

113. Kächele H (1992) Die Persönlichkeit des Therapeuten und ihr Beitrag zum Behandlungsprozeß. *Z psychosom Med Psychoanal* 38: 227-239

Horst Kächele, Ulm

Die Persönlichkeit des Psychotherapeuten und ihr Beitrag zum Behandlungsprozess

Zusammenfassung

Die Tätigkeit des Psychotherapeuten ist eine sehr person-gebundene Form ärztlichen Handelns. Trotzdem ist unklar, in welchem Ausmaß die Persönlichkeit des Therapeuten oder seine persönlichen erworbenen Fähigkeiten für das Geschick des therapeutischen Prozesses bestimmend sind. Aus dem gegenwärtigen Stand der Therapieforschung lassen sich hierzu eine Vielzahl von Ergebnissen beisteuern, die weitere klinisch geprägte Überlegungen anregen sollen. Hierbei sind besonders die Unterscheidung von privaten Merkmalen und von persönlicher Ausgestaltung der therapeutischen Rolle zu nennen.

Die Rolle der Selbsterfahrung, dh der Lehrtherapien- und -analysen, ist besonders kontrovers, da in diesem Bereich die Diskrepanz zwischen Befunden der Forschung und der vorherrschenden klinischen Überzeugung am größten ist.

Auf der zweiten Konferenz, die sich unter der Schirmherrschaft der Division of Clinical Psychology der American Psychological Association im Mai 1961 in Chapel Hill ausschließlich den Problemen der Forschung in der Psychotherapie widmete, wurde dem Beitrag des Psychotherapeuten zum Behandlungsprozess ein eigener Abschnitt gewidmet. Auf dieser Konferenz bezeichnete Leonard Krasner (1962) den Psychotherapeuten als "social reinforcement machine", als soziale Bekräftigungsmaschine. Diesem nicht nur heuristisch gemeinten Extrem eines modernistischen Verständnisses der Rolle und der Aufgabe des Psychotherapeuten stellte Jerome Frank (1962) seine historisch fundierte Perspektive des Psychotherapeuten als eines gesellschaftlich designierten Heilers zur Seite, der sehr wohl mit Schamanen und Medizinmännern vergleichbar sei, die er im gleichen Jahr in seinem noch heute aktuellen Buch "Persuasion and Healing" zu belegen suchte¹.

Diese beiden extremen Standpunkte gilt es ins Auge zu fassen, wenn wir über die Bedeutung der Persönlichkeit des Psychotherapeuten bezüglich seiner therapeutischen Aufgabe reflektieren und uns fragen, welcher Position wir selbst zuneigen, wohl wissend, dass im Einzelfall

wir ein je unterschiedliches Mischungsverhältnis beider Aspekte verwirklichen.

Maximiert die eine Position den technokratischen Aspekt des psychotherapeutischen Handelns, so radikalisiert die andere den extrem person-gebundenen Standpunkt des von seiner Rolle im kulturellen Kontext überzeugten Helfers. Die Ausbildung für die eine Position findet am besten im experimentell arbeitenden Labor statt, die der anderen Position erfordert Initiationsriten, wie sie Kernberg (1986) für die psychoanalytische Institutionskultur erst kürzlich beschrieben hat.

Es dürfte wohl kein Zufall sein, dass beide Protagonisten nicht dem ärztlichen Erfahrungsfeld entstammen, sondern sich als Psychologen dem Feld der Psychotherapie zugewandt haben. Ärztliche Psychotherapie hat sich über eine lange Zeit aus der unmittelbaren ärztlichen Tätigkeit heraus entwickelt, die das Wohlergehen des Patienten in körperlicher und seelischer Form zum primären Anliegen hat und bezieht ihr Selbstverständnis primär aus dieser Aufgabe, deren Fundierung von den bahnbrechenden klinischen und theoretischen Untersuchungen der Gründer der tiefenpsychologischen Schulen auf den Weg gebracht wurde. Eine systematische empirische psychotherapeutische Forschung wurde in den letzten Dezennien aus der klinischen Psychologie US-amerikanischer Prägung in die Psychotherapie hineingetragen².

Auch die psychotherapeutische Praxis wird nicht mehr nur von Ärzten betrieben, sondern hat sich zu einem Feld entwickelt, in dem verschiedene Berufsgruppen psychotherapeutisch tätig sind, wenn auch mit einem doch sehr variierenden Grad von Professionalisierung³. War es am Beginn dieses Jahrhunderts - abgesehen von der Hypnose - nur eine Therapieform, von der mit Fug und Recht als solcher gesprochen werden konnte, nämlich die Freud'sche Psychoanalyse, so hatte sich innerhalb weniger Jahre am psychotherapeutischen Sternenhimmel ein Dreigestirn aus Adler, Jung und Freud gebildet. Neue Ansätze entstanden mit der Entwicklung der klinischen Psychologie, die dem psychodynamischen das klienten- zentrierte und das lerntheoretisch zentrierte Paradigma zur Seite stellten. Aus dem nachfolgenden Nähr-

boden der humanistischen Therapieformen entwickelten sich rasch weitere Verfahren.

