

Die therapeutische Beziehung . . . . .	143
Der Beziehungsaspekt Empathie . . . . .	143
Das „therapeutische Handeln“ in der Gesprächspsychotherapie . . . . .	150
Der Innere Bezugsrahmen des Patienten Interventionsregeln in der Gesprächspsychotherapie . . . . .	154
1.3.4 Typische Probleme bei der Behandlungsdurchführung . . . . .	173
Die Supervision als Bestandteil eines gesprächspsychotherapeutischen Behandlungsplans . . . . .	173
Fünf typische Anlässe für Supervision . . . . .	174
1.3.5 Ziele einer Gesprächspsychotherapie . . . . .	179
Zielebenen . . . . .	180
Die Variation der Therapieziele in Abhängigkeit von der Art der Störung . . . . .	181
Therapieziele und Ethik . . . . .	183
1.3.6 Ergebnisse von Gesprächspsychotherapien . . . . .	184
Überblick über die Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie . . . . .	184
Die Messung des Therapieerfolgs . . . . .	185
Wissenschaftliche Belege der Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie . . . . .	185
1.3.7 Eine persönliche Schlussbemerkung . . . . .	186
Literatur . . . . .	187

## 1.3

### Gesprächspsychotherapie

J. ECKERT

#### Vorbemerkung

In diesem Kapitel wird das von dem amerikanischen Psychologen Carl R. Rogers (1902–1987) begründete psychotherapeutische Verfahren dargestellt, für das sich in Deutschland der nicht sehr glückliche, weil seine Besonderheit nicht kennzeichnende Name „Gesprächspsychotherapie“ eingebürgert hat.

Auch die von Rogers ursprünglich gewählten Bezeichnungen „non-directive therapy“

und „client-centered therapy“ verdeutlichen die von ihm intendierte Unterscheidung von der psychoanalytischen Psychotherapie und der Verhaltenstherapie nur unzureichend. Rogers entwickelte in den 40er Jahren sein psychotherapeutisches Konzept (Rogers 1942, 1951) in deutlicher Abgrenzung von den damaligen theoretischen Hauptströmungen in der klinischen Psychologie und Psychotherapie, von der Psychoanalyse und dem Behaviorismus, v. a. in folgenden grundlegenden Aspekten:

- An der Existenzphilosophie orientiertes philosophisches Menschenbild.
- Phänomenologie als Erkenntnismethode.
- Wahrung des Prinzips der „Sparsamkeit“ bei den theoretischen Postulaten.
- Verzicht auf die Annahme spezifischer biologisch determinierter Vorgänge (Triebtheorie) als Hauptfaktoren in der psychischen Entwicklung von Menschen.
- Aufgabe des psychoanalytischen Strukturmodells, stattdessen Postulat eines im Prinzip offenen psychischen Systems: des Selbst bzw. Selbstkonzepts.
- Primat der dem Menschen innewohnenden Entwicklungstendenz („Aktualisierungstendenz“ und „Selbstaktualisierungstendenz“) gegenüber (von außen systematisch) angeleiteten Lernprozessen.

Diese Aspekte bilden die Grundlage für ein Verständnis von Psychotherapie und für psychotherapeutisches Handeln, das sich sehr wesentlich vom Verständnis und vom therapeutischen Vorgehen anderer therapeutischer Verfahren unterscheidet und zu einer entsprechend spezifischen Therapeut-Patient-Beziehung und -Interaktion führt.

Das bedeutet jedoch nicht, dass es keine Übereinstimmungen zwischen Gesprächspsychotherapie und den anderen psychotherapeutischen Verfahren gäbe. Diese sind am deutlichsten in den Zielen der psychotherapeutischen Behandlung. Nur der Weg, den die Gesprächspsychotherapie zur Erreichung dieser Ziele einschlägt, ist ein unverwechselbar anderer als der, den Psychoanalyse, tiefenpsychologisch orientierte bzw. fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie beschreiten.

