

Horst Kächele

Brauchen wir eine "Allgemeine Psychotherapie" ?

Zusammenfassung

Als Folge der Berner Meta-Analyse entwarf K. Grawe Überlegungen zu einer „Allgemeinen Psychotherapie“. Ich greife diese Anregung in einem allgemeinen Sinne auf, und empfehle die Ausarbeitung therapiepraktischer Grundprinzipien. Der weitere Kontext dieser Überlegungen verweist auf berufspolitische Entwicklungen, auf die der Beitrag eingeht und würdigt die überragende Bedeutung von K. Grawe als eines grundlagen-orientierten Therapieforschers.

Als Klaus Grawe 1995 den „Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie“ in dieser Zeitschrift veröffentlichte, konnte man gespannt auf die Schlussfolgerungen sein, die der Autor der vieldiskutierten Meta-analyse (Grawe et al. 1994) ziehen würde. In einer Stellungnahme schrieb ich damals:

„Da es Grawe und Mitarbeiterinnen 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 um aus der Zertrümmerung des Alten Platz für Neue entstehen zu lassen; dabei geht es nicht einfach eine Integrative, oder Eklektische Psychotherapie, nein eine Allgemeine Psychotherapie. Unter dieser Perspektive liest sich das Opus anders: Es ist eine Überzeugung, eine Konfession, die Klaus Grawe sich von der Seele geschrieben hat. Dabei wirft er dicke Steine in die Fenster derjenigen, die seiner Ansicht nach ihn daran am ehesten zu hindern vermögen“ (Kächele 1995, S. @).

Wenn ich mit dieser Besprechung zu den Kritikern von Klaus Grawe gerechnet werde, wird dabei unterschätzt, dass ich zugleich mit ihm der Meinung bin, dass 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? Es ist eine immer wiederkehrende, fast rhetorische Frage an Leser dieser oder anderer Fach-Zeitschriften, welche Befunde der Therapie-Forschung sie wohl veranlasst haben, ihre Praxis an einem wesentlichen Punkte zu modifizieren (Dahlbender u. Kächele 1999).

Zunächst soll in einem ganz allgemeinen Sinne über „Allgemeine Psychotherapie“ gesprochen werden.

Unter meinen medizinischen Fachbüchern finde ich ein Lehrbuch der „Allgemeinen Pathologie“ und eines der „Speziellen Pathologie“. Die „Allgemeine Psychopathologie“ von Jaspers hat mich als Student schon beeindruckt; im großen „Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin“ von Thure 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, auch dort eine „Allgemeine Psychotherapie“ von einer „Speziellen Psychotherapie“ zu unterscheiden.

Betrachten wir z. B. die vielfach gewürdigte 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 averbal,
 - # in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und /oder Strukturänderung der Persönlichkeit)
 - # mittels lehrbarer Techniken
 - # auf der Basis einer Theorie des normalen and pathologischen Verhaltens.
- (Strotzka 1975, 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 ernst genommen wird. Dies gilt besonders für die bunte Welt der X-Therapien, die sich schwer tun, diesen Punkt des Kriterienkataloges des „Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie“ zu erfüllen. Es gehört wohl zum Kernbestand vieler „Therapien“, eben keine Theorie oder nur schwach elaborierte Theorienskizzen über das menschliche Verhalten als theoretische Basis heranzuziehen.

Zum Kanon einer allgemeinen Psychotherapie gehören zunächst 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 (Thomä & Kächele 2006, S. 272).

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‘ - 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, die Anordnung im Raum von Sesseln, der Couch, der Zimmereinrichtung etc gehört zu den nur informell 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 Mammut Sitzungen, 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 (Viderman 1979).

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 (Franz et al. 1990) 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 beobachtenden 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 zeitlichen Lücken real nicht stopfen, die zwischen den Sitzungen unvermeidlich entstehen. Die Befunde von Orlinsky u. Geller (1994) 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 (s.a. Zeeck et al. 2004). Wenn dann selbst sog. hochfrequente Psychoanalyse mit drei-vier-fünf Stunden nicht ausreicht, ist die Indikation für den therapeutischen Acht-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. Auch heute noch gilt überall dort, wo die Krankenkassen sich nicht oder nur unzureichend an der Bezahlung psychotherapeutischer Behandlungskosten beteiligen, können sich nur die Begüterten eine Behandlung leisten (Kächele u. Pirmoradi 2009).