Parallel zu der außer-klinischen Psychotherapie verzeichnet auch die ärztliche Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland ein eindrucksvolles Wachstum. Ohne auf Zahlen eingehen zu wollen, spiegeln die seit zwanzig Jahren bestehende Verankerung der psychoanalytischen und seit wenigen Jahren auch der verhaltenstherapeutischen Psychotherapie in dem Leistungskatalog der Krankenkassen eine Entwicklung wieder, die auf einen Prozess der gesellschaftlichen Anerkennung einer psychologischen Perspektive in der Medizin verweist. Die Situationsanalyse zur Lage der Psychotherapie mag in den verschiedenen Ländern sehr unterschiedlich beurteilt werden; ungeachtet einer biologischen Wende in der Psychiatrie unterstreicht in der Bundesrepublik Deutschland eine große Zahl von Interessenten für die psychotherapeutische Weiterbildung diese Behauptung und erlaubt im Hinblick auf mein Themas eine These:

Psychotherapeutische Tätigkeit in der Medizin zieht Persönlichkeiten an, die sich einem aktiven Protest gegen eine Medizin verschreiben, deren biologische Grundorientierung der klinischen Erfahrung vieler widerspricht. AE Meyer (1988) nennt deshalb die psychosomatische Medizin eine Gegenreformation gegen die naturwissenschaftliche Reformation der Medizin im vorigen Jahrhundert.

Zur Qualität der therapeutischen Arbeit

Es erscheint mir notwendig, zwischen Motiven zu unterscheiden, die einen in das spezielle Feld der Psychotherapie führen, und solchen, die dann im therapeutischen Prozess von erwiesener Nützlichkeit sind. Nicht jeder, der sich gerufen fühlt, ist berufen - um eine lapidare Formulierung zu benutzen. Die Ergebnisse der Therapieforschung lassen keinen Zweifel daran, dass in der Qualität der therapeutischen Arbeit große Unterschiede bestehen.

Es muß daran erinnert werden, dass das Feld der Psychotherapie zunächst 1952 von Eysenck's Behauptung aufgerüttelt wurde, die Spontanheilungsquote sei höher als die Besserungsquote psychoanalytischer Therapieformen. Diese Behauptung können wir inzwischen zu den

Akten legen (zu der umfangreichen Diskussion s. Dührssen & Jorswieck 1962; die jüngste elegante Widerlegung findet sich bei Howard 1991; eine Vielzahl von Studien (Grawe et al. 1988, in Vorb.) belegt die generelle Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen verschiedenster Provenienz.

Freud plagte sich mit dem Problem der Suggestion, um die Wissenschaftlichkeit seiner neuen Lehre bedacht; heute belehrt uns ein Blick in gegenwärtige sozialpsychologische Ansätze, dass Suggestion mit dem Konzept der Persuasion, der überzeugenden Rede, thematisiert wird (Beutler 1979, Frank 1973, Strong 1968). Forschungsergebnisse der letzten Jahre verweisen darauf, dass Psychotherapie als ein Prozess betrachtet werden kann, in dem ein Therapeut den Patienten zu überzeugen versucht, bestimmte Verhaltens-, Einstellungs- und Wertänderungen zu vollziehen. Der Therapeut lehrt den Patienten sein eigenes System von Annahmen über die Welt. Es kann als gut bestätigt gelten, dass Werte und Einstellungen von Patienten sich bei erfolgreicher Psychotherapie verändern und dass diese Veränderung in eine Richtung gehen, die das Überzeugungssystem des Patienten dem des Therapeuten annähert.

Halten wir fest, dass jede Form von Psychotherapie ein sozialpsychologischer Beeinflussungsprozess ist, der in kulturelle Muster eingebettet ist. In diesem Prozess werden die Überzeugungen des einen - Erklärungsmuster für das wie und das warum - dem anderen nahegebracht werden. Das von dem Soziologen Thomas vorgebrachte Theorem (s. Merton 1972) - wenn Menschen etwas für wahr halten, dann sind die Konsequenzen real - bewährt sich insofern, als die vom Patienten dem Therapeuten jedweder Provenienz entgegengebrachte Erwartungsvorstellung, dass dieser mehr weiß als er selbst und ihm wird helfen können, eine der Voraussetzungen zu sein scheint, mit denen wir unsre tägliche Arbeit vollbringen. Jerome Frank's Position fusst auf diesem allgemeinen Muster, ist es aber dehalb berechtigt, die Unterscheidung von angeblich unnötigen, weil wenig erklärenden spezifischen und den als ausreichend betrachteten unspezifischen Wirkfaktoren, die mit dem Konzept der überzeugenden Persönlichkeit verbunden sind, schon zu akzeptieren? Diese generalistische Position fand zumal deshalb zunächst viel Unterstützung, weil die mit Ende der sechziger Jahre in

Gang kommende systematische Psychotherapieforschung selbst bei raffiniert angesetzten Vergleichsstudien zwischen verschiedenen Therapieformen im statistischen Mittel nur wenig Unterschiede im Ergebnis finden konnte. Der in annähernd gleicher Größenordnung zu findende Erfolg der verschiedenen Methoden schien auf den ubiquitär wirkenden Einfluss des Vertrauens des Patienten in die heilenden Kräfte des Therapeuten und der damit einhergehenden Überzeugung des Therapeuten in seine spezielle Technik hinzudeuten. Dies gibt den Stand unseres Wissens über die Vielzahl von Wirkgrößen die am psychotherapeutischen Prozess beteiligt sind, nicht mehr ausreichend wieder.