Die nachfolgende Darstellung der Gesprächspsychotherapie soll auch verdeutlichen, dass dieser Weg weder für alle Patienten noch für alle Psychotherapeuten gleich gut begehbar ist. Diesen Umstand herauszustellen ist u. a. deshalb wichtig, weil in der Gesprächspsychotherapie der „Weg“ den Vorzug vor dem „Ziel“ hat. Der Weg der Gesprächspsychotherapie ist dadurch gekennzeichnet, dass im Fokus des therapeutischen Wahrnehmens und Handelns das Erleben des Patienten und seine Bewertung dieses Erlebens stehen, d. h. die Wahrnehmung ist primär weder konflikt- noch primär symptomzentriert.

Das Kapitel konzentriert sich auf die Darstellung der Grundlagen der Gesprächspsychotherapie und des gesprächspsychotherapeutischen Handelns. Allgemeinere Gesetzmäßigkeiten des psychotherapeutischen Prozesses und allgemeinere, d. h. nicht gesprächspsychotherapiespezifische Prinzipien des psychotherapeutischen Handelns werden in diesem Kapitel nicht behandelt. Sie finden sich in den Darstellungen der anderen Verfahren und in den speziellen Kapiteln, z. B. Kap. 12 „psychotherapeutischer Umgang mit suizidalen Patienten“ oder Kap. 15 „Krisen und Krisenintervention, Kurzpsychotherapie“.

Einige auch für Gesprächspsychotherapien wichtige Aspekte der Psychotherapie werden im Kap. 1.1 „Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie“ behandelt und deshalb im vorliegenden Kapitel nicht erneut aufgegriffen. Das betrifft v. a. folgende Themen:

- Krisen in der Therapie, die eine (zeitweilige) Modifikation des therapeutischen Vorgehens erforderlich machen (s. Abschn. „Eklektische Interventionsmöglichkeiten“),
- Möglichkeiten der Einbeziehung Dritter in eine Einzeltherapie und
- Beendigung der Therapie.

Der Autor dieses Kapitels geht davon aus, dass die Entscheidung für eine Ausbildung in einem bestimmten Therapieverfahren nicht zufällig erfolgt bzw. erfolgen sollte. Therapeuten brauchen eine therapeutische Identität, und die ist umso eher gewährleistet, je mehr ihre eigenen persönlichen Überzeugungen und Werthaltungen mit dem philosophischen Men-

schenbild, das einem Therapieverfahren zugrunde liegt, übereinstimmen. Im Allgemeinen Modell der Psychotherapie (s. Kap. 7.2) wird dieser Umstand als notwendige „Passung zwischen Behandlungsmodell und Therapeut“ bezeichnet. Ein wesentlicher Bestandteil eines Behandlungsmodells ist die Art und Weise, wie die therapeutische Beziehung gestaltet wird. Sollte der Leser nach der Lektüre dieses Kapitels eine erste Entscheidung darüber treffen können, ob das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot eines ist, das ihm eher „fremd“ oder eher „nahe“ ist, dann ist ein wesentliches Lernziel dieses Kapitels erreicht.

### 1.3.1

#### Theoretische Grundannahmen des klientenzentrierten Konzepts und der Gesprächspsychotherapie

In der konkreten Umsetzung der Behandlungsregeln eines psychotherapeutischen Verfahrens kommen die ihm zugrunde liegenden theoretischen Annahmen, v. a. grundlegende Überzeugungen über das Wesen und Sein des Menschen zum Tragen, die den therapeutischen Kontakt und das Therapieergebnis maßgeblich mitgestalten.

#### BEISPIEL

Ein Patient mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung berichtet seinem Therapeuten von seiner Wut und deren pathologischem Ausmaß: „Ich habe Angst davor. Entweder werde ich verrückt oder ich bringe sie (die Partnerin) um.“ Der Therapeut, der diese Wut (z. B. sensu Kernberg 1978) auffasst als Ausdruck einer ungewöhnlich intensiven und deshalb nicht phasenadäquat bewältigten prägenitalen Aggression, wird darauf anders reagieren als ein Therapeut, der diese Wut als Reaktion auf einen psychischen Schmerz versteht, die ihre Brisanz dadurch erhält, daß Wütendsein für einen Borderlinepatienten eine Bedrohung der psychischen Existenz bedeutet, weil Wütendsein gleichbedeutend mit Bösessein ist. Der eine Therapeut wird die Angst des Patienten für realistisch halten, der andere Therapeut die Angst als ein Signal auffassen, das sich bei

Erfahrungen einstellt, die nicht mit dem Selbstkonzept eines Menschen zu vereinbaren sind (vgl. Eckert 1994).

