

Horst Kächele

## Brauchen wir eine "Allgemeine Psychotherapie" ?

Es gibt Einladungen, die mit Fußangeln versehen sind. Ich werde mich bemühen, der in diesem Thema gestellten so gut wie möglich zu entgehen. Ich vermute nämlich, dass diese Einladung damit zusammenhängt, dass ich zu den Kritikern von Klaus Grawe gerechnet werde; vielleicht wird unterschätzt, dass ich zugleich mit ihm der Meinung bin, dass nicht nur Konzept-Forschung (Dreher 1998), sondern empirisch-systematische Forschung in der Psychotherapie, wie in allen medizinischen Fächern, irgendwann eine Auswirkung auf die Praxis haben sollte. Die Gretchen-Frage ist: welche Befunde ? Deshalb meine Frage an die anwesenden Psychotherapeuten, welche Befunde der Forschung haben Sie veranlasst ihre Praxis an einem wesentlichen Punkte zu modifizieren.

Doch zunächst werde ich über Allgemeine Psychotherapie ohne Gänsefüßchen sprechen.

Unter meinen medizinischen Fachbüchern finde ich eine Allgemeine Pathologie und eine Spezielle Pathologie; die Allgemeine Psychopathologie von Jaspers hat mich als Student schon beeindruckt; im großen Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin von Uexküll sind mehr als die Hälfte der 89 Kapitel allgemeinen Themen gewidmet; die einzelnen Krankheitsbilder werden in speziellen Kapiteln abgehandelt - was also liegt näher als auch für das große Gebiet der Psychotherapie zu fordern, dass wir auch dort eine Allgemeine Psychotherapie von einer Speziellen Psychotherapien zu unterscheiden haben.

Betrachten wir z. B. die bekannte Definition von Psychotherapie, die Strotzka (1975) in einen der ersten integrativen Lehrbücher der Psychotherapie gegeben hat.

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 a verbal,

# 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, S. 4)

Ohne dass auf eine der bekannten oder weniger bekannten Formen von Psychotherapie Bezug genommen werden würde, werden durch diese Definition allgemeine Merkmale ersichtlich. Vieles was psychotherapeutisch anmutet, wird ausgegrenzt wenn das Kriterium einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens ernstgenommen wird. Dies gilt nicht zu letzt für die Gesprächstherapie, die sich lange geziert hat, diesen Punkt des Kriterienkataloges zu erfüllen. Pikanterweise, weil es zum Kernbestand der Behandlungsform gehörte, eben keine Theorie oder nur schwach elaborierte Theorien über das menschliche Verhalten zu entwickeln.

Zum Kanon einer allgemeinen Psychotherapie gehören auch eine Aufzählung von Voraussetzungen für Psychotherapie, die teilweise rein formaler Natur sind wie z.B. Zeit und Raum:

Die Festlegung von Zeit und Raum hat für bestimmte soziale Handlungen eine strukturbildende Funktion. Der regelmäßige Vereinsabend, die Mittwochssitzungen in Freuds Wohnung, der sonntägliche Gottesdienstbesuch, der wiederholte Sommerurlaub am gleichen Ort und viele Beispiele mehr verweisen auf die biologisch und gesellschaftlich verankerte Rhythmisierung des Lebensprozesses; Regelmäßigkeit kann eine identitätsstiftende Funktion haben. Psychotherapeutische Aktivität dürfte sich kaum auf den Bahnsteig entfalten können.

Psychotherapeuten, die im stationären Setting arbeiten, haben sich besonders um diesen Aspekt bemüht; eine systematische Theorie therapeutischer Räume ist aber erst in Umrissen verfügbar:

Konzepte wie *sociofugal* oder *sociopetal space* (Osmond 1957) - dies meint Räume die Kleingruppeninteraktion fördern oder verhindern - sind bei uns noch nicht angekommen, obwohl das erste Lehrbuch über environmental psychology 1974 erschien (Ittelson et al. 1974). Immerhin für die psychiatrische stationäre Therapie diskutierte ein Ulmer Architektenteam Spezialformen von Architektur (Mühlich-von Staden 1978). Das Konzept eines "personal space"

(Sommer 1969) ist nicht nur für die stationäre Psychotherapie von Bedeutung, sondern in jedem Behandlungssetting. Die Qualität der Sitzgelegenheiten, der Couch, der Zimmereinrichtung etc gehört zu den nur inoffiziell diskutierten Themen.

Medizinstudenten, denen als Teil ihres Praktikums das Angebot der Durchführung einer Psychotherapie gemacht wurde, erprobten Spaziergänge oder Kaffeehausbesuche mit erwartungsgemäß wenig Erfolg, was die Strukturierung der therapeutischen Aufgabe betraf. Manchmal gab es Mammutsitzen, die am Ende beide Teilnehmer überforderten, und der überraschte Supervisor hatte dann eine gute Möglichkeit die Bedeutung des therapeutischen Raumes in seiner konkreten und metaphorischen Bedeutung zu erläutern.

Teilweise sind die Voraussetzungen inhaltlicher Natur wie z.B.