Shelly Korchin (1981) schlägt vor, das therapeutische Klima von den therapeutischen Prozessen zu sondern, um zwei übergeordnete Bereiche betrachten zu können.

" Das therapeutische Klima entsteht aus der Interaktion von Motivation, Erwartungen und Überzeugungen des Patienten mit dem Status, dem Engagement und dem Respekt, den der Therapeut dem Patienten entgegenzubringen vermag; daraus entwickelt sich die therapeutische Beziehung, an der sich wiederum vielfältige Aspekte differenzieren lassen."

Die persönlichen Qualitäten des Therapeuten zählen zu diesen Klimafaktoren; zwar variiert das Gewicht, welches diesen zugeschrieben wird, zwischen verhaltenstherapeutisch und den humanistischen orientierten Therapieformen in dem Schrifttum erheblich, in der praktizierten Therapie-Alltag dürfte der Unterschied weitaus geringer sein.

Es hat wenig Sinn, die Merkmale des idealen Therapeuten aufzuzählen. Der Tenor vieler Arbeiten läuft auf eine Sammlung positiver, wünschenswerter Fähigkeiten hinaus, die das Bild eines schlechterdings guten Menschen ausmachen: so beschrieben schon Robert Holt und Lester Luborsky in ihrer Studie zu Persönlichkeitsmerkmalen von Psychiatern und Psychoanalytikern in der Menninger Klinik in Topeka 1958 als Ergebnis einer systematischen Umfrage bei 55 Lehranalytikern Merkmale wie Intelligenz, Empathie, sprachliche Fähigkeit, Fähigkeit zur Objektivität, Fähigkeit zu persönlichem Wachstum, Flexibilität, Selbst-Kritik, Selbstvertrauen und Sicherheit - wobei ich nur die wichtigsten aus der 90 Items umfassenden Liste aufgeführt habe (Holt & Luborsky 1958, Vol. 2, S.392ff). Da solche Aufzählungen Gefahr laufen zwar zweifellos wichtige Merkmale der Persönlichkeit von erfolgreichen Psychotherapeuten zu erfassen, aber doch zugleich nur Ste-

reotypen reproduzieren, tragen sie im Grunde wenig spezifisches über die für die konkrete psychotherapeutische Tätigkeit relevanten Eigenschaften bei.

Die produktive Aufmerksamkeit, die uns immer wieder nach der Bedeutung der Persönlichkeit fragen lässt, muß auf Merkmale gerichtet werden, die in irgendeiner Form in dem therapeutischen Handeln zum Tragen kommen. So betonte Freud (1895) schon in den "Studien zur Hysterie", dass das psychoanalytische Verfahren persönliche Anteilnahme für den Kranken bei dem Arzt voraussetzt.

Sechzig Jahre später proklamierte Carl Rogers 1957 als notwendige und hinreichende Bedingung konstruktiver Persönlichkeitsänderung bei dem Klienten drei Qualitäten des Therapeuten, die inzwischen allen wohl vertraut sein dürften: Echtheit, unbedingte Wertschätzung und Empathie des Therapeuten.

Rogers ging damals sogar soweit, zu behaupten, dass wenn eine oder mehrere dieser Bedingungen nicht realisiert werden, könne sich keine konstruktive Änderung vollziehen (Rogers 1957, S.100). Die nachfolgende intensive Forschung schien für viele Jahre zunächst die kühne und radikale Minimalthese Rogers zu bestätigen. Erst 1978 haben Parloff et al. in der 2.Auflage des Handbook of Psychotherapy and Behavior Change mit großen Nachdruck darauf hingewiesen, dass die vorhandene Literatur bei kritischer Sichtung die radikale These nicht stützt: die drei therapeutischen Kernvariablen konstituieren nicht die notwendigen und hinreichenden Bedingungen. Natürlich gehören diese Therapeuten-Merkmale nach wie vor zu den Variablen, die im Einzelfall in unterschiedlicher Gewichtung eine erhebliche Rolle im Konzert der Wirkfaktoren spielen - aber alle Erklärungsansätze, die simplizistisch angesetzt sind, werden der unter dem harmlosen Namen "gemeinsamen Wirkfaktoren" gemeinten Komplexität therapeutischer Prozesse nicht gerecht.