Eine Diskussion, ob eine Selbstbeteiligung für die Genesung eines Patienten erforderlich ist, oder begünstigend, hat sich aufgrund der durchgängig guten Erfahrungen in der BRD mit dem System erledigt; was fehlt sind m. E. differenzierte Überlegungen und empirisch gestützte Ergebnisse, ob nicht der Schweregrad einer Störung (erfasst mit dem vielerorts etablierten SCL-90? s.d. Rief et al. 1991) 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 illustriert dies: Ein Analytiker nimmt eine Patientin 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 wollte. Die private Kasse lehnt ab und nun sollten der Leiter der Ulmer Sektion Forensische Psychotherapie (Prof. Pfäfflin) und ich gutachterlich entscheiden (s.d. Kächele et al. 1995)

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. Könnte es zutreffen, dass die Behandlung von Borderline-Patienten eine Routine-Intervision als Teil der Behandlungsstrategie beinhalten sollte, die auch von den Kassen finanziert werden müsste? Solche Fragen sind es, die eine schmerzhaft Lücke im therapeutischen Versorgungssystem ausmachen. Wohlbegründete klinische Überzeugung vieler und der dürftige Forschungsstand hierzu sind derzeit nicht zur Deckung zu bringen.

Für die psychoanalytischen Therapien werden solche allgemeinen Bedingungen im ersten Band des Ulmer Lehrbuchs (Thomä & Kächele 2006) ausgeführt; sie werden im Kontext der Theorie der psychoanalytischen Behandlung interpretiert; dieses 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 freundliche Aufmerksamkeit finden kann. Es dürfte kein Zweifel bestehen, dass wir über alle Formen der Therapie hinweg, eine Diskussion allgemeiner Sachverhalte benötigen, die zur Herstellung, Gestaltung und Aufrechterhaltung der therapeutischen Situation beitragen. Kapitel dieses noch zu schreibenden „Lehrbuches der Allgemeinen Psychotherapie“ sollten sich mit Reden und Schweigen befassen, mit den verschiedenen diskursiven Techniken wie Exploration, Klärung, Konfrontation, Interpretation, direktiven Anweisungen etc. Es sollte die Beiträge der Konversationsanalyse, oder wie immer die Vielfalt in diesem Bereich bezeichnet wird, in ihrer klinischen Relevanz beleuchtet werden (Streeck 2004). 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 ‚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 und seinen Mitarbeitern (1997, 1998); für die anderen nicht-sprachlichen kommunikativen Bereiche fehlt noch sehr, sehr vieles. Generell dürfte wohl zutreffen, dass die einschlägigen Kapitel der Bibel der Psychotherapieforscher, „Bergin und Garfield’s Handbook“ die Process-Outcome Untersuchungen, die Kartierung des therapeutischen Prozesses zu sehr nur auf die Ergebnis-relevanten Beziehungen einengen. Und diese zeigen von Ausgabe zu Ausgabe des Bergin/Garfield Buches doch erhebliche Variationen, je nach dem Stand der Dinge. In den ersten Auflagen wurde z. B. keine systematische Beziehung von der Behandlungsdauer zum Therapieergebnis gesehen; in den späteren Auflagen fand die „Zeit für Psychotherapie“ dann ihren Triumph. Zu sehr hatte das forschungsökonomisch begründete Fenster der Beobachtungen mögliche Ergebnisse beeinflusst (Lambert 2004).