- a) die Bereitschaft über Probleme zu sprechen
- b) die Entwicklung einer Bindung
- c) die Entwicklung selbst-kritischer Funktionen in Abwesenheit des Therapeuten

ad a ) Die große Divergenz zwischen epidemiologisch identifizierbaren psychogenen Störungen und der faktischen Nachfrage nach Behandlung selbst in gut versorgten städtischen Gebieten, die seit Jahrzehnten in den Lehrbüchern der Psychotherapie die "wahre" Bedeutung unseres Berufsstandes beliebig vergrößert erscheinen lässt - eigentlich müssten wir viel mehr Mitarbeiter haben - illustriert die nicht zu überschätzende Bedeutung dieser Voraussetzung für Psychotherapie.

ad b) Die Entwicklung einer Bindung an die therapeutische Situation - auch ohne sofort bindungstheoretisch zu denken - wird durch den ubiquitär zu beobachten Umstand belegt, dass ca 10% der Patienten an Ambulanzen, Beratungsstellen einen Termin verabreden zu dem sie dann nicht erscheinen werden.

ad c ) Die dritte Voraussetzung - die Entwicklung selbst-kritischer Funktionen in Abwesenheit des Therapeuten - ist zwar im Vorfeld noch schwer abschätzbar, aber trägt letztendlich entscheidend zum Gelingen des Unternehmens bei. Denn auch die hochfrequenteste Psychoanalyse kann die zeitlich Löcher real nicht stopfen, die zwischen den Sitzungen unvermeidlich entstehen. Die Befunde von Orlinsky (1990) 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. Wenn dann selbst sog. hochfrequente Psychoanalyse mit drei-vier-fünf Stunden nicht ausreicht, ist die Indikation für den therapeutischen 8 Stunden Tag in der Tagesklinik oder in der stationären Psychotherapie gegeben.

Natürlich stellt die ökonomische Seite der Unternehmens Psychotherapie auch eine der allgemeinen Bedingungen dar, die in einem Lehrbuch der Allgemeinen Psychotherapie zu verhandeln wäre. In den Frühzeiten dieses Jahrhunderts - wenn wir uns auf dem Boden der westlichen Kultur bewegen - war die ökonomische Vorbedingung klar und einfach:

Die gute alte Zeit war, was die psychotherapeutische Versorgung des größten Teiles der seelisch Kranken anging, nur für eine minimal kleine Gruppe von Menschen gut. Sie war für die Mehrzahl eine sehr schlechte alte Zeit. Überall dort, wo die Krankenkassen sich nicht oder nur unzureichend an der Bezahlung psychotherapeutischer Behandlungskosten beteiligen, können sich auch heute nur die Begüterten eine Behandlung leisten.

Eine Diskussion, ob eine Selbstbeteiligung für die Genesung eines Patienten erforderlich ist, oder begünstigend, ist heute in weiten Kreisen nicht mehr lebendig; manche Psychoanalytiker machen da noch eine Ausnahme (siehe dazu Ehebald 1978). Die durchgängig guten Erfahrungen in der BRD mit dem System haben dies obsolet gemacht; was fehlt sind m.E. differenzierte Überlegungen ob nicht der Schweregrad einer Störung als Massstab für eine Honorierung herangezogen gehört. Schließlich wird in der Chirurgie selbstverständlich so verfahren. Vielleicht würde sich dann auch die Versorgung Schwerkranken noch günstiger gestalten lassen.

Ein Beispiel aus unserer gutachterlichen Praxis als Forensische Psychotherapeuten - so etwas gibt es in Ulm - illustriert dies: Ein Analytiker nimmt eine Patienten in Behandlung, deren gefährliches, selbstdestruktives Agieren andere Kollegen unserer Zunft von einer Behandlungsübernahme zurückschrecken ließ; stattdessen wurde eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik ventiliert. Die Patientin fand einen risikofreudigen und doch verantwortungsvollen Analytiker, der sich sein Risiko mit dem 3,5 fachen Satz entgelten lassen will. Die private Kasse lehnt ab und nun sollen der Leiter der Sektion Forensische Psychotherapie und ich gutachterlich entscheiden.

Für ein Lehrbuch der Allgemeinen Psychotherapie wäre dies ein wichtiges Thema: haben wir gute Befunde, die einen Zusammenhang

zwischen Schweregrad der Störung und Behandlungsaufwand bzw. Behandlungsintensität belegen. Trifft es zu, dass die Behandlung von Borderline-Patienten eine Routine-Intervision als Teil der Behandlungsstrategie beinhalten sollten, die auch von den Kassen finanziert werden müsste? Solche Fragen sind es, die die gegenwärtigen Malaise der psychoanalytischen Therapie ausmachen. Wohlbegründete klinische Überzeugung vieler und der dürftige Forschungsstand hierzu sind derzeit nicht zur Deckung zu bringen. Der Hinweis auf den Consumer Reports (Seligman 1995; Waldvogel 19@@) hilft da nicht weiter, denn dort wurden niederfrequente Therapien erfasst.