Der gegenwärtige Stand der Forschung verzichtet auf eine synthetische Aussage zur Bedeutung der Persönlichkeit für den therapeutischen Prozess, sondern analysiert die Beziehung einzelner definierbarer Merkmalsbereiche in ihrer Beziehung zum Therapieerfolg. Eine dimensionale Taxonomie erlaubt folgende Aufgliederung:, einerseits las-

sen sich extratherapeutische von therapie-spezifischen Merkmalen unterscheiden, also Merkmale wie Alter, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, sozio-ökonomischer Status, die als vorgegebene Bedingungen des Therapeuten aufzufassen sind, die er nolens-volens mit den therapeutischen Prozess als seine Randbedingungen einbringt und die auch als Merkmale von außen gut festzustellen sind. Als zu erschließende Merkmale finden wir Persönlichkeitsmerkmale, emotionales Wohlbefinden, Einstellungen und Überzeugungen. Dieser Gruppe von Merkmalen stehen Charakteristika gegenüber, die sich durch die Zugehörigkeit der Therapierichtung kennzeichnen lassen wie zB der berufliche Werdegang, der therapeutische Stil und die therapeutischen Interventionen. Beziehungsfähigkeit und Erwartungen des Therapeuten an den Patienten gehören zu dem stärker erschlossenen Kennzeichen dieses Feldes (nach Beutler et al 1978). Anhand einer solchen Taxonomie wird deutlich, dass die Persönlichkeit des Therapeuten nur als eine Komponente unter vielen anderen betrachtet werden muß, die die komplexe Tätigkeit des Psychotherapeuten bestimmen. Vielleicht stimmt diese Betrachtungsweise diejenigen unter ihnen melancholisch, die sich stärker mit der schamanistischen Position identifizieren, sie wird jene erfreuen, die den *τεχνε*- Aspekt des psychotherapeutischen Handelns, den lehr- und lernbaren Aspekt von Psychotherapie als einer planbaren Intervention bevorzugen.

Die einschlägige empirische Literatur zu dem Thema der Persönlichkeit - in Abgrenzung zu den berufsrollen-spezifischen Merkmalen - ist keineswegs uferlos. Das Interesse, das der Persönlichkeit des Therapeuten als einer Bedingung für günstige Behandlungsverläufe entgegengebracht wird, hat sich in der Therapieforschung angesichts der vielfältig nachgewiesenen Bedeutung von Beziehungs- und Technikfaktoren sehr abgeschwächt. Diese Entwicklung ist insofern interessant, als zum Zeitpunkt der Initiierung der systematischen Therapieforschung das von Betz und Whitehorn vorgebrachte Konzept der A und B Therapeuten großes Interesse auf sich zog (Whitehorn & Betz 1960; Betz 1962).

Aus längeren klinischen Beobachtungen in der Psychotherapie schizophrener Patienten glaubten beide Autoren die Hypothese aufstellen und belegen zu können, dass zwischen bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen und dem Behandlungserfolg bei schizophrenen und neurotischen Patienten klare Unterschiede festzustellen seien. Aus heutiger Sicht ist

dieser Ansatz nicht mehr haltbar (Beutler et al. 1986, S.270f) und das Vertrauen in die Konzeption persönlichkeitsstypische prozess- und ergebnisrelevante Merkmale zu finden erheblich erschüttert.

Der einzige Bereich, in dem weiter nach persönlichkeitsstypischen Merkmalen gefahndet wird, betrifft das sog. Matching von Therapeut und Patient. So konnte im groß angelegten Indiana Matching Project (Berzins 1977) gezeigt werden, dass Therapeuten, die mit abhängigkeits-orientierten, submissiven und gehemmten Patienten erfolgreich waren, jene waren die selbst als Persönlichkeit autonomie - orientiert, dominierend und individualistisch eingestellt waren. In der umgekehrten Konstellation ließ sich der gleiche Befund zeigen. Dieses Ergebnis erinnert an die von Beckmann (1973) in Giessen durchgeführten Untersuchungen zu diagnostischen Urteilsstereotypen in psychoanalytischen Erstinterviews, bei denen ebenfalls eine Reziprozität zwischen Persönlichkeitsstruktur des Interviewers und der von ihm bevorzugten Patienten-strukturen gefunden wurde.

Welche Schlußfolgerungen können wir aus den vorliegenden Studien zur Bedeutung der Persönlichkeit des Psychotherapeuten für den Behandlungserfolg ziehen. Der bisherige Tenor meiner Ausführungen lässt schon erkennen , wohin dieses zielt: herzlich wenig: Zusammenfassend lässt sich mit Beutler sagen, dass die vorliegende empirische Literatur zum Einfluss der Persönlichkeit auf den Verlauf von Psychotherapie keine konkreten Schlußfolgerungen zulässt. Es könnte sein, dass eine gewisse Unähnlichkeit in bestimmten interpersonellen und kognitiven Stilen den Therapieprozess fördert und das Ergebnis mitbestimmen kann. Diese Zusammenhänge sind jedoch nur schwach und es erscheint unwahrscheinlich, dass sie für einen Großteil der erwünschten Veränderungen verantwortlich sind (nach Beutler et al 1986, S. 271).

Die therapeutisch-hilfreichen Beziehung

Aus dieser Zusammenfassung resultiert eine weitere These:

Die bisherige Forschung hat die Bedeutung eines ganzheitlichen Konzeptes der "Persönlichkeit des Psychotherapeuten" für den Verlauf und Ergebnis von Psychotherapie erheblich relativiert. Über einige allgemeine Merkmale hinaus, die vermutlich in jedem Berufsfeld sich gün-

stig auswirken, werden vielfältige Facetten der vom Therapeuten zu realisierenden Berufsrolle konzipiert, die sich auf die Gestaltung der therapeutischen Situation und Beziehung auswirken. Solche rollen-spezifischen Persönlichkeitsmerkmale interagieren mit den Faktoren der Behandlungstechnik: die Applikation eines jeden Mittels geschieht durch die Person des Therapeuten jeweils im Medium der vorherrschenden therapeutischen Beziehung.