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

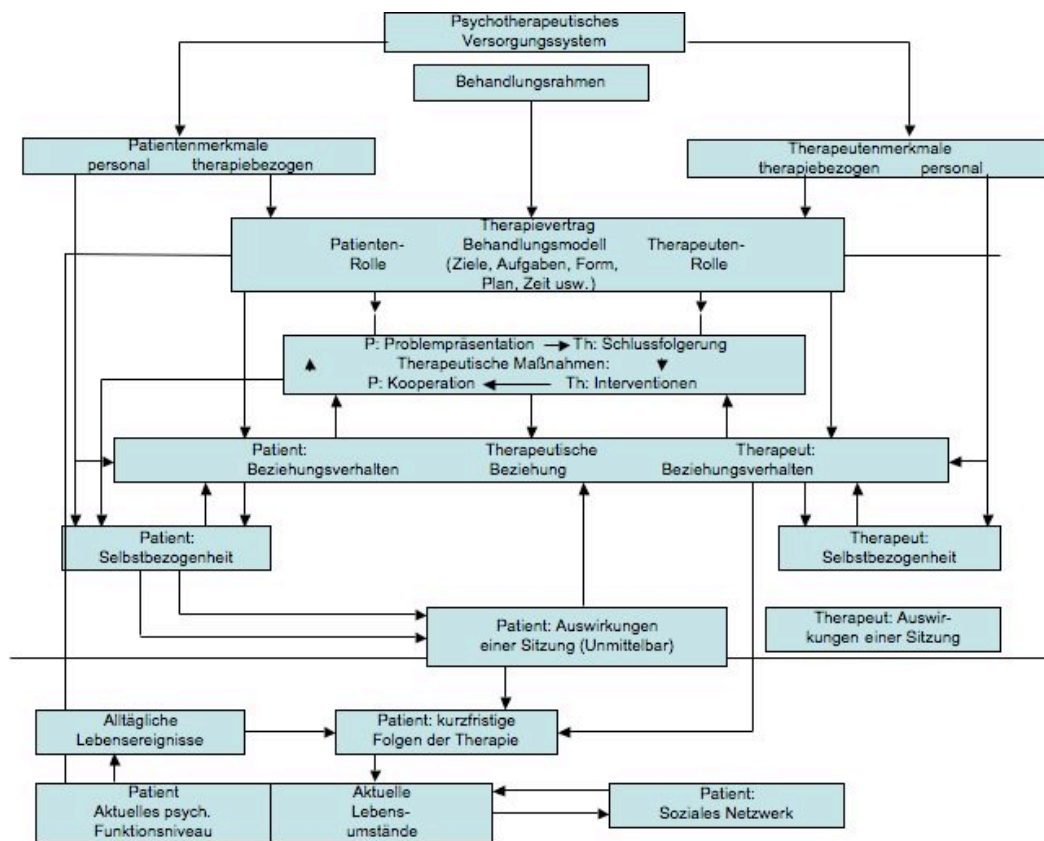


Abb. Das „Generic Model of Psychotherapy“

"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.

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

Mittels einer klinischen Theorie ordnet der Praktiker seine Erkenntnisse, verständigt sich mit seinen Kollegen, und beschreibt das Repertoire an Techniken und deren Anwendungsregeln. Es ist hierbei durchaus legitim, dass das jeweils begrenzte Operationsfeld die Bildung der jeweiligen klinischen Theorie begünstigt. 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.

Wissenschaftliche Theorien umfassen eine Zusammenstellung von Variablen und Operationalisierungen, generieren Zusammenhangshypothesen zwischen Basisvariablen, fördern die gezielte Planung von Studien und leiten 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 personengebundene Übertreibungen, wie sie im klinischen Dialog nicht selten vorkommen (Kächele 2004). So wurden erst jüngst die Befunde von Piper et al. (1991) widerlegt, dass die Deutung der Übertragung in ein-stündigen psychodynamischen Therapien öfters mit einem negativen Ergebnis korreliert ist. Ganz in Gegenteil belegt die sehr gut konzipierte Studie von Hoegland (2006, 2008), dass in einen RCT Design (2 x 50 Patienten) kein Unterschied bezüglich der Nutzung von Übertragungsdeutung versus Nicht-Übertragungsdeutung besteht; allerdings sind bei negativen frühen Beziehungserfahrungen Übertragungsdeutungen angezeigt. Darüber hinaus zeigte sich auch ein überraschender Geschlechtsunterschied. So können neue Fragen zur Handhabung der Übertragungsdeutung in psychodynamischen Therapien gestellt werden. Strupps Ergebnisse der Vanderbilt-Studie I (Strupp 1980) wiesen schon auf die Möglichkeit hin, dass Übertragungsdeutungen in Kurztherapien zu oft als Angriff von einem darauf nicht gut vorbereiteten Patienten erlebt werden (s.a. Henry et al. 1994). Möglicherweise ist der explizite Verzicht auf solche Interventionen auch eines der Erfolgs-Geheimnisse der Interpersonellen Therapie (Klerman et al. 1984; Schramm 1996).