Für die psychoanalytische Therapie sind diese allgemeinen Bedingungen im ersten Band des Ulmer Lehrbuch ausgeführt worden; diese allgemeinen Überlegungen werden im Kontext der Theorie der psychoanalytischen Behandlung interpretiert; dieses rekursive Vorgehen ist nicht zwingend. Gewiss lassen sich Gemeinsamkeiten zwischen den verschiedenen therapeutischen Ansätzen in der Herstellung therapeutischer Situationen finden. Dies zeigt besonders deutlich bei der Etablierung der Verhaltenstherapie im stationären Raum, die problemlos die Konzepte der therapeutischen Gemeinschaft, der Klein- und Grossgruppe, der kreativen Verfahren als Adjuvantien übernehmen konnte. Umgekehrt trifft auch zu, dass gegenwärtig in der stationären Psychotherapie die Unterschiede schrumpfen, weil Methodenkombination, additives Vorgehen und integratives Handeln - oft als Eklektizismus geschmäht - Trumpf ist.

Ich denke, dass dieser Teil meiner Ausführungen zu einer Allgemeinen Psychotherapie Ihre freundliche Aufmerksamkeit gefunden hat. Es dürfte kein Zweifel bestehen, dass wir über alle Formen der Therapie hinweg, eine Diskussion allgemeiner Sachverhalte benötigen, die zur Gestaltung und Aufrechterhaltung der therapeutischen Situation beitragen. Kapitel dieses Lehrbuches sollten sich mit Reden und Schweigen befassen, mit dem verschiedenen diskursiven Techniken wie Exploration, Klärung, Konfrontation, Interpretation, kurzum sollten die Beiträge der Konversationsanalyse, oder wie immer die Vielfalt in diesem Bereich bezeichnet wird, in ihrer klinischen Relevanz beleuchten. Auch Musiktherapeuten reden, und dies nicht gerade wenig, sieht man einmal von der Nordhoff-Robbins Variante ab - wo die Therapeutin relativ viel Klavier spielt, aber auch sie wird zumindest Guten Tag und auf Wiedersehen sagen, und wie tut sie das? Haltung, Gestik, Mimik in ihrer interaktiven Verschränkung sind essentielle Kapitel. Für den mimischen Austausch haben

wir die bahnbrechenden Untersuchungen von Krause et al.; für die andere Bereiche fehlt noch sehr sehr vieles. Generell dürfte wohl zutreffen, dass die einschlägigen Kapitel der Bibel der Psychotherapieforscher, die Process-Outcome Untersuchungen, die Kartierung des therapeutischen Prozesses zusehr auf die Ergebnis-relevanten Beziehungen einengen. Und diese zeigen von Ausgabe zu Ausgabe der Bergin/Garfield Buches doch erhebliche Variationen, je nach dem Stand der Dinge. In den ersten Auflagen wurde z.B. der Behandlungsdauer keine systematische Beziehung zum Therapieergebnis bestätigt; in der vierten Auflage feierte die „Zeit für Psychotherapie“ nun ihren Triumph. Zu sehr hatte das Fenster der Beobachtungen die Ergebnisse beeinflusst.

Verallgemeinernd könnte ich nun darauf hinweisen, dass wir schon länger Ansätze zu einer wissenschaftlichen Integration psychotherapeutischer Behandlungsmodelle als eine Version einer Allgemeine Psychotherapie in Form des von Orlinsky & Howard (1987) konzipierten „Generic Model“ haben.

"Die gegenwärtige psychotherapeutische Szene ist geprägt durch eine Vielzahl unterschiedlicher Gruppierungen, die aus Vertretern verschiedenster therapeutischer Berufsgruppen bestehen und sich wiederum auf jeweils eigene therapeutische Konzeptionen beziehen" (Orlinsky 1994). In den letzten zwei Jahrzehnten hat sich allmählich ein konzeptuelles Rahmenmodell entwickelt, das eine sehr große Anzahl empirischer Befunde in eine kohärente Gesamtschau des therapeutischen Prozesses einbinden kann. Diese wissenschaftlich begründete Sicht von Psychotherapie erlaubt das Problem der Integration verschiedener theoretischer Hintergrundvorstellungen in der Psychotherapie aus einer neuen Perspektive zu betrachten.

Orlinsky's Einstieg in das mit Minen verseuchten Problemfeld ist die Unterscheidung von klinischen Behandlungs-Theorien und wissenschaftlichen Theorien.

Mittels der 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. Prozesse dieser Art kennen wir alle: Neue Krankheitsbilder führen zu neuen klinischen Theorien, und manchmal, wenn es gut geht, entdecken wir auch neue Problemfelder mittels einer klinischen Theorie. Eine wissenschaftliche Theorie umfasst eine 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.

Jenseits von Schulstreitigkeiten wird an der allgemeinen Theorie gearbeitet werden können, und Meinungsverschiedenheiten werden durch einen normalwissenschaftlichen Kanon geklärt - jedenfalls sollte es so sein. Die "show me your data" des Therapieforschers verhindert Weltuntergänge. Sollten sich die Befunde von Piper et al (1991) bestätigen, dass die Deutung der Übertragung in ein-stündigen psychodynamischen Therapien öfters mit einem negativen Ergebnis korreliert ist, dann werden neue Fragen zur Handhabung der Übertragungsdeutung in solchen Kurztherapien gestellt werden müssen. Möglicherweise wird zu früh und zu oft eine Übertragungssituation gedeutet, ist die Dichte der therapeutischen Arbeit nicht genügend, um solche Belastungen der therapeutischen Situation zu verkraften. Strupp's Ergebnisse der Vanderbilt-Studie lassen die Möglichkeit zu, dass Übertragungsdeutungen in Kurztherapien zu oft als Angriff von einem darauf nicht gut vorbereiteten Patienten erlebt werden (Henry et al. 1994). Möglicherweise ist der explizite Verzicht auf solche Interventionen auch eines der Geheimnisse der Interpersonellen Therapie (Klerman et al. 1984).