Die Therapietheorie und damit die Praxis des Therapeuten sind also mehr oder weniger eng verknüpft mit den jeweiligen Annahmen über die Natur des Menschen, dem sog. Menschenbild, und mit den jeweiligen Theorien über die Entwicklung des Menschen, die Persönlichkeit und deren Struktur und den Annahmen über die Entstehung von psychischen Störungen bzw. Krankheiten.

Da ein auf die therapeutische Praxis zugeschnittenes Lehrbuch die Grundannahmen nur im Abriss darstellen kann und im übrigen auf die entsprechende Literatur verweisen muss, ist auf folgenden Zusammenhang zwischen Theorie und Praxis hinzuweisen:

! Fundiertes therapeutisches Handeln setzt eine gründliche Kenntnis dieser Grundannahmen voraus, und es gibt viele Belege dafür, dass therapeutisches Handeln erst dann hilfreich ist, wenn sich der Psychotherapeut mit den Grundannahmen seiner Methode identifizieren kann (vgl. Eckert u. Biermann-Ratjen 1990).

Im folgenden wird der Begriff „klientenzentriertes Konzept“ als Oberbegriff gebraucht, der das Menschenbild und die grundlegenden Theorien mit einschließt, und von „Gesprächspsychotherapie“ gesprochen, wenn das therapeutische Verfahren gemeint ist.

### Der philosophische Hintergrund

Das klientenzentrierte Konzept wird dem sog. humanistischen Ansatz zugeordnet. Die verschiedenen Therapieverfahren und psychologischen Strömungen, die sich unter diesem Begriff versammeln, verstanden sich selbst als die „Dritte Kraft“ neben der Psychoanalyse und dem Behaviorismus (vgl. Kriz 1985).

! Carl Rogers, der Begründer der Gesprächspsychotherapie, vertritt eine phänomeno-

logisch-existentielle Grundposition. Er bezieht sich ausdrücklich auf den amerikanischen Philosophen und Pädagogen John Dewey, auf den dänischen Theologen und Existenzphilosophen Søren Kierkegaard und den jüdischen Religionsphilosophen Martin Buber.

Rogers (1983 b, S. 21) sieht sich z. B. in Übereinstimmung mit Bubers Ausführungen zum taoistischen Prinzip des „wu-wei“:

In das Leben der Dinge eingreifen bedeutet, ihnen wie sich selbst Schaden zuzufügen... Der vollendete Mensch greift nicht in das Leben der Wesen ein, er erlegt sich ihnen nicht auf, sondern er „verhilft allen Dingen zu ihrer Freiheit“ (Laotse).

Rogers' phänomenologische Position wird u. a. deutlich in den beiden ersten von neunzehn Thesen seines ersten Entwurfs zu einer Theorie der Persönlichkeit (Rogers 1973 a/1951):

- Jedes Individuum existiert in einer ständig sich ändernden Welt der Erfahrung, deren Mittelpunkt es ist (S. 418).
- Der Organismus reagiert auf das Feld, wie es erfahren und wahrgenommen wird. Dieses Wahrnehmungsfeld ist für das Individuum „Realität“ (S. 419).

Im Hinblick auf den therapeutischen Prozess verdeutlicht Rogers seine phänomenologische Position mit folgendem Zitat:

Wir können Psychotherapie vom phänomenologischen Standpunkt aus definieren als: die Vermittlung von Erfahrung, durch die das Individuum befähigt wird, angemessenere Differenzierungen des phänomenalen Selbst und seiner Beziehung zur äußeren Wirklichkeit vorzunehmen. Wenn solche Differenzierungen vorgenommen werden können, dann erleidet das Bedürfnis des Individuums nach Erhaltung und Erhöhung des phänomenalen Selbst alles übrige (Snygg u. Combs, zit. nach Rogers 1973 a, S. 143).