Das generische Modell der Psychotherapie operiert auf einer Abstraktionsebene, die für alle Methoden eine Art Landkarte darstellt. Es wurde als wissenschaftliche Theorie vorgetragen, und Vertreter der klinischen Theorien können in diesem Modell im Einzelnen aufzeigen, wie sie die ihrem Verfahren gemäßen Verbindungslinien ziehen.

Das Thema dieses Aufsatzes versagt mir, mich damit zufrieden zu geben. Zwei Anführungszeichen versperren mir das vorzeitige Ende; unmissverständlich für Insider ist nun die "Allgemeine Psychotherapie" ins Auge zu fassen, die Klaus Grawe (1995) vorgeschlagen hat.

Im Gegensatz zu der Bibel der Psychotherapieforscher, die seit 1971 in ca. sieben bis achtjährigen Abstand erscheint und von kaum einem Praktiker zur Kenntnis genommen wird, wurde das Feld der Psychotherapie durch die Empfehlungen von K. Grawe und

seine beiden Mitarbeiterinnen R. Donati und F. Bernauer in ihrer Monographie "Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession" (1994) aufgeschreckt; das Werk detaillierte die wesentlichen Aussagen einer früheren konzisen Darstellung, die im Rahmen des „Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes“ erstellt wurde (Grawe 1991). Wie Herkules angesichts des Augias-Stall waren die Berner Autoren 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. Es erinnert an einen ersten Donnerschlag, mit dem die systematische Therapieforschung einst begann: Eysencks Philippika gegen die Psychoanalyse von 1952. Damals schien diesem Autor auch die Ergebnislage eindeutig genug, um drastische Konsequenzen zu fordern, nämlich die ersatzlose Abschaffung psychoanalytisch orientierter Therapien. Trotz vieler Proteste und kritischer Stellungnahmen kompetenter Kolleginnen und Kollegen (z. B. Luborsky 1954; Dührssen 1962) sollte es lange dauern, bis dann die endgültige, fakten-gestützte Widerlegung der Eysenckschen Behauptung durch McNeilly & Howard (1991) erfolgen konnte.

„Gebiet der Psychotherapie“: was genau ist das Gebiet der Psychotherapie.

Beeindruckend, dass die Basis der Grawe'schen Studie 897 Studien zwar aus einer Grundgesamtheit von über dreieinhalbtausend Studien stammt; einbezogen wurden jedoch nur kontrollierte Studien, die u.a. folgende Kriterien aufweisen: nur klinische Populationen, die Anzahl der Patienten in einer oder anderen Behandlungsbedingung sollte < 4 sein, Behandlungsdauer sollte mehr als < 4 Sitzungen betragen.

Systematische Anwendungsbeobachtungen, von denen besonders im Bereich der psychodynamischen Therapie nicht wenig vorlagen wurden ausgeschlossen (Tschuschke et al. 1994).

„Bestehende Verhältnisse“: was war damit gemeint? Z.B. dass die bestehenden Richtlinien zur Anwendung von Psychotherapie - die im sog. Faber-Haarstrick Kommentar (Rüger et al. 2009) erläutert werden - nicht erlauben, tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Behandlungskonzepte in der ambulanten Psychotherapien zu kombinieren. Was bis heute merkwürdig anmutet, da in der

stationären Psychotherapie längst eine eklektische Polypragmasie, oder vornehmer ausgedrückt, Methodenkombinationen die Regel sind.

„Massnahmen“: war damit gemeint, 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 – ganz zu schweigen von den Praktikern - 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 alten Lärm um die Psychoanalyse um witzige Variationen bereichert. Eindrucksvoll die Plazierung des Hauptautors Grawe neben Freud, Jung und Adler in dem Wochenmagazin FOCUS. Weder Orlinsky noch Howard, Strupp oder Luborsky haben bei uns eine solche Popularität je erreicht

Erreicht hatten 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. „Bewunderung, Scham und verbliebene Zweifel“ (Hoffmann 1992) ob dieser Offensive blieben nicht aus. Der wilde, oft sumpfige Psycho-Markt war damit noch nicht trockengelegt, aber die ersten Wunsch-Gräben zur Entwässerung waren gezogen.