Das generische Modell der Psychotherapie operiert auf einer Abstraktionsebene, die von niemand als Angriff erlebt wurde. Es wurde als wissenschaftliche Theorie vorgetragen, und die Vertreter der klinischen Theorien können in diesem Modell im einzelnen aufzeigen, wie sie die Verbindungenlinien ziehen.

Die Ankündigung des Vortrages hat nun listigerweise mir versagt, mich damit zufrieden zu geben. Zwei Anführungszeichen versperren mir das vorzeitige Ende des Vortrages- unmissverständlich für Insider ist nun die "Allgemeine Psychotherapie" ins Auge zu fassen, die Klaus Grawe uns beschert hat.

Im Gegensatz zu der Bibel der Psychotherapieforscher, die seit 1971 in ca sieben bis achtjährigen Abstand erschien und von kaum einem Praktiker zur Kenntnis genommen wurde, ist das Feld der Psychotherapie durch die Empfehlungen von K Grawe und seine beiden Mitarbeiterinnen R. Donati & F. Bernauer in ihrer Monographie "Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession". (Göttingen. Hogrefe 1994) in Bewegung geraten; das Buch - inzwischen schon in der dritten Auflage - detaillierte die wesentlichen Aussagen einer früheren konzisen Darstellung (Grawe 1992a & b). Wie Herkules angesichts des Augias-Stall waren sie der Überzeugung:

", dass die Ergebnislage auf dem Gebiet der Psychotherapie in Wirklichkeit längst eindeutig genug ist, um daraus weitreichende

Massnahmen zu einer Veränderung der bestehenden Verhältnisse abzuleiten" (Grawe et al. 1994, S.VI).

Halten wir für einen Moment inne und betrachten wir einzelne Bestandteile dieser programmatischen Erklärung:

Ergebnislage: klingt nach einem militärischen Programm, Taktik und Strategie wären zu berücksichtigen, erinnert an etwas, wie war das noch bei Eysenck 1952; damals war auch die Ergebnislage eindeutig genug. Trotz vieler Proteste und kritischer Stellungnahmen sollte es lange dauern, bis dann die endgültige, fakten-gestützte Widerlegung durch Howard und Mitarbeiter 1991 erfolgt (McNeilly & Howard 1991).

Gebiet der Psychotherapie: was genau ist das Gebiet der Psychotherapie. Beeindruckend, dass die Basis der Grawe schen Studie 897 Studien aus einer Grundgesamtheit von über dreieinhalbtausend stammte, dann aber immer noch eine interessante Stichprobenbildung-Routine aufwies: Einbezogen wurden Studien, die u.a. folgende Kriterien aufweisen

Anzahl der Patienten in einer oder anderen Behandlungsbedingung < 4

Behandlungsdauer < 4 Sitzungen und eine Kontroll-Stichprobe.

„Bestehende Verhältnisse“: was könnte damit gemeint sein. Z.B. dass die bestehenden Richtlinien zur Anwendung von Psychotherapie - die der sog. Faber-Haarstrick Kommentar erläutert werden - nicht erlauben, tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Behandlungskonzepte in der ambulanten Psychotherapien zu kombinieren. Was insbesondere deshalb merkwürdig anmutet, da in der stationären Psychotherapie längst eine eklektische Polypragmasie, oder vornehmer ausgedrückt, Methoden-kombinationen die Regel sind.

Massnahmen: könnte damit gemeint sein, dass in der BRD, überhaupt in den deutschsprachigen Ländern die Dominanz des psychoanalytischen Modelles in der Medizin abgeschafft werden sollte, damit das behaviorale Modell den ihm zustehenden Platz erhält, zumindest war dies eine Klage in Bern wo der "Weltgeist" zuhause war, und dass diese Verhältnisse verändert werden müssten.

Die Berner Autoren beanspruchten "für eine breitere Öffentlichkeit in einer verständlichen Weise .ein differenziertes Bild der bisher gesicherten Fakten über die Wirkung, Wirkungsweise und Indikation der wichtigsten Psychotherapiemethoden" zu geben.