Die Herstellung dieser allen psychotherapeutischen Methoden gemeinsamen therapeutisch-hilfreichen Beziehung (Luborsky 1976, 1984), fällt in den Verantwortungsbereich des Therapeuten. Hier ist der Ort, wo wir ein starkes Interesse für Menschen in Kombination mit einem humanitären Bedürfnis, ihnen bei ihren psychischen Problemen zu helfen, als allgemeine Merkmale einer Psychotherapeutenpersönlichkeit lokalisieren können (Garfield 1982, S.69). Die spezifischen Wirkungen der verschiedenen Therapiemethoden zeigen dann auch spezifische Veränderungen (Grawe 1981). Die methoden-spezifische Instrumentalisierung lässt sich empirisch auch belegen. Psychoanalytisch orientierte Therapeuten fokussieren erwartungsgemäß stärker auf Kindheitserfahrungen und Übertragungsdeutungen sind tatsächlich ein Markenzeichen des Psychoanalytikers. Im Vergleich hierzu sind Vertreter der interpersonellen Therapieformen, die von Sullivan u.a. herkommen, bereits von der Betonung der Kindheitserfahrungen abgerückt und beschreiben sich als persönlich deutlich mehr engagiert als Analytiker (Strupp & Binder 1984). Kognitiv-behaviorale Therapeuten verwenden ein relativ stark strukturiertes Vorgehen; Fragen und Klarifikationen sind ihre hauptsächlichsten spezifischen Instrumente, im Versuch dem Patienten eine Problemlösungsstrategie nahezubringen. Dem Patienten einen gezielten Erwerb einer Wissensbasis über das symptomatische Verhalten zu vermitteln, gilt ihnen mehr als die von Analytikern favorisierte Wiederbelebung vorwiegend emotional geprägter Erlebensmuster. Das Feld verhaltenstherapeutischer Techniken hat sich zwar in eine Vielzahl einzelner Prozeduren aufgelöst, sodass kaum mehr von einer homogenen Technik gesprochen kann; trotzdem bleibt charakteristisch, dass die spezifischen Techniken der Verhaltenstherapie direkter als andere Therapieverfahren auf das unmittelbar beobachtbare Verhalten einzuwirken versuchen. Die eingangs zugespitzte Formulierung von

Krasner, der Psychotherapeut sei eine <social reinforcement machine>, ist jedoch nicht mehr aktuell. Ein Zitat aus einem herzerfrischend klinischen Lehrbuch der Verhaltenstherapie von Goldfried und Davison (1979) kann dies belegen:

"Jeder Verhaltenstherapeut, der behauptet, man brauche nur die Lernprinzipien und die der sozialen Einflussnahme zu kennen, um eine Verhaltensänderung herbeizuführen, hat keinen Bezug zur klinischen Realität" (S.39).

Klinische und empirische Belege zeigen nämlich, dass eine therapeutische Beziehung auch in einem verhaltensorientierten Rahmen wesentlich zur Verhaltensänderung beiträgt. Die relativ späte "Entdeckung" des Widerstandes in der Verhaltenstherapie (Davison 1973) und seine Anerkennung trägt dem nun Rechnung. Wenn "Widerstand" zum großen Teil daraus resultiert, dass ein Patient mit begrenzter Flexibilität sich nicht auf ein gegebenes Angebot einstellen kann, dann ist es am Therapeuten, dem Patienten ein Angebot zu machen, das seinen Möglichkeiten entspricht (Caspar, 1982, S.454). Emotionale und technische Flexibilität des Psychotherapeuten, die Fähigkeit Bedürfnisse und Wünsche so aufzugreifen, dass der Patient Realisierung und Verzicht in ein ausgewogenes Verhältnis bringen kann, dürfte ein Persönlichkeitsmerkmal des kreativen Therapeuten sein. Für die Ausbildung stellt sich die Frage, wie dies durch intensive Schulung erworben werden kann. Gerade unter Ausbildungsaspekten sollte folgende aus der Therapiefor schung belegbare Botschaft aufgegriffen werden: nicht die statischen Elemente, die Eigenarten, die ein Psychotherapeut qua Person in die therapeutische Situation einbringt, sind die entscheidenden, sondern seine dynamische Fähigkeit, sich jeweils auf einen anderen Menschen und dessen Defizienzen einzustellen; dies, mehr als andere, entscheidet über Erfolg und Mißerfolg. Die uns allen vertraute Verschiedenheit der Persönlichkeiten, die als Psychotherapeuten erfolgreich tätig sind, verweist darauf, dass wir statt von der Persönlichkeit des Psychotherapeuten, von der persönlichen Ausgestaltung der therapeutischen Rolle sprechen müssen (Thomä 1974).