### Die wissenschaftliche Position Carl Rogers'

Die phänomenologische Position legt eigentlich einen idiographischen Forschungsansatz nahe, der der Einzigartigkeit des Individuums Rechnung trägt. Tatsächlich vertrat Rogers aber die Auffassung, dass es erforderlich sei,

Psychotherapie mit den klassischen empirisch-experimentellen Methoden zu erforschen, d. h. er wendete den nomothetischen Ansatz an. Er ließ bereits um 1940 Tonaufzeichnungen von Therapiegesprächen machen, nicht nur zu Ausbildungszwecken, sondern auch, um mit Hilfe von empirisch-statistischen Prozeduren Gesetzmäßigkeiten zu entdecken. Eindrucksvolle Beispiele dieser Arbeit finden sich in seinem Buch „Die klient-bezogene Gesprächstherapie“ (1973a). Rogers ist einer der Begründer der empirischen Psychotherapieforschung.

### Die wichtigsten Grundannahmen zur Entwicklung der Person

Das klientenzentrierte Konzept ist sparsam mit seinen Grundannahmen, und die auf diesen Annahmen aufbauende Entwicklungs- und Störungstheorie ist vergleichsweise wenig elaboriert. Das wird ihm manchmal zum Vorwurf gemacht: die theoretische Basis sei zu dürftig und zu simpel. Auf der anderen Seite ist darauf hinzuweisen, dass unter wissenschaftstheoretischen Gesichtspunkten die Güte einer Theorie u. a. daran gemessen wird, mit wie wenigen Axiomen sie auskommt.

- **Entwicklungsaxiom: Aktualisierungstendenz**

Im theoretischen System des klientenzentrierten Konzepts wird ein einziges Entwicklungsprinzip (vgl. Höger 1993) als Axiom vorausgesetzt: die Aktualisierungstendenz.

Die Aktualisierungstendenz

ist die dem Organismus als Ganzem innewohnende Tendenz, alle seine Möglichkeiten in einer Art und Weise zu entwickeln, dass sie den Organismus als Ganzen erhalten und fördern (Rogers 1959, S. 196).

- **Strukturaxiom: Organismus als Bewertungsinstanz**

Der Organismus als Ganzer bewertet jede seiner Erfahrungen im Hinblick darauf, ob sie der Erhaltung und Förderung des Organismus dienlich ist oder nicht. Jede Erfahrung enthält also eine Bewertung ihrer selbst. Unter dem Stichwort „Selbstorganisation von Organismen“ wird heute in den modernen Naturwissenschaften und der Biologie davon ausgegangen, dass Organismen ein „autopoietisches System“ darstellen, d. h.

... ein System, das zirkulär die Komponenten produziert, aus denen es besteht, das sich also über die Herstellung seiner Bestandteile selbst herstellt und erhält (Roth 1987, zit. nach Höger 1993, S. 21).

Ein autopoietisches System zeichnet sich u. a. dadurch aus, dass es durch äußere Ereignisse zwar modulierbar, nicht jedoch steuerbar ist. Verschiedene Autoren haben herausgearbeitet, dass diese Gesetzmäßigkeiten auch sehr gut in Einklang zu bringen sind mit Rogers' (1957) Ausführungen über die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Veränderungen durch Psychotherapie (z. B. Kriz 1989, Höger 1993).

- **Entwicklungsaxiom: Selbstaktualisierungstendenz**

Zum Entwicklungsbestreben des Organismus als Ganzem, zur Aktualisierungstendenz also, gehört es, Teile seines Erlebens zu symbolisieren, d. h. ihrer gewahr zu werden, sich ihrer bewusst zu werden, sich selbst zu erfahren und aus einem Teil des Erfahrens des eigenen Seins und Handelns Selbsterfahrungen zu machen. Dieser Teil der Aktualisierungstendenz ist die Selbstaktualisierungstendenz (Rogers 1959, S. 196).