Befördert wurden diese Prozesse in der BRD durch die Vorbereitungen zum Gesetz für den psychologischen Psychotherapeuten; die Etablierung des wissenschaftlichen Beirats (WPB), in dem führende Vertreter der etablierten therapeutischen Grundorientierungen über die Anerkennung neuer Verfahren, und auch über die alten, beraten, hatte ein Forum geschaffen, das sich an wissenschaftlichen Leitlinien orientierten sollte. Deutlich wurde schon, nichts wird mehr sein wie es mal war. Die Auseinandersetzung um verschiedene Psychotherapie-Formen wurde zwar um die

Dimension empirischer Studien erweitert, aber zugleich wurde auch die gesellschaftlich-berufspolitische Dimension artikuliert, und dies lauter denn je.

Die in der BRD erreichte Lösung der eigenständigen Einbeziehung psychologischer Psychotherapeuten - seien sie nun Psychoanalytiker oder Verhaltenstherapeuten - in die kassenpsychologische Versorgung hat exemplarische Bedeutung in der Geschichte der Psychotherapie. Es war nicht schwer vorherzusagen, dass mehr oder weniger unfeine Diskussionen geführt werden würden, welche Therapiemethoden denn als kassenärztlich gangbar anzusehen seien, und welche nicht. Klar politisch motivierte Stellungnahmen wurden verschickt. So schrieben 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 erfüllten aus der Perspektive der damaligen psychotherapeutischen Praxis die psychodynamischen bzw. psychoanalytischen Therapien und die Verhaltenstherapien; aus der Perspektive der psychotherapeutischen Forschung das „Generic Model of Psychotherapy“ und Grawes „Psychologische Therapie“.

Weder das „Generische Modell“ von Orlinsky und Howard noch die „Allgemeine Psychotherapie“ Grawes, die dann zur "Psychologischen Therapie" mutierte (Grawe 1998) können jemals klinisch erprobt werden, denn es handelt sich um Rahmentheorien, um wissenschaftlichen Systematisierungsansätze.

Dieser Aspekt, dass das Grawe'sche Werk "Umriss einer Allgemeinen Psychotherapie" skizzieren sollte, wurde in der allgemeinen Aufregung zu wenig beachtet. Im abschließenden Kapitel der Meta-Analyse 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 zugrunde gelegten 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 war klar, das Feld war offen für eine vertiefte Diskussion der Theorie der Prozesse.

Aus der Forschungslage wurden bei Grawe et al. (1994) zunächst drei, dann in Grawe (1995) vier Wirkprinzipien extrahiert - die jeweils durch 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. Von diesen vier Prinzipien galt Grawes besondere Interesse der Ressourcenaktivierung, die schon Grawe & Gerber (1999) für das am meisten vernachlässigte Thema der Therapieforschung und der klinischen Praxis hielten:

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

Grawes Forschungsfeld – vor seinem Tod - war der damit verbunden strategischen Frage gewidmet, wie die Kompetenz von Therapeuten für diese Dimension systematisch geschult werden kann.

Es fällt mir schwer zu erkennen, warum diese Systematisierung soviel Fragezeichen aufgeworfen hat. Man musste sich ja nicht mit Grawes 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 operierte Grawe mit einer fiktionalen Wirklichkeit einer Homogenität, die die Bandbreite tatsächlichen Operierens überhaupt nicht zur Kenntnis nahm. Eines der wichtigsten Ergebnisse der Therapieforschung war ja gerade, dass nicht ‚nomen est omen‘ ist, sondern dass eine große Variabilität zwischen Klinikern bei verschiedenen Patienten besteht. Dies belegte jüngst die differentielle Auswertung der Stockholmer

Therapiestudie mit dem versöhnlichen Titel: „Die Menschen sind verschieden - auch als Patienten und Therapeuten“ (Sandell 2007).

Dass nach Grawe auch die Verhaltenstherapie nach dieser schematischen Aufbereitung einen blinden Fleck habe, konnte einen beruhigen; nämlich genau dort, wo die Psychoanalyse ihren Schwerpunkt hat, 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 lokalisierte.

