, Mütter ohne Partner. Wäre es möglich, daß der Therapeut für sie einen potentiellen neuen Partner darstellte? In diesem Zusammenhang ist das Begriffsbildungsniveau (Carr 1970) ein wichtiger Anhaltspunkt. Obgleich noch keine schlüssigen Befunde aufgetaucht sind, scheint es möglich, daß

Personen, die ein recht konkretes Begriffsbildungsvermögen besitzen, am besten auf strukturierte Therapien in einem strukturierten Umfeld ansprechen. Darüber hinaus fanden Studien über Raucher (Best 1975), ambulante Psychiatriestudenten, die von Medizinstudenten behandelt wurden, Alkoholiker, College-Studenten und Delinquenten alle heraus, daß Patienten, deren Begriffsniveau ähnlich dem ihres Therapeuten war, bessere Fortschritte machten als solche ohne Übereinstimmung (Posthuma & Carr 1975). Ansonsten ist die Beziehung verschiedener Merkmale des Patienten, des Therapeuten und deren Interaktion im therapeutischen Prozeß und Ergebnis immer noch so komplex und unklar, daß eine Zusammenfassung nicht möglich ist (Beutler, Crago & Arizmendi 1988).

Schluß

Lassen sie mich abschließend versuchen, ein allgemeines Mißverständnis über die Demoralisierungshypothese zu berichtigen, nämlich jenes, daß eine Ausbildung unnötig sei, da ja die gemeinsamen Merkmale aller Therapien, welche die Demoralisierung bekämpfen, viel von ihrer Wirksamkeit erklärten. Worauf ich hinaus wollte war, zu zeigen, daß die Heilfaktoren, die von allen Techniken eingesetzt werden, einen bedeutenden Beitrag zum Ergebnis jeder einzelnen Methode leisten.

Aufgrund von Persönlichkeitsmerkmalen und Erfahrungen aus der Vergangenheit können jedoch manche Patienten eher auf verhaltensbezogene, kognitive, abreaktive, hypnotische oder andere Verfahren eingestellt sein. Deshalb bleibt es möglich, daß bestimmte Techniken bei manchen Patienten oder gar bei manchen Symptomen wirksamer sind als andere.

Aber selbst für den unwahrscheinlichen Fall, daß sich alle therapeutischen Techniken als völlig austauschbar erweisen, würde diese Ersetzbarkeit nicht heißen, daß die Beherrschung von einer oder mehreren nicht nötig sei. Eine solche ungerechtfertigte Schlußfolgerung verwechselt den Gehalt therapeutischer Konzepte und Verfahren mit deren Funktion. Einige therapeutisch begabte Personen, können, um sicher zu sein, mit sehr wenig formaler Ausbildung wirksam sein, die meisten unter uns müssen jedoch wenigstens ein therapeutisches Erklärungsmodell oder Ritual beherrschen. Da diese unwiderlegbar sind und von einer gleichgesinnten Gruppe getragen werden, der der Therapeut angehört (Festinger 1957), erhalten sie das Gefühl für Kompetenz beim Therapeuten, besonders angesichts der unvermeidlichen therapeutischen Fehlschläge. Wie ein junger Anhänger einer psychotherapeutischen Schule bemerkte, "weißt du, daß du das Richtige tust, selbst wenn es dem Patienten nicht besser geht." Diese Haltung stärkt indirekt das Vertrauen des Patienten in den Therapeuten als Person, die weiß, was sie tut.

Wenn man aus diesen Ausführungen eine Moral ziehen kann, so ist es die, daß die

Auswahl der Verfahren von den persönlichen Vorlieben des Therapeuten geleitet sein sollte. Manche Therapeuten sind effektive Hypnotiseure, andere nicht. Manche begrüßen emotionale Zurschaustellungen, andere schrecken davor zurück. Manche arbeiten am besten mit Gruppen, andere in der Vertrautheit der Dyade. Manche genießen die Exploration der Psyche, andere versuchen lieber, das Verhalten zu verändern. Idealerweise sollten von diesem Standpunkt aus betrachtet die Ausbildungsprogramme ihre Schüler einer Vielzahl von Grundideen und Verfahren aussetzen und sie dazu ermutigen, diejenigen darunter auszuwählen, die mit ihrer eigenen Persönlichkeit am ehesten geistesverwandt sind. Je größer die Zahl der Ansätze ist, mit denen der Therapeut umgehen kann, desto größer ist der Kreis der Patienten, denen er helfen kann.

Zusammenfassung

Was immer auch ihre besonderen Symptome sind, die Patienten, die in die Psychotherapie kommen, sind auch demoralisiert. Viel der Behinderung und des Leids beim Patienten wird durch diese Demoralisierung verursacht. Die Quellen der Demoralisierung, ob sie nun eine allgemeine Reaktion ist oder eine Reaktion auf bestimmte Streßsituationen, entspringen, insofern sie der Psychotherapie zugänglich sind, verformenden Erfahrungen in der vergangenen Lebensgeschichte des Patienten. Diese Erfahrungen führen zu drei interagierenden, sich gegenseitig verstärkenden Elementen: innerpsychische Konflikte, gepaart mit niedriger Selbstachtung, verzerrte Wahrnehmung anderer und mangelnde Fähigkeiten der Bewältigung. Zusammengenommen, erzeugen diese Elemente Erfahrungen des Scheiterns oder andere leidvolle Emotionen, die die Moral weiter untergraben.

Alle Psychotherapien zielen darauf ab, den daraus folgenden Teufelskreis zu durchbrechen und die Moral durch das Bereithalten von Erfahrungen mit einer helfenden Person wiederherzustellen, welche allgemeine Ermutigung und Unterstützung bieten neben der gegebenenfalls stattfindenden Bekämpfung bestimmter Wahrnehmungsverzerrungen und fehlangepaßter Verhaltensweisen.

Die Wirksamkeit einer jeglichen Psychotherapie mit einem bestimmten Patienten hängt genauso von den moralbildenden Merkmalen ab, die sie mit allen anderen Psychotherapien gemeinsam hat, wie von ihren spezifischen Grundannahmen und Verfahren. Der jeweilige Beitrag derselben ist abhängig von der Rolle der Demoralisierung bei der Bildung oder Verschlechterung der Symptome beim Patienten. Bei der Auswahl der Techniken läßt man sich am besten in der Regel weniger von den Symptomen als von den Persönlichkeitsmerkmalen und Vorlieben des Therapeuten und des Patienten leiten. Je mehr diese miteinander und mit der Therapieart übereinstimmen, desto besser sind die Aussichten auf ein gutes Ergebnis.

Encounter im Original; Anm. d. Übers.

Der Begriff locus of control im Original ist im deutschen Sprachraum weitgehend bekannt; Anm. d. Übers.