Der Anspruch " für eine breitere Öffentlichkeit" ein Informationsbedürfnis zu befriedigen ist in merkwürdiger Weise in Erfüllung gegangen. Obwohl das Buch nun wirklich nicht leicht zu lesen ist - Hand aufs Herz, wer denn von



uns Fachleuten hat alle tabellarischen Einzelheiten studiert - wurde die breitere Öffentlichkeit durch reisserische Berichte in "Psychologie heute", im SPIEGEL, im STERN und in der ZEIT erreicht. Einige markige Sprüche haben den hundert Jahre alte Lärm um die Psychoanalyse um witzige Variationen bereichert. Eindrucksvoll die Plazierung des Hauptautors Grawe neben Freud, Jung und Adler in dem Wochenmagazin FOCUS. Weder Orlinksky noch Howard, Strupp oder Luborsky haben eine solche Popularität je erreicht

Erreicht haben die Berner Therapieforscher, dass in der BRD seitdem über Erfolge und Mißerfolge des Unternehmens "Psychotherapie" heftig diskutiert wurde. Sie haben die psychotherapeutische Welt bewegt, verändert und ich kann meinen Neid darüber nicht verhehlen. Der wilde, oft sumpfigen Psycho-Markt ist zwar noch nicht trockengelegt, aber die ersten Wunsch-Gräben zur Entwässerung sind gezogen.

Befördert wurden diese Prozesse in der BRD durch die Vorbereitungen zum Gesetz für den psychologischen Psychotherapeuten; die Etablierung des wissenschaftlichen Beirats, in dem die Vertreter der beiden heute etablierten therapeutischen Grundorientierungen über potentielle neue Verfahren, und hoffentlich auch über die alten, beraten werden, hat ein Forum geschaffen, das sich an Wissenschaft orientierten soll. Bevor überhaupt dieses Gremium seine Arbeit aufgenommen hat, tauchen schon in den Internet-Diskussionen heftige Vorwürfe gegen diese Repräsentanten auf. Deutlich ist heute schon, nichts wird mehr sein wie es mal war. Die Auseinandersetzung um verschiedene Psychotherapie-Formen ist zwar um die Dimension empirischer Studien erweitert, aber zugleich ist auch die gesellschaftlich-berufspolitische Dimension artikulierter, lauter denn je.

Die nun in der BRD erreichte Lösung der Einbeziehung psychologischer Psychotherapeuten - seien sie nun Psychoanalytiker oder Verhaltenstherapeuten - in die kassenpsychologische Versorgung hat exemplarische Bedeutung in der Geschichte der Psychotherapie. Es ist nicht schwer vorherzusagen, dass nun im großem Stil eine mehr oder weniger unfeine Diskussion losbrechen wird, welche Therapiemethoden denn als kassenärztlich gangbar anzusehen seien, und welche nicht. Die ersten politischen Papiere sind schon verschickt. So schreiben Senf & Broda (1998):

„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 Leidenszustände behandelt werden

können.....Psychotherapeutische Grundverfahren sind in ihrer theoretischen Grundorientierung gekennzeichnet durch eine umfassende und eigenständige, wissenschaftlich begründete und empirisch gesicherte Krankheits-, Heilungs- und Behandlungstheorie“.

Diese Forderung erfüllen aus der Perspektive der gegenwärtigen psychotherapeutischen Praxis die psychodynamischen bzw. psychoanalytischen Therapien und die Verhaltenstherapien, aus der Perspektive der gegenwärtigen psychotherapeutischen Forschung das Generic Model of Psychotherapy and die Psychologische Therapie (Grawe), beide allerdings noch klinisch wenig erprobt.

Weder das Generic Model Orlinsky's noch die Allgemeine Psychotherapie Grawe's, die inzwischen zur "Psychologischen Therapie" mutiert ist (Grawe 1998) können jemals klinisch erprobt werden. Wie ich an den Generic Model aufgezeigt habe, handelt es sich um Rahmentheorien, wissenschaftlichen Systematisierungsansätze.

Dieser Aspekt, dass das Grawe Werk "Umriss einer Allgemeinen Psychotherapie" skizzieren sollte, wurde in der allgemeinen Aufregung zu wenig beachtet. Im abschließenden Kapitels findet sich der wichtige Satz:

"Es sind für so verschiedene Vorgehensweisen mit so unterschiedlichen theoretischen Begründungen signifikante Wirkungen festgestellt worden, dass wir die Wirksamkeit einer Therapiemethode nicht als Beleg für die Richtigkeit der ihr zugrundegelegten Wirkvorstellungen nehmen können" (Grawe et al. 1994, S.749).

Ein merkwürdiger Satz, bedenkt man, dass fast 800 Seiten beschrieben wurden, um die Wirksamkeit von Therapien differentiell zu bewerten. Als Konsequenz ist klar, das Feld ist offen für eine Diskussion der Theorie der Prozesse. Da es Grawe und Co leidenschaftlich um die Fundierung einer "Allgemeinen Psychotherapie" geht, deren Grundlagen in Übereinstimmung mit dem für die Psychotherapie relevanten allgemeinen Erkenntnisstand der empirischen Psychologie zu sein haben, benützt der Theoretiker Grawe den meta-analytisch, am kontrollierten Studiendesign orientierten Evaluationsforscher Grawe. Aus der Zertrümmerung des Alten soll Platz für das Neue entstehen; nicht einfach eine Integrative, oder Eklektische Psychotherapie, nein eine Allgemeine Psychotherapie.