Grawes Kritik am Bestehenden operierte 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; im Gegenteil 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. Diese neue theoretische Fundierung wurde in einem zweiten grossen Werk vorgelegt (Grawe 1998), und Rainer Krause's Besprechung (1999) wurde dem Vorhaben mehr als gerecht.

Grawes Entwurf zu einer „Psychologischen Therapie“, einer wahrhaft „Allgemeinen Psychotherapie“ wollte vermitteln, wie man sich das Zustandekommen von Veränderungen in der Psychotherapie vorstellen kann und wie man dieselben mit psychologischem Grundlagenwissen erklären kann.

Deshalb war es nicht überraschend, dass Grawe uns mit einem weiteren Werk stimulierte, mit der er die Erkenntnisse der Neurowissenschaften für die Grundlegung psychotherapeutischer Prozesse heranzuziehen suchte. Wie oft, war er um einen spektakulären Titel nicht verlegen: „Neuropsychotherapie“ (Grawe 1994). Aber in der Sache war ihm – wieder einmal - Recht zu geben:

„... ich glaube, dass die Konsequenzen, die sich aus der Erkenntnissen der Neurowissenschaft für die Psychotherapie ergeben, von grundlegenderer Art sind, als es in den meisten Schriften und Vorträgen zum Ausdruck kommt.....“

„Neuropsychotherapie“ verfolgt das gleiche Anliegen wie „Psychologische Therapie“. Die beiden Büchern können als einander ergänzende Versuche angesehen werden, eine „Allgemeine Psychotherapie“ theoretisch zu fundieren“ (Grawe 2004, S.28).

Coda

Klaus Grawes Beitrag zu einer Therapieforschung, die als Ideologiekritik an einer ausufernden Psychotherapieszene gewollt war, kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. Seine Absicht, unser Handeln im Interesse der Patienten grundlagenwissenschaftlich zu fundieren, war trotz mancher Irritationen für einige unter uns, stets erkennbar und glaubhaft. Sein überraschender Tod im Juli 2005 machte uns alle ärmer.

Literatur

- Bergin AE, Garfield SL (Hrsg) (1971) Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change. An Empirical Analysis, 1st ed. Wiley & Sons, New York Chichester Brisbane
- Bergin AE, Garfield SL (Hrsg) (1994) Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change. An Empirical Analysis, 4th ed. Wiley & Sons, New York Chichester Brisbane
- Dahlbender RW, Kächele H (1999) What do you believe in? Clinical conviction or empirical evidence? In: Soldz S, McCullough L (Hrsg) Reconciling empirical knowledge and clinical experience. The art and science of psychotherapy. American Psychological Association, Washington, DC, S 151-166
- Dührssen A, Jorswieck E (1962) Zur Korrektur von Eysenck's Berichterstattung über psychoanalytische Behandlungsergebnisse. Acta Psychotherapeutica 10: 329-342
- Eysenck HJ (1952) The effects of psychotherapy: an evaluation. J Consult Psychol 16: 319-324
- Franz M, Schiessl N, Manz R, Fellhauer R, Schepank H, Tress W (1990) Zur Problematik der Psychotherapiemotivation und der Psychotherapieakzeptanz. Psychother Psych Med 40: 369-374
- 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 (Hrsg) (1986) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 3rd edn. Wiley & Sons, New York.
- Grawe K (1991) Fachwissenschaftliche Grundlagen. In: Meyer AE, Richter R, Grawe K, von der Schulenberg J-M, Schulte B (Hrsg) Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Universitäts-Krankenhaus Eppendorf, Hamburg