Aufgrund dieser Analyse lassen sich einige Überlegungen zur Bedeutung der Selbsterfahrung für die Persönlichkeit des Therapeuten und sein therapeutisches Handeln entfalten. Eine berufliche Tätigkeit, die die eigene Person unvermeidlich persönlich beansprucht und belastet,

benötigt spezielle Mittel, um sich mit diesen berufsbedingten Erfahrungen auseinanderzusetzen.

In der Psychoanalyse steht die Entdeckung einer notwendigen Selbsterfahrung in einem engen Zusammenhang mit der Entdeckung der Übertragung. Freud (1910d, S.108) betonte, "dass jeder Psychoanalytiker nur so weit kommt, als seine eigenen Komplexe und inneren Widerstände es gestatten". Daraus ergibt sich für den Analytiker die Notwendigkeit, sich einer Lehranalyse zu unterziehen, um von seinen blinden Flecken befreit zu werden (Thomä & Kächele, 1985, S.83). Die restlose Auflösung dieser blinden Flecken dürfte noch in keiner Lehranalyse je geglückt sein, und wir werden gut beraten sein, mit der Vorstellung zu leben, dass jeder von uns seine persönliche Gleichung in die therapeutische Situation hineinträgt, die sich je nach Patient verschieden fördernd oder hemmend auf die Entfaltung der therapeutischen Beziehung auswirkt. Es ist einleuchtend, dass im Bereich der behavioralen Methoden ein weitaus geringeres Interesse an einer solchen Eigenerfahrung besteht, obwohl auch in der verhaltenstherapeutischen Weiterbildung Supervisionsgruppen mit einem beträchtlichen Anteil an Selbsterfahrung sich zunehmender Beliebtheit erfreuen.

Zur Forschungslage bzgl der Lehranalyse

Folgt man dem engagierten Eklektiker Sol Garfield (1982) in seiner zusammenfassenden Darstellung der mit dem Komplex Lehranalyse bzw Lehrtherapie zusammenhängenden Forschungslage, so wird deutlich, dass wir bezüglich der therapeutischen Wirkung der Selbsterfahrung mit einer erheblichen kognitiven Dissonanz leben, die allerdings den meisten von uns kaum bewusst wird. Garfield stellt fest, dass die meisten Argumente für die Relevanz einer Eigentherapie auf persönlicher oder gruppen-basierter Überzeugung fassen, wir hingegen über wenig gesichertes Wissen um die Wirksamkeit solcher Eigenerfahrung im Hinblick auf die spätere Wirksamkeit des solchermassen geschulten Therapeuten verfügen. So ergab eine Umfrage bei 855 Mitgliedern der Division of Clinical Psychology der American Psychological Association 1971, dass zwei Drittel über eine persönliche Lehrtherapie verfügten. Hingegen verfügen wir bis heute noch über keine zufriedenstellende Studie, die einen gesicherten therapeutische Überlegenheit des

lehrtherapeutisch geschulten mit dem nicht geschulten Therapeuten belegt Wie Herron (1988) erst kürzlich zeigte, liegt dies nicht zuletzt darin, dass die Variable "Erfahrung des Therapeuten", deren Wirkung belegbar ist, kaum von der Rolle des Selbsterfahrung getrennt werden kann.

Man muß sich folgenden kritischen Überlegungen stellen: Psychotherapie als ein komplexes Beziehungsmuster, in dem bestimmte Veränderungen bei Patienten angestrebt werden, wird von einer großen Zahl von Faktoren bestimmt, die nicht der Persönlichkeit des Therapeuten zugerechnet werden können, sondern die weitaus stärker im Bereich seiner beruflichen Sozialisation liegen. Das heißt, die Lernprozesse, die ein angehender Therapeut durchlaufen muß, um sich das Handwerkszeug seiner therapeutischen Orientierung anzueignen, dürften weitaus mehr in der Supervision und in technischen Seminaren stattfinden als in den persönlichen Therapien. So erscheint es eines Nachdenkens wert, dass in der westdeutschen Weiterbildung zum Zusatztitel Psychotherapie zwar 120 Stunden Lehrtherapie gefordert werden, für die Supervision der in der Ausbildung zu kontrollierenden Fälle jedoch nur 30 Stunden angesetzt werden. In der psychoanalytischen Ausbildung hat sich das Verhältnis von Aufwand in Supervision und Lehranalyse in den letzten Dezennien so extrem zugunsten der Lehranalyse verschoben, dass zum Nachdenken bereits Bedenken hinzutreten, ob nicht hier eine auch klinisch vertretbare Ziel-Mittel Relation aus dem Auge verloren gegangen ist. Die einzige, für die psychoanalytische Ausbildung einschlägige mir bekannte Studie zu diesem Problem wurde 1965 von H. Klein von der Columbia Psychoanalytic Clinic vorgelegt. Sie verglich die Einschätzung der Kompetenz des Kandidaten durch seinen Supervisor mit dem Behandlungserfolg bei den Ausbildungsfällen. Das Ergebnis unterstreicht, dass Kompetenz des "Psychoanalytikers in Ausbildung" sich, nicht überraschend, auf den Erfolg der Analyse deutlich auswirkt. Die Einschätzung dieser persönlichen Kompetenz muß am Anfang der praktischen Ausbildung erfolgen, um dann abschätzen zu können, ob die zum Teil sehr langen Lehranalysen (bei der DPV) sich kompetenzfördernd im Sinne der für den Patienten spürba-

ren Veränderungserfahrung auswirken, gegenwärtig ist dies eine offene Frage.