Aus der Forschungslage wurden bei Grawe et al zunächst drei, dann in Grawe (1995) vier Wirkprinzipien extrahiert - die jeweils durch hundert von Forschungsergebnissen abgestützt sind:

- Ressourcenaktivierung
- Problemaktualisierung

## Aktive Hilfe zur Problembewältigung

### Klärungsperspektive

Ein Vierfelder-Schema verdeutlicht, dass diese vier Perspektive in unterschiedlicher Weise zusammen oder gar gegeneinander wirken können. Es fällt mir schwer zu erkennen, warum diese Systematisierung soviel Fragezeichen aufwirft. Man muss sich ja nicht mit Grawe Charakterisierung der Stärken und Schwächen der verschiedenen Therapieformen einverstanden erklären, wenn er z.B. der psychoanalytischen Behandlung zuschreibt, "der Patient werde hauptsächlich nur durch die Klärungs- und Problemaktualisierungsperspektive" betrachtet. Es werde wenig ausdrücklich zur Ressourcenaktivierung getan, weder unter dem motivationalen Aspekt noch unter dem des Könnens (Grawe 1995, S.140). Hier operiert Grawe mit einer fiktionalen Wirklichkeit einer Homogenität, die die Bandbreite tatsächlichen Operierens überhaupt nicht zur Kenntnis nimmt. Eines der wichtigsten Ergebnisse der Therapieforschung ist nun gerade, dass nicht *nomen est omen* ist, sondern dass eine große Variabilität zwischen Klinikern und innerhalb von Klinikern bei verschiedenen Patienten besteht.

Dass auch die Verhaltenstherapie in dieser schematischen Aufbereitung einen blinden Fleck hat, beruhigt, nämlich genau dort wo die Psychoanalyse ihren Schwerpunkt, nämlich bei der Problemaktualisierung unter der Klärungsperspektive. Nur würde ich vermuten, dass die verhaltenstherapeutische Wirklichkeit längst nicht mehr eindimensional rubriziert werden kann, und Praktiker der Verhaltenstherapie längst nicht mehr dort sind, wo Grawe sie lokalisiert.

Die Kritik am Bestehenden operiert mit veralteten Kategorien, nämlich die Klassifikation nach Therapieschulen. Stattdessen haben wir längst akzeptiert, dass in jeder klinischen Situation in den Händen eines erfahrenen Therapeuten in der Tat hoch variable Bedingungen zu schaffen sind, die den Möglichkeiten und Nöten eines Patienten jeweils Rechnung tragen müssen. In diesem Sinne finde ich an den vier Perspektiven nichts schlechtes, ich finde sie einen überzeugenden Extrakt aus der Forschungsliteratur und ich finde sie einen guten Ratgeber, mich jeweils an den Bedürfnissen des individuellen Falles zu orientieren. Allerdings ist es keineswegs zwingend, für diese Perspektiven auch eine neue psychologische Grundlegung zu reklamieren. Seine Feststellung, die Psychotherapie brauche "ein theoretisches System, das alle bewährten therapeutischen Möglichkeiten einschließt, denn dadurch könnte am besten gesichert werden, dass ein Patient wirklich diejenige Behandlung erhält, die für ihn am besten geeignet ist" (Grawe 1995) ist so zwingend nicht. Aber es ist auch nicht verboten. Die neue theoretische Fundierung wurde nun unlängst vorgelegt (Grawe 1998), und ich verdanke Rainer Krause's

Besprechung (in Vorb.) ein erstes Verständnis dieses erneuten monumentalen Werkes.

Als Grundlagenforschung wird zuerst die auf Atkinson und Heckhausen zurückgehende Motivationstheorie eingeführt. In ihr läßt sich die Stärke des Willens zu handeln als Produkt der mit zielgerichteten intentionalen Verhalten verbundenen Erfolgserwartungen und dem erwarteten Wert der Intentionsrealisierung bestimmen. Ist die Wertung hoch, aber die Erfolgserwartung sehr gering, ist der Wille zu handeln gering. Grawe stellt nun fest, daß man die unspezifischen Wirkfaktoren aller Psychotherapieverfahren ein Stückweit mit diesem Modell vorantreiben kann, nämlich dadurch, dass bereits zu Beginn und durch das bloße Faktum Expertenrat einzuholen die Erfolgserwartung steigt und damit auch die Stärke des Willens zu handeln. Aber, so wird festgestellt manche Leute wissen gar nicht was sie wollen, oder wenn sie es denn wissen, ist es nicht das was sie eigentlich wollen, also muß man konzedieren dass es möglicherweise mehrere Intentionen gleichzeitig gibt, die nicht alle bewusstseinsfähig sind und gleichwohl wirksam sind, kurzum parallel prozessiert. Das bedeutet faktisch die Wiedereinführung des Konzeptes von unbewussten Konflikten. Den nicht störungsspezifisch auf der Handlungsebene arbeitenden Therapieformen wird in diesem Modell ein neuer Ort zugewiesen. Sie klären konfliktuöse möglicherweise unbewußte Intentionen. Aber so - so Grawe - wollen und intendieren ist nicht handeln. Es kann ja sein, daß einer endlich will, aber nicht kann. In dem Falle überspringen Patient und Therapeut einen Rubikon. Jetzt muss nicht mehr geklärt werden, sondern geübt, gelernt. Hier ist nun der Tummelplatz der Problem- und Handlungsorientierten Therapieformen , die allerdings eine geklärte Intention schon voraussetzen.