- Grawe K (1995) Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40:130-145
- Grawe K (1998) *Psychologische Therapie*. Hogrefe, Göttingen
- Grawe K (2004) *Neuropsychotherapie*. Hogrefe, Göttingen
- Grawe K., Donati R., Bernauer F. (1994) *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe, Göttingen
- Grawe K, Grawe-Gerber M (1999) Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 44: 63-73
- 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
- Hoegle P (2006): Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: An experimental study of transference interpretations. *Am J Psychiat*, 163: 1739-1746
- Hoffmann SO (1992) Bewunderung, Scham und verbliebene Zweifel. Anmerkung zu Klaus Grawes "Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre". *Psychologische Rundschau* 43: 163-167
- Ittelson WH, Proshansky LG, Rivlin LG (1970) Bedroom size and social interaction of the psychiatric ward. *Environment and Behavior* 2: 255-270
- Kächele H (2004) Die lieben Kollegen. In: Kernberg O, Dulz B, Eckert E (Hrsg) *Wir Therapeuten*. Schattauer Verlag, Stuttgart S 421-425
- Kächele H, Pfäfflin F, Simons C (1995) Fachgutachten im Rahmen sozialgerichtlicher Klärung des Umfangs der Leistungspflicht einer Krankenkasse für analytische Psychotherapie. *Psyche - Z Psychoanal* 49: 159-173
- Kächele H, Pirmoradi S (2009) Psychotherapy in European Public Mental Health Services. *Int J Psychotherapy* 13: 40 – 48
- Klerman GK, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES (1984) *Interpersonal psychotherapy of depression*. Basic Books, New York
- Krause R (1997) *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Band 1: Grundlagen*. Kohlhammer, Stuttgart
- Krause R (1998) *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Band 2: Modelle*. Kohlhammer, Stuttgart
- Krause R (1999) Rezension: Grawe, K. (1998) *Psychologische Therapie*. *Psychotherapeut* @:@-@
- Lambert MJ (Hrsg) (2004) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, New York Chichester Brisbane 5th ed.

- Luborsky L (1954) A note on Eysenck's article "The effects of psychotherapy: An evaluation". *Brit J Psychol* 45: 129-131
- McNeilly C., Howard K. (1991) The effects of psychotherapy: An reevaluation based on dosage. *Psychotherapy Research* 1:74-78
- Mühlich-von Staden C (1978) *Psychiatrieplanung*. Psychiatrie Verlag Wunstorf
- Orlinsky DE, Geller J (1994) Patients' representations of their therapists and therapy: A new research focus. In N. Miller, L. Luborsky, J. Barber, & J. Docherty (Hrsg) *Psychodynamic treatment research*. Basic Books, New York, S @
- 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; dt. (1988) Ein allgemeines Psychotherapiemodell. *Integrative Therapie* 4: 281
- 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
- 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
- Rief W, Greitemeyer M, Fichter M (1991) Die Symptom Check-List SCL.90-R: Überprüfung an 900 psychosomatischen Patienten. *Diagnostica* 37: 58-65
- Rüger U, Dahm A, Kallinke D (2009) *Faber-Haarstrick Kommentar Psychotherapie-Richtlinien*. 8. Auflage. Urban & Fischer, München Jena
- Sandell R (2007) Die Menschen sind verschieden - auch als Patienten und Therapeuten. Aus der psychoanalytischen Forschung. In: Springer A, Münch K, Munz D (Hrsg) *Psychoanalyse heute?! Psychosozial-Verlag, Giessen*, S 461-481
- Schramm E (Hrsg) (1996) *Interpersonelle Psychotherapie*. Schattauer, Stuttgart
- Senf W, Broda M (1998) Thesen zur Psychotherapie in Deutschland. *Psychother Psychol Med* 48:
- Sommer R (1969) *Personal Space*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ
- Streeck U (2004) *Auf den ersten Blick - Psychoanalyse und conversational analysis*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Strotzka H (Hrsg) (1975) *Psychotherapie. Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. Urban & Schwarzenberg, München
- Strupp HH (1980) Success and failure in time-limited psychotherapy: a systematic comparison of two cases (Comparison I). *Archives of General Psychiatry*, 37: 595-603.

Tschuschke V, Kächele H, Hölzer M (1994) Gibt es unterschiedlich effektive Formen von Psychotherapie? Psychotherapeut 39: 281-297

Viderman S (1979) The analytic space. Meaning and problems. 48: 257-291

Thomä H, Kächele H (2006) Psychoanalytische Therapie, Band 1 Grundlagen, Springer Medizin Verlag, Heidelberg

Zeeck A, Hartmann A, Orlinsky DE (2004) Inter-Session Prozesse - Ein vernachlässigtes Thema der Psychotherapieforschung. Psychother Psychol Med 54: 236-242