- **Definition: Erfahrungen**

Erfahrungen im Sinne des klientenzentrierten Konzepts sind die Teile des Erlebens des Organismus als Ganzem, die in einem gegebenen Moment bewusst werden könnten. Erfahrung ist ein psychologischer Begriff. Der Prozess, in dem Erfahrung bewusst wird, ist der Symbolisierungsprozess (Rogers 1959, S. 198). Gewahrwerden, Symbolisierung und Bewusstwerden sind Synonyme.

- **Definition: Symbolisierungsprozess**

Der Symbolisierungsprozess ist ein Prozess, in dem Körperempfindungen, Vorstellungen, Gefühle, Gedanken und Worte auftreten, die aufeinander bezogen sind, sich gegenseitig Ausdruck

und vor allem Sinn verleihen. Der erfolgreiche Abschluss eines Symbolisierungsprozesses, der Abschluss der Entwicklung des „felt sense“, geht mit einer deutlichen, auch körperlich spürbaren Entspannung einher.

Erfahrung wird also bewusst in Körperempfindungen, Vorstellungen, Gefühlen, Gedanken und Worten, und vollständig bewusste Erfahrung ist auch „sinnvolle“ Erfahrung („felt sense“ heißt auch „gefühlter Sinn“; vgl. Gendlin 1978, 1981).

Mehr oder weniger bewusste Erfahrung ist mehr oder weniger vollständig symbolisierte Erfahrung, das heißt auch: mehr oder weniger abgewehrte Erfahrung. Es wird immer nur ein Teil der Erfahrungen des Organismus als Ganzem symbolisiert. Erfahrungen, die der Erhaltung und Förderung des Organismus als Ganzem dienen, werden dabei unterschieden von Erfahrungen der Bedrohung und Hemmung.

- **Entwicklungsaxiom: Selbsterfahrungen und Selbstkonzept**

Aus Erfahrungen können der Selbstaktualisierungstendenz (s. oben) entsprechend Erfahrungen der Art „Ich bin einer, der ...“, also Selbsterfahrungen werden. Zum Beispiel kann aus der bewussten Erfahrung: „Ich sehe eine Blume“ die Selbsterfahrung werden: „Ich erlebe, dass ich eine Blume sehe“.

Aus den Selbsterfahrungen bildet sich eine Struktur, das Selbstkonzept (Synonyme sind: Selbst, Selbstbild, Selbststruktur).

Das Selbstkonzept entwickelt sich in Interaktionen mit der Umwelt – genauer: aus dem sich selbst in der Interaktion mit der Umwelt Erfahren – v. a. in Interaktionen mit anderen Menschen zu einem wahrnehmbaren Objekt im eigenen Erfahrungsfeld (Rogers 1959, S. 200).

Die Reformulierung und Weiterentwicklung der Selbsttheorie von Rogers, v. a. durch Biermann-Ratjen (1993, vgl. auch Biermann-Ratjen et al. 1995, S. 78–100) und Swildens (1993) erfolgt unter Berücksichtigung der Ergebnisse der neueren Entwicklungsforschung (z. B. Stern 1992). Dabei wird die Rolle betont, die die Interaktionen und der Affekt bei der psychischen Entwicklung spielen. Es wird angenommen, dass sich das Selbstgefühl in Interaktionen entwickelt, die in der Form von Episoden erlebt, gespeichert und generalisiert werden:

Selbst, Objekt, die Art der Interaktion und die Situation werden zusammen mit den beteiligten Affekten zu Bestandteilen der Erinnerung. Diese Erinnerungen können um jedes ihrer Elemente jeweils neu gruppiert und mit anderen Erinnerungen zusammengeschlossen werden (Bohleber 1992, S. 362).

- **Strukturaxiom: Selbstbehauptungstendenz**

Die Aktualisierungstendenz drückt sich auch in dem Bestreben aus, den Teil der Erfahrung des Organismus als Ganzem, der im Selbst symbolisiert ist, aufrechtzuerhalten. Das heißt, der Organismus als Ganzes bewertet Erfahrungen auch im Hinblick darauf, ob sie der Aufrechterhaltung des Selbstkonzepts dienlich sind.

Dieser Bewertungsprozess kann zu einer Spaltung in der Aktualisierungstendenz (Rogers u. Wood 1987, S. 142) führen: Das Bestreben, das Selbstbild zu entwickeln, kann kollidieren mit dem Bestreben, das Selbstkonzept aufrechtzuerhalten: mit der Selbstbehauptungstendenz.