Jüngste Untersuchungsergebnisse aus der Arbeitsgruppe von Crits-Christoph & Luborsky et al (1991) geben weitere Hinweise für diese Denkrichtung.

Da inzwischen bekannt ist, dass in den systematisch angelegten kontrollierten Studien sich erhebliche Divergenzen in der Effektivität einzelner Therapeuten finden lassen - Crits-Christophh berichtet von im Mittel 12% Varianzanteil für Therapeuteneffekte bei einer Streuung von 50 - 0 % - wurden in einer meta-analytisch angelegten Auswertungsstudie geprüft welche Faktoren für solche Effekte verantwortlich sein könnten. Untersucht wurden

1. Der Gebrauch eines Therapiemanuals,
2. der Grad therapeutischer Expertise,
3. Die Dauer der Behandlung und
4. die Art der Behandlung (psychodynamisch vs kognitiv/behavioral).

Zur Prüfung der Hypothesen wurden die Daten aus 15 vergleichenden Studien herangezogen. Das Ergebnis lässt sich auf die bündige Formel bringen, dass die Verwendung eines Therapiemanuals und der Grad der Therapeuten Expertise die Variabilität zwischen Therapeuten deutlich verringert. Im Duktus der hier geführten Argumentation lässt sich dieses abstrakte Ergebnis als deutliches Plädoyer für ein Mehr an kognitiver Unterweisung dh Supervision lesen und für ein Mehr an Erfahrung. Alle Bemühungen um die Persönlichkeit des guten Therapeuten laufen darauf hinaus, dass es nichts besseres für den Neuling gibt, als sich möglichst viel klinische, patienten-bezogene Erfahrung anzueignen. In dem Maße wie kognitive Orientierung verfügbar wird, ein therapiestrategisches Wissen internalisiert ist, findet psychotherapeutische Beeinflussung erst an den Möglichkeiten des Patienten ihre Grenze.

Psychotherapie - ein Handwerk !

Eine abschließende These: Wenn für Psychotherapie als Handwerk und als Kunst gilt, dass nichts die möglichst umfangreiche Erfahrung mit Patienten zu ersetzen vermag, deren persönliche Aufarbeitung den

wichtigsten Nährboden für die Lernprozesse des angehenden Therapeuten darstellt, dann müsste die von Michael Balint inaugurierte Methode der fall-bezogenen Diskussion schwieriger Fälle sich auch für psychoanalytische Therapeuten bewähren, die zwar gerne andere Berufsgruppen mit dieser fallbezogenen Reflektionsarbeit unterstützen, aber selbst sich bisher eher selten dieser Methode als einer die Berufspraxis begleitenden Supervision bedienen⁴. Vielleicht wäre es interessant, eine "kontrollierte Studie" durchzuführen, bei der Therapie bei vielen verschiedenen, kürzeren und längeren Fällen mit langer Balintgruppen-Supervision ohne Lehrtherapie/analyse und Therapie nach dem Katalog Zusatztitelausbildung (sei es nun Psychotherapie oder Psychoanalyse) mit Lehranalyse und Einzelsupervision verglichen wird. Die Sparsamkeit, mit der über "Selbstanalyse" (Ticho 1981) und ihre beruflich erfolgreicher Einsatz berichtet wird, stimmt da nachdenklich.

Die berichteten Befunde aus der formalisierten Therapieforschung sind bestenfalls Wegweiser: aber wo steht geschrieben, dass man diesen folgen muß. So kann man diesen Überlegungen zur bescheidenen Rolle der Persönlichkeit des Therapeuten für den glücklichen therapeutischen Prozess auch anders nicht folgen. Da Attribution - die Zuschreibung von Ursachen - in sich selbst ein wichtiges und starkes Moment der therapeutischen Arbeit ist, ist gut vorstellbar, dass Therapeuten, die den Erfolg ihrer Patienten ihrer Persönlichkeit attribuieren, auch ihre "Schäfchen" finden.

Literatur

- Betz BJ (1962) Experiences in research in psychotherapy with schizophrenic patients. in HH Strupp & L Luborsky (Eds) Research in psychotherapy. American Psychological Association, Washington DC
- Beutler L (1983) Eclectic Psychotherapy: a Systematic Approach. Pergamon Press, New York
- Beutler LE, Crago M & Arizmendi TG (1978) Research on therapist variables in psychotherapy. in Garfield SL, Bergin AE (eds) Handbook of