Die neue psychologische Grundlegung, die ich hier nur andeuten kann, lässt aber erkennen, dass das Modell in der Anwendung doch erhebliche theoretische Probleme aufweist , sodass ein Zusatzmodell eingeführt werden muß, das Abhilfe verspricht. Das neue Werk versucht zu vermitteln, wie man sich das Zustandekommen von Veränderungen in der Psychotherapie vorstellen kann und wie man dieselben mit psychologischem Grundlagenwissen erklären kann . Diese beiden Wissensgruppen werden in ein neues Therapiemodell integriert, das psychologisch genannt wird. Am Schluss wird dessen Funktionieren in der Praxis an Hand eines wohldokumentierten Fallberichtes dargestellt.

Coda

Therapieforschung als Ideologiekritik an einer ausufernden Psychotherapieszene kann und muß dazu beitragen, die Seriosität unseres Handelns im Interesse der Patienten hochzuhalten. Nur die Form der Forschung, die uns helfen wird, den Wandel der Psychotherapie von der Konfession zur Profession zu fördern, muß offen für die komplexen Anforderungen der therapeutischen Praxis bleiben.

## Literatur

- Bachrach H., Galatzer-Levy R., Skolnikoff A., Waldron S. (1991) On the efficacy of psychoanalysis. *J Am Psychoanal Ass* 39:871-916
- Berman J, Miller R, Massmann P (1985) Cognitive therapy vs systematic desensitization: Is one treatment superior? *Psychol. Bull.* 97: 451-461
- Bergin AE, Garfield SL (Hrsg) (1971) *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change. An Empirical Analysis*, 1st edn. Wiley & Sons, New York Chichester Brisbane
- Bergin AE, Garfield SL (Hrsg) (1994) *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change. An Empirical Analysis*, 4th edn. Wiley & Sons, New York Chichester Brisbane
- Blatt S. (1992). The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anacletic and introjective patients: The Menninger Psychotherapy Research Project revisited. *J Am Psychoanal Ass.* 40:691-724
- Cierpka M, Orlinsky D, Kächele H, Buchheim. P (1997) Wer sind wir? Wo arbeiten wir? Wie helfen wir? *Psychotherapeut* 42:269-281
- Dreher, S. (1998). *Psychoanalytische Konzeptforschung*. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Dührssen A (1953) Katamnestische Untersuchungen bei Patienten nach analytischer Psychotherapie. *Z Psychother Med Psychol* 3:167-170
- Dührssen A (1962) Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. *Z Psychosom Med* 8:94-113
- Dührssen AM, Jorswieck E (1965) Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. *Nervenarzt* 36:166-169
- Dührssen A, Jorswieck E. (1962). Zur Korrektur von Eysenck's Berichterstattung über psychoanalytische Behandlungsergebnisse. *Acta Psychotherap* 10:329-342
- Ehebold U (1978) Der Psychoanalytiker und das Geld - oder die Ideologie vom persönlichen finanziellen Opfer des Patienten. In: Drews S, et al (Hrsg) *Provokation und Toleranz. Alexander Mitscherlich zu ehren. Festschrift für Alexander Mitscherlich zum 70. Geburtstag*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, S 361-386
- Garfield SL, Bergin AE (Hrsg) (1978) *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change. An Empirical Analysis*, 2nd edn. Wiley & Sons, New York
- Garfield SL, Bergin AE (Hrsgs) (1986) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 3rd edn. Wiley & Sons, New York.
- Grawe K (1995) *Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie*. *Psychotherapeut* 40:130-145
- Grawe K (1998) *Psychologische Therapie*. Hogrefe, Göttingen

- Grawe K., Donati R., Bernauer F. (1994) Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen
- Hannulla (1994) The Helsinki Psychotherapy Project. Vortrag auf dem 3. Stuttgart Kolleg für Psychotherapieforschung, Stuttgart, Forschungsstelle für Psychotherapie
- Henry W, Strupp H, Schacht T, Gaston L (1994) Psychodynamic approaches. In: Bergin A, Garfield S (Hrsg) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Wiley, New York, 4th ed. S 467-508
- Hoffmann S (1992) Bewunderung, Scham und verbliebene Zweifel. Psychol. Rundschau 43: 163-167
- McNeilly CL, Howard KI (1991) The effects of psychotherapy: A re-evaluation based on dosage. Psychotherapy Research 1:74-78
- Kächele H., Kordy H. (1992) Psychotherapieforschung und therapeutische Versorgung. Der Nervenarzt 63:517-526
- Kächele H, Kordy H (1993) Effektivität und Effizienz von hochfrequenten Langzeittherapien. Studienvorschlag im Auftrag der DGPT. Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart
- Kächele H., Kordy H. (1994) Ergebnisforschung in der psychosomatischen Medizin. In: von Uexküll T. (Hrsg) Psychosomatische Medizin. Urban & Schwarzenberg, München, im Druck
- Klerman GK, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES (1984) Interpersonal psychotherapy of depression. Basic Books, New York
- Kordy H., Rad M.v., Senf W. (1988) Time and its relevance for a successful psychotherapy. Psychother Psychosom 49:212-222
- Kordy H., Rad v.M., Senf W. (1989) Empirical hypotheses on the psychotherapeutic treatment of psychosomatic patients in short- and long-term unlimited psychotherapy. Psychother Psychosom 52:155-163
- Leichsenring F (1996) Zur Meta-Analyse von Grawe und Mitarbeitern. Gruppenpsychother Gruppendynamik 32:205-234
- Leuzinger-Bohleber M (1987) Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen. Bd 1: Eine hypothesengenerierende Einzelfallstudie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo
- Leuzinger-Bohleber M (1989) Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen. Bd 2: Eine gruppen-statistische Untersuchung. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo
- Linden M (1987). Phase - IV Forschung. Springer. Berlin
- Luborsky L, Spence D (1971) Quantitative research on psychoanalytic therapy. In: Bergin A, Garfield S (Hrsg) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. An empirical analysis, 1st edn Wiley, New York, S 408-438
- Luborsky L, Spence DP (1978) Quantitative research on psychoanalytic therapy. In: Garfield SL, Bergin AE (Hrsg) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An empirical analysis, 2nd edn. Wiley & Sons, New York Chichester Brisbane, S 331-368

- Luborsky L, Diguier L, Luborsky E, Singer B, Dickter D, Shmidt K (1993) The efficacy of dynamic psychotherapies: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes"? In: Miller N et al (Hrsg) *Psychodynamic Treatment Research*, Basic Books, New York , S 497-516
- McNeilly C., Howard K. (1991) The effects of psychotherapy: An reevaluation based on dosage. *Psychotherapy Research*. 1:74-78 SD
- Mertens W (1994). *Psychoanalyse auf dem Prüfstand. Eine Erwiderung auf die Meta-Analyse von Klaus Grawe*. Quintessenz. München
- Meyer AE (1994) Über die Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie bei psychosomatischen Störungen. *Psychotherapeut* 39:298-308 ; auch in In: Strauß B, Meyer A (Hrsg) *Psychoanalytische Psychosomatik. Theorie, Forschung und Praxis*. Schattauer, Stuttgart - New York, S 137-151
- Meyer, A. E. (1995). Et tamen florent confessiones. Schlußwort zu Grawes Replik. *Psychotherapeut*, 40: 107-110
- Meyer A.-E., Richter R., Grawe K., Schulenburg - Graf v.d. J.-M., Schulte B. (1991) Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf
- Miller, N, Luborsky L, Barber J & Docherty JP (1993) *Psychodynamic Treatment Research. A Handbook for Clinical Practice*. New York. Basic Books
- Norcross J, Prochaska J, Gallagher K (1989) Clinical psychologists'in the 1980's: Theory, research and practice. *Clin Psychol*. 42: 45-53
- Orlinsky D (1990) The inter-therapy session experiences. unpubl. manuscript *University of Chicago*
- Orlinsky D (1994) "Learning from many masters". *Psychotherapeut* 39:2-9
- Orlinsky D, Howard KI (1987) A generic model of psychotherapy. *J Integrative Eclectic Psychother* 6:6-27
- Orlinsky DE, Grawe K, Parks R (1994) Process and outcome in psychotherapy- noch einmal. In: Bergin AE, Garfield SL (Hrsg) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, New York, S 270-376
- Parloff MB: Can psychotherapy research guide the policymaker? A little knowledge may be a dangerous thing. *Amer Psychol* 34 (1979) 296
- Piper WE, Azim HFA, Joyce AS, McCallum (1991) Transference interpretations, therapeutic alliance, and outcome in short-term individual psychotherapy. *Arch Gen Psychiat* 48:946-953
- Rudolf G. (1991) *Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Untersuchungen zum Zustandekommen, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Rudolf G, Manz R, Öri C. (1994). Ergebnisse psychoanalytischer Therapien. *Zsch psychosom Med*. 40:25-40
- Seligman MEP (1995) The effectiveness of psychotherapy. The *Consumer Reports* Study. *Am Psychologist* 50:965-974; dt. Die Effektivität von Psychotherapie. Die Consumer Reports Studie, *Integrative Therapie* 22: 264-287



- Senf W, Broda M (1998) Thesen zur Psychotherapie in Deutschland. PPmP 48:
- Stiles W, Shapiro D. (1989). Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. Clin Psychol Rev 9:521-543
- Tschuschke V (1993) Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie - Prozeß-Ergebnis-Relationen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Tschuschke V, Kächele H & Hölzer (1994) Gibt es unterschiedlich effektive Formen von Psychotherapie ? Psychotherapeut (im Druck)
- Tschuschke V, Hölzer M, Kächele H (1995) Ach, du liebe "Güte": Eine Einladung statt einer Erwiderung. Psychotherapeut 40:304-308
- Tschuschke V, Kächele H (1996) What do psychotherapies achieve ? A contribution to the debate centered around differential effects of different treatment concepts. In: Esser U, Pabst H, Speierer G (Hrsg) The Power of the Person-Centered-Approach. GwG-Verlag., Köln, S 159-181
- Tschuschke V, Heckrath C, Tress W (Hrsg) (1997) Zwischen Konfusion und Makulatur. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Tschuschke V et al. (eingereicht) Wie lehrt man Psychotherapieforschung? PPmP