Selbstaktualisierungstendenz und Selbstbehauptungstendenz sind Teile der Aktualisierungstendenz.

- **Strukturaxiom: Abwehr**

Die Abwehr ist Ausdruck der Selbstbehauptungstendenz. Erfahrungen, die der Aufrechterhaltung des Selbstkonzepts nicht dienlich sind, werden abgewehrt. Wenn sie dem Bewusstsein nicht vollständig vorenthalten werden – das ist eine Form der Abwehr –, dann werden sie in einer Art und Weise symbolisiert, in der sie nicht als Selbsterfahrungen identifiziert, verstanden oder akzeptiert werden.

- **Entwicklungsaxiom: „Need for positive regard“ (Bedürfnis nach Anerkennung)**

Im theoretischen System des klientenzentrierten Konzepts wird nur ein übergeordnetes Bedürfnis angenommen: „need for positive regard“. Seine Befriedigung ist eine wesentliche Vor-

aussetzung für eine gesunde psychische Entwicklung. Die Nichtbefriedigung dieses Bedürfnisses kann bei Babies die Konsequenz haben, dass sie sterben (Spitz 1945). Seine Bedeutung für die gesunde psychische Entwicklung des Menschen betonen auch die Bindungstheorie (Bowlby 1975) und die empirische Forschung, die im Zusammenhang mit der Entwicklung dieser Theorie erfolgt ist. „Need for positive regard“ bedeutet: im eigenen Erleben gesehen werden wollen, beachtet werden wollen, verstanden werden wollen, als lebenswertes und liebenswertes, nicht mit anderen zu verwechselndes, mit sich selbst identisches Individuum.

- **Entwicklungssaxiom: Bedürfnis nach Anerkennung und Selbstkonzeptentwicklung**

Erfahrungen, die mit dem Bedürfnis nach „positive regard“ verbunden sind, können nur dann Selbsterfahrungen werden und in das Selbstkonzept integriert werden, wenn sie von einem kongruenten wichtigen Anderen empathisch verstanden und unbedingt wertgeschätzt werden.

In dieser Annahme spiegeln sich wesentliche Aspekte des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebots: Kongruenz, unbedingte Wertschätzung bzw. Bedingungsfreie Anerkennung und Empathie.

- **Definition: Inkongruenz**

Inkongruenz ist ein Zustand, in dem die gesamtorganismische Bewertung, dass diese Erfahrung der Erhaltung und Förderung des Organismus als Ganzem dienlich ist, nicht übereinstimmt mit der Bewertung dieser Erfahrung als bedrohlich für das Selbst. Es kollidieren also Selbstaktualisierungstendenz und Selbstbehauptungstendenz (vgl. das Strukturaxiom: Selbstbehauptungstendenz).

### 1.3.2

#### Theorie und Praxis des Erstinterviews

##### Ziele eines Erstinterviews

Ein Erstinterview – manchmal auch Indikationsgespräch genannt – dient vorrangig der Klärung folgender Fragen:

- Ist für einen bestimmten Patienten Psychotherapie die Behandlung der Wahl, d.h. ist eine Psychotherapie indiziert (Diagnostik und Indikation)?
- Ist eine Gesprächspsychotherapie indiziert und mit welchen Erfolgsaussichten (Prognose)?
- Sollte eine Gesprächspsychotherapie indiziert sein, welches ist dann das angemessene Setting: Einzeltherapie, Gruppe, Paartherapie? Sollte die Therapie ambulant oder stationär durchgeführt werden?
- Welcher zeitliche Rahmen ist angemessen? Genügt eine limitierte Kurzzeittherapie, oder sollte von einem üblichen Zeitaufwand für eine Gesprächspsychotherapie ausgegangen werden,

z. B. 70 Sitzungen verteilt auf zwei Jahre für eine Einzelbehandlung?