- psychotherapy and behavior change. Wiley New York, 3 rd ed. 1978, pp257-310
- Caspar F (1982) Widerstand in der Psychotherapie. in Bastine R, Fiedler PA, Grawe K, Schmidtchen S, Sommer G (Hrsg) Grundbegriffe der Psychotherapie. Edition Psychologie, Weinheim
- Crits-Christoph P, Baranackie K, Kurcias J, et al. (1991) Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research* 1:81-91
- Dührssen, A., & Jorswieck, E. (1962). Zur Korrektur von Eysenck's Berichterstattung über psychoanalytische Behandlungsergebnisse. *Acta Psychotherap*, 10, 329-342.
- Frank J (1961) Persuasion and Healing: A comparative Study of Psychotherapy. The Johns Hopkins Press, Baltimore. dt. (1981) Die Heiler. Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung: vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien. Klett-Cotta, Stuttgart
- Frank J (1962) The role of cognitions in illness and healing. in HH Strupp & L Luborsky (1962) Research in psychotherapy. American Psychological Association, Washington DC
- Freud S (1910d) Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie GW Bd 8,S 103-115
- Freud S (1913c) Zur Einleitung der Behandlung. GW Bd 8, S. 453-478
- Freud S (1916/1917) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW Bd 11
- Freud S (1895d) Studien über Hysterie. GW Bd1 S 75-312
- Garfield S (1982) Psychotherapie. Ein eklektischer Ansatz. Beltz, Weinheim und Basel
- Goldfried MR(1981) Toward the delineation of therapeutic change principles. in MR Goldfried (Ed) Converging themes in the practice of psychotherapy. Springer, New York, S.377-393
- Grawe K (1981) Vergleichende Psychotherapieforschung. in Minsel WR und Scheller R (Hrsg) Brennpunkte der klinischen Psychologie : Psychotherapie.Kösel, München, S149-183
- Grawe K, Donati R, Bernauer (in Vorb.)
- Grawe K, Siegfried J, Bernauer F, Donati R (1988) Qualitätsanalyse der Psychotherapieforschung. *Schw Zsch Psychol*, 46:259-266
- Herron WG (1988) The value of personal psychotherapy for psychotherapists. *Psychol Reports* 62: 175-184
- Holt RR & Luborsky L (1958) Personality patterns of psychiatrists: A study in selection techniques. Vol 1 New York, Basic Books
- Klein H (1965) Psychoanalysts in training: Selection and evaluation. New York, Columbia University College of Physicians and Surgeons, pp 83
- Kernberg OF (1986) Institutional problems of psychoanalytic education. *J Am Psychoanal Ass.*34: 799-834

- Korchin S (1981) Nonspecific factors in psychotherapy. in: C.E. Walker (Ed) Handbook of Clinical Psychology. Dow Jones, Irvine
- Krasner L (1962) The therapist as a social reinforcement machine. in HH Strupp & L Luborsky (1962) Research in psychotherapy. American Psychological Association, Washington DC
- Luborsky L (1976) Helping alliances in psychotherapy . in Claghorn JL (Ed) Successful Psychotherapy . Brunner Mazel , New York.
- Luborsky L (1984) Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. Basic Books, New York; dt. (1988) Einführung in die analytische Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- McNeilly, C. L., & Howard, K. (1991). The effects of psychotherapy: A reevaluation based on dosage. Psychotherapy Research, 1, 74-78.
- Merton R (1972) Die Eigendynamik gesellschaftlicher Voraussagen. in Topitsch E (Hrsg) Logik der Sozialwissenschaft. Kiepenheuer & Witsch, Köln
- Meyer AE (1988) Zur Lage der psychosomatischen Medizin. Vortragsmanuskript
- Parloff MB, Waskow I and Wolfe BE (1978) Research on therapist variables in relation to process and outcome. in S Garfield and AE Bergin (Eds) Handbook of Psychotherapy and behavior Change, Wiley, New York, Chap.7, p. 233-282
- Rogers CR (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. J Consult Psychol 21: 95-103
- Sloane RB, Staples FR, Cristol AH, Yorkston NJ und Whipple K (1981) Analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Enke, Stuttgart
- Strupp H H (1973) Psychotherapy: Clinical, Research and Theoretical Issues. Aronson, New York
- Strupp HH, Binder J (1984) Psychotherapy in a New Key. Basic Books, New York
- Thomä H (1974) Zur Rolle des Psychoanalytikers in psychotherapeutischen Interaktionen. Psyche 28:381-394
- Thomä H, Kächele H (1985) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd 1 "Grundlagen", Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Ticho GR (1971) Selbstanalyse als Ziel der psychoanalytischen Behandlung. Psyche 25:31-43
- Whitehorn JC & Betz BJ (1960) Further studies of the doctor as crucial variable in the outcome of treatment with schizophrenic patients. Am J Psychiat 117: 215-223
- Wittchen H, Fichter M (1980) Psychotherapie in der Bundesrepublik. Materialien und Analysen zur psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung. Beltz, Weinheim; Basel

Prof. Dr. H. Kächele
Abteilung Psychotherapie
Universität Ulm
Am Hochsträß 8
D- 7900 Ulm

¹Der deutsche Titel " Die Heiler" ist deutlich kulturell marketing orientiert

²Dies wird durch einen Blick in die Mitgliederliste der Society for Psychotherapy Research belegt.

³ s.d. besonders Wittchen & Fichter's (1980) großzügige Definition durch wieviel therapeutische Tätigkeit man sich bereits "Psychotherapeut" nennen darf.

⁴Die virtuose Handhabung dieser Methode durch einzelne, dann noch prominente Psychoanalytiker lässt wenig Rückschlüsse auf die Praxisrelevanz der dort, vorwiegend auf Kongressen vermittelten "flashes" zu.