- Ist zwar eine Psychotherapie indiziert, nicht jedoch eine Gesprächspsychotherapie: Welches andere Therapieverfahren scheint für diesen Patienten geeignet zu sein (differentielle Indikation)?
- Ist eine Psychotherapie nicht indiziert: Welche anderen Formen von Hilfe sind für diesen Patienten denkbar?

Diese Fragen sind immer auch diagnostische. Ein Erstinterview dient somit stets zwei Zielen, nämlich den Feststellungen:

- Welche psychische Störung weist ein Patient auf?
- Ist Psychotherapie eine für diesen Patienten erfolversprechende Behandlung?

Bevor auf die Fragen im einzelnen eingegangen wird, soll auf die Beschränkungen hingewiesen werden, denen Indikationsentscheidungen unterliegen. Sie gelten nicht nur für Indikationsstellungen im Rahmen von Ge-

sprächspsychotherapie, sondern auch bezüglich der meisten anderen psychotherapeutischen Verfahren.

### Indikationsbeschränkungen

Die für eine Indikationsstellung zu beantwortenden Fragen sind sehr viel präziser als die Antworten, die wir in der Regel darauf nach einem Erstinterview geben können. Das liegt v. a. daran, dass das Wissen, das wir benötigen, um diese Fragen genau und valide beantworten zu können, nicht vorliegt oder nicht ausreichend gesichert ist.

Die Regeln, die bei der Beantwortung der Fragen zur Anwendung kommen, sind eine Mischung aus klinischer Erfahrung, theoretischen Überlegungen und empirischem Wissen.

Auch wenn für einen Patienten eine „ideale“ Indikation gefunden werden kann, z. B. eine ambulante gesprächspsychotherapeutische Gruppentherapie, dann ist damit ja noch nicht sichergestellt, dass so ein Gruppenplatz in absehbarer Zeit bei einem Psychotherapeuten verfügbar ist, dass der Patient mit dieser Empfehlung mit dem Therapeuten, der einen solchen Platz frei hat, zurechtkommt und dass er in die konkrete Gruppe, in die er aufgenommen werden soll, „hineinpasst“. Mit anderen Worten:

! Die sog. Rahmenbedingungen, v. a. die Verfügbarkeit von bestimmten Therapieplätzen, spielen in der Realität bei der konkreten Indikationsempfehlung letztlich eine große Rolle, und eine konkrete Indikationsempfehlung unterscheidet sich häufig erheblich von der Idealindikation.

In der Praxis beschränkt sich die Indikationsstellung meistens auf die Beantwortung der Frage: Ist eine Psychotherapie indiziert oder nicht? Das heißt, dass in der Praxis die Indikationsfrage auf die Frage der Nicht- oder Kontraindikation beschränkt bleibt.

**Definition** Unter Nichtindikation wird in diesem Zusammenhang gemeint: Eine Psychotherapie wird an dem Problem bzw. der Symptomatik des Patienten nichts ändern und

ihm auch insgesamt nichts nützen, und unter Kontraindikation wird verstanden: Eine Psychotherapie könnte dem Patienten auch schaden.

Die Schäden, die durch eine Psychotherapie hervorgerufen oder ausgelöst werden können, sind v. a.:

- Suizidalität, die in einem Suizid mündet,
- eine psychotische Dekompensation, die irreversibel ist oder
- Handlungen, die durch die Therapie induziert werden und tragende soziale Gefüge zerstören.

Die Reduktion der Indikationsfrage auf eine positive bzw. negative Indikationsstellung klammert im Falle der positiven Entscheidung die Frage nach der Prognose aus. Die Beantwortung dieser Frage überlassen Psychotherapeuten – mit guten Gründen – gern dem tatsächlichen Verlauf der Therapie. Bei kassenfinanzierten Psychotherapien wagen Therapeuten gezwungenermaßen eine Prognose bereits nach drei bis fünf probatorischen Sitzungen, häufig jedoch sind sie auch zu diesem Zeitpunkt mit der Prognose des Gesamtverlaufs und des zu erwartenden Therapieergebnisses für den konkreten Patienten eher zurückhaltend. Größere Sicherheit bezüglich der Prognose haben sie aber oft zu dem Zeitpunkt gewonnen, an dem sie einen Verlängerungsantrag für ihren Patienten stellen und begründen müssen.

Die manchmal – in der Vergangenheit häufig von Gesprächspsychotherapeuten – aufgeworfene Frage, ob denn eine Indikationsstellung, inklusive der damit einhergehenden diagnostischen Überlegungen angesichts der großen Unsicherheit, mit der Indikationsentscheidungen und v. a. prognostische Aussagen belastet sind, überhaupt sinnvoll sei, ist mit einem klaren Ja zu beantworten.

Die Notwendigkeit einer Indikationsstellung ergibt sich schon aus den oben genannten Gründen, die eine Psychotherapie kontraindiziert sein lassen. Aber auch eine Therapie, die zwar nicht schadet, aber auch nicht hilft, kann sich schädlich auswirken. Sie kann bei einem Patienten zu der ihn zusätzlich belastenden

Erfahrung führen: Ich bin ein unbehandelbarer psychisch kranker Mensch.

Eine Indikationsstellung sollte immer im Dienste des Wohles des Patienten stehen. Das klingt zwar wie eine Selbstverständlichkeit, die sie aber in der Praxis nicht immer ist. Therapeuten neigen manchmal durchaus dazu, sich solche Patienten auszuwählen, die ihren eigenen inneren Bedürfnissen entsprechen und sind dann weniger daran orientiert, was dem Patienten gut täte.

Weitere Probleme dieser Art sind im Kap. 18 unter dem Gesichtspunkt der Ethik in der Psychotherapie ausgeführt.

## Diagnose, Diagnostik und Indikationsstellung

### ■ Wann ist eine Psychotherapie indiziert?

**!** Allgemein gilt: Eine Psychotherapie im engeren Sinne ist dann angezeigt, wenn die Störung des Patienten (auch) einen psychischen Ursprung hat und eine psychotherapeutische Behandlung mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit dazu beitragen kann, eine positive Veränderung der Störung selbst oder der mit ihr zusammenhängenden Befindlichkeit (Leiden) zu bewirken. Psychotherapie bzw. psychotherapeutisch orientiertes Handeln ist auch dann angezeigt, wenn die psychischen Beschwerden eine Reaktion auf eine organische Erkrankung (vgl. Kap. 10) oder ein belastendes Ereignis (vgl. Kap. 15) darstellen.

Zu beantworten sind also bei diesem ersten Schritt drei Fragen:

- ?**
- Welche Kriterien sprechen für eine positive Indikationsstellung?
  - Welche Bedingungen schränken die Indikation ein, d. h. wann ist eine Psychotherapie nicht indiziert?
  - Welche Kriterien lassen eine Psychotherapie kontraindiziert erscheinen, weil eine Verschlechterung zu erwarten ist bzw. der Patient durch die Psychotherapie Schaden nehmen könnte?

**■ Welche diagnostischen Kriterien sprechen für eine positive Indikationsstellung?** Ob eine psychische Störung vorliegt, kann in einem ersten Schritt durch die Erhebung einer formalen Diagnose gemäß ICD-10 oder DSM-IV festgestellt werden. Die Diagnosen bzw. Störungen, die als psychotherapieindikativ angesehen werden, wurden in die sog. Psychotherapierichtlinien aufgenommen.

Es handelt sich dabei um folgende Störungen:

### Anwendungsbereiche für Psychotherapie

in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapierichtlinien in der Neufassung vom 3. Juli 1987, in der geänderten Fassung vom 11. Dezember 1998)<sup>a</sup>

Auszug aus Abschnitt D:

1. Psychoneurotische Störungen (z. B. Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen, Konversionsneurosen).
2. Vegetativ-funktionelle Störungen und psychosomatische Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie.
3. Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation kann Psychotherapie angewendet werden, wenn psychodynamische Faktoren wesentlich Anteil an einer seelischen Behinderung oder an deren Auswirkung haben und mit ihrer Hilfe eine Eingliederung in Arbeit, Beruf und/oder Gesellschaft möglichst auf Dauer erreicht werden kann. Indikationen hierfür können nur sein:
  - 3.1 Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung.
  - 3.2 Seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen und/oder Missbildungen stehen.
  - 3.3 Seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet.