

Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Martin R. Textor

In: Georg Hörmann/ Martin R. Textor (Hrsg.): Praxis der Psychotherapie: Fünf Therapierichtungen in Fallbeispielen. Opladen: Westdeutscher Verlag 1992, S. 255-270

Mit dem Begriff "Psychotherapie" bezeichnen wir einen weiten, kaum begrenzten, aber vielfältig strukturierten Bereich psychologischer Interventionsprozesse. Im Mittelpunkt stehen die intime zwischenmenschliche Beziehung und der intensive verbale Austausch zwischen einem hilfsbedürftigen Klienten und einem hilfsbereiten Therapeuten. Ihre Beziehung beruht auf Vertrauen (Vertraulichkeit) und ist durch starke Gefühle geprägt. Sie ist tiefer und enger als gewöhnliche Freundschaften, ist jedoch zeitlich begrenzt, auf Behandlungsstunden von geregelter Dauer beschränkt und an einen gleichbleibenden Ort gebunden. Auch ist die Beziehung auf bestimmte Inhalte festgelegt und umfaßt mehr oder weniger genau definierte Rollenerwartungen und Verhaltensweisen.

Der Klient leidet zumeist unter Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatischen Erkrankungen, Suchtkrankheiten, Verhaltensstörungen oder interpersonellen Konflikten. Im Verlauf der Psychotherapie muß er sehr persönliche Dinge darlegen, sich selbst erforschen, das eigene Ich offenbaren sowie sich mit bedeutenden Situationen in Vergangenheit und Gegenwart auseinandersetzen. Für ihn ist Psychotherapie konzentrierte Arbeit an sich selbst - ein Lern- und Umlernprozeß, an dessen Ende Selbsterkenntnis, Problemlösung, Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderung sowie Liebes- und Arbeitsfähigkeit stehen sollten.

Der Therapeut ist zumeist durch seine Ausbildung, eine mehrjährige (berufsbegleitende) Zusatzausbildung in einem oder mehreren Therapieansätzen sowie durch seine langjährige Erfahrung für seine berufliche Tätigkeit qualifiziert. Er stellt eine "therapeutische" Beziehung zum Klienten her, erfaßt mit Hilfe diagnostischer Verfahren dessen Probleme, legt die Behandlungsziele (mit ihm zusammen) fest und setzt bestimmte Therapietechniken sowie die

eigene Persönlichkeit ein, um Veränderungen im Verhalten und Erleben des Klienten zu erzeugen. Für den Therapeuten ist Psychotherapie ein intensiver "Erziehungsprozeß", in dessen Verlauf er sich ebenfalls verändert und tiefgehende Erfahrungen macht (siehe z.B. Müllers Beitrag in diesem Sammelband). Um Erfolg zu haben, muß sein "Verhalten von einer gewissen Vorstellung geleitet werden, was am Klientenverhalten ungesund ist, wie persönlich integrierte oder gesunde Menschen in Beziehungen funktionieren und wie Therapeuten handeln sollten, um einen Wandel im Verhalten eines Klienten vom Dysfunktionalen und Ungesunden zum Funktionalen und Gesunden zu erleichtern" (Strong 1984, S. 18).

Unterschiede zwischen Therapieansätzen

Nach dieser recht formalen Definition (Textor 1987) scheint "Psychotherapie" ein ziemlich einheitliches Phänomen zu sein. Aber schon ein flüchtiger Blick auf die Regale einer Bibliothek oder Buchhandlung zeigt, daß es eine kaum überschaubare Zahl von "Psychotherapien" gibt. So wurden z.B. in einem bereits vor einem Jahrzehnt erschienenen Sammelband (Herink 1980) mehr als 250 bekannte Therapieansätze vorgestellt. Selbst wenn man viele Ansätze zu "Schulen" der Psychotherapie zusammenfaßt (z.B. Tiefenpsychologie, humanistische Psychotherapie oder Verhaltenstherapie) oder beispielsweise ihrer schwerpunktmäßigen Zentrierung entsprechend klassifiziert (z.B. einsichts-, gefühls-, verhaltens- oder körperorientierte Ansätze), bleibt der Eindruck einer großen Vielfalt oder - negativ gewendet - einer Zersplitterung im Bereich der Psychotherapie. Dieses wirkt nicht nur auf "Laien" (Beratungsbedürftige) verwirrend, sondern auch auf Fachleute im Sozialbereich.

Die Unterschiede zwischen den einzelnen Therapieansätzen erstrecken sich über alle Ebenen der Theoriebildung und therapeutischen Praxis: (1) die Vorstellungen von dem Menschen und seiner Welt, von der Struktur der Psyche und der Persönlichkeit sowie über das Verhalten, Erleben und Lernen, (2) die Vorstellungen über psychische und interpersonale Gesundheit, aus denen auch die Therapieziele abgeleitet werden, (3) die Vorstellungen über intrapersonale bzw. zwischenmenschliche Pathologie und deren Ursachen sowie (4) die Behandlungsziele, die diagnostischen Verfahren, die Art der angestrebten "therapeutischen" Beziehung, die Rolle des Psychotherapeuten, die Strategien und

die Therapietechniken (Beitman 1983; Michels 1984; Goldfried und Newman 1986). Betrachtet man allein die in diesem Sammelband vorgestellten fünf Therapieansätze - welche die wohl am weitesten verbreiteten Schulen der Psychotherapie repräsentieren -, so fällt auf, daß z.B. bei der Psychoanalyse das Unbewußte, bei der Individualpsychologie der Lebensstil, bei der Verhaltenstherapie das beobachtbare Verhalten und kognitive Prozesse, bei der Klientenzentrierten Psychotherapie das Selbstkonzept und das Erleben und bei der Gestalttheoretischen Psychotherapie die phänomenalen Welten der Individuen im Mittelpunkt des Denkens stehen. Psychopathologie wird beispielsweise durch folgende Mechanismen zu erklären versucht: innere Konflikte in Verbindung mit einem zu starken Gebrauch von Abwehrmechanismen (Psychoanalyse), Minderwertigkeitsgefühle und Überkompensation (Individualpsychologie), unerwünschte Lernprozesse (Verhaltenstherapie), Widersprüche zwischen Selbstkonzept, Erfahrungen und organismischer Tendenz (Klientenzentrierte Psychotherapie) oder verzerrte Ordnungen im psychologischen Feld (Gestalttheoretische Psychotherapie). Und in der Therapie werden z.B. freie Assoziation, Interpretation und Übertragungsanalyse (Psychoanalyse), das Erfassen, Verstehen und Verändern des Lebensstils des Klienten (Individualpsychologie), das Verlernen unerwünschter und Neulernen erwünschter Denk- und Verhaltensweisen (Verhaltenstherapie), die Qualität der therapeutischen Beziehung und die Reorganisation des Selbstkonzepts (Klientenzentrierte Psychotherapie) und die Entwicklung einer angemessenen und sachlichen Ordnung der inneren Welt (Gestalttheoretische Psychotherapie) betont. Schon diese Andeutungen lassen erkennen, wie ausgeprägt die Unterschiede zwischen den theoretischen Konzeptionen der Therapieansätze sind. Und so ist es nicht verwunderlich, daß sich die Anhänger verschiedener Schulen der Psychotherapie oft bitterlich befehlen.

Woraus resultiert diese Vielzahl, diese Unmenge an Therapieansätzen? Zum einen spielen sicherlich Faktoren eine Rolle, die in der Person des Begründers bzw. Vertreters eines Therapieansatzes liegen. So prägen beispielsweise seine Lebensgeschichte (macht er z.B. für seine Probleme frühkindliche Erfahrungen, die Erziehung seiner Eltern oder gegenwärtige Umstände verantwortlich?), sein Menschenbild (sieht er z.B. den Menschen als durch unbewußte Kräfte, durch Emotionen oder durch den Verstand gelenkt?), seine Werte (strebt er z.B. nach absoluter Ehrlichkeit oder glaubt er, andere Menschen "zu

deren Besten" manipulieren zu dürfen?) und seine Persönlichkeit (reagiert er z.B. anderen Menschen gegenüber eher impulsiv und warmherzig oder eher gehemmt und distanziert?) sein therapeutisches Denken und Handeln. Zum anderen resultiert die Vielzahl von Therapieansätzen aus der Komplexität menschlichen Lebens, der sozialen Umwelt und der Therapiesituation. Der Therapeut ist mit solchen Ummengen an Eindrücken, Gefühlen, Informationen, Daten usw. konfrontiert, daß er nur einen Bruchteil bewußt wahrnehmen, durchdenken und in seinen Handlungsplan einbeziehen kann. Da eine willkürliche Auswahl wenig sinnvoll ist, konzentriert er sich auf bestimmte Kategorien intrapsychischen und interpersonalen Funktionierens - also z.B. auf das Unbewußte (Psychoanalyse), das beobachtbare Verhalten (Verhaltenstherapie) oder das momentane Erleben (Klientenzentrierte Psychotherapie). Diese Schwerpunktsetzung erfolgt also anhand des von dem jeweiligen Therapeuten entwickelten bzw. erlernten Therapieansatzes, den man somit am besten als "Leitfaden" durch komplexe Situationen charakterisieren kann (Textor 1983, 1985).

Die angedeutete Beschränkung auf bestimmte Elemente und Aspekte des Intrapersonalen und Zwischenmenschlichen hat natürlich bestimmte Folgen: Konzentriert sich der Therapeut auf ein gewisses Material, so wird er am besten mit einem Klienten zurechtkommen, der dieses produziert - und er wird ihn bewußt und unbewußt dazu ermutigen: Ein erfolgreicher Behandlungsverlauf setzt eine Art Rollenkomplementarität voraus (Foley 1974; Oswald 1988). Kann sich der Klient nicht anpassen (bzw. der Therapeut nicht einen "passenderen" Ansatz auswählen), wird die Behandlung abgebrochen oder scheitert. Oft wird der Klient auch an einen zweiten Therapeuten überwiesen, der nach Meinung des ersten besser mit dieser "Art von Person" oder "Kategorie von Problemen" umgehen kann. So hat folgende Aussage von Frank (1984) eine gewisse Berechtigung: "Es mag gut sein, daß der Erfolg eines Therapeuten mit bestimmten Patienten davon abhängt, inwieweit das therapeutische Programm mit dem Problemlösungsstil des Patienten übereinstimmt. So mögen zum Beispiel Gesprächstherapien am erfolgreichsten bei Patienten sein, die introspektiv und selbstanalytisch sind; Verhaltenstherapien und Kognitive Therapien würden besonders attraktiv für Klienten sein, die ihre Probleme aktiv durch Handeln oder rationales Denken zu lösen versuchen; und Humanistische Therapien mögen am meisten philosophisch gesinnte

Patienten ansprechen" (S. 23). Michels (1984) drückt diese Auffassung noch schärfer aus: "Viele unserer Theorien der Psychotherapie sind nur für eine kleine Zahl von Patienten hilfreich; keine von ihnen ist für die meisten Patienten geeignet. ... Wenn Sie eine reine Theorie schützen wollen, müssen Sie Ihre Praxis auf eine sehr schmale Bandbreite von Patienten beschränken. Ich vermute, daß einige unserer reinsten Theoretiker durch genau dieses Manöver haben rein bleiben können" (S. 152).

Die Einseitigkeit, Beschränktheit und übergroße Vereinfachung von Therapieansätzen darf aber nur begrenzt als Negativum verstanden werden - die Komplexität des Menschen, seiner sozialen Umwelt und seines Verhaltens in der Therapiesituation kann ja von dem Therapeuten nicht erfaßt werden; dieser kann nur erfolgreich sein, wenn er sich auf bestimmte Elemente und Aspekte konzentriert, anhand eines "Leitfadens" aus der Flut von Eindrücken und Informationen auswählt. Versucht er, zu viele Faktoren zu berücksichtigen, so wird er schnell die Übersicht verlieren, wird er zu keinem Handlungsplan kommen, wird er für den Klienten nutzlos sein. Zum Negativum wird die Beschränktheit von Therapieansätzen nur dann, wenn sie verabsolutiert werden - wie von den Begründern und manchen Verfechtern dieser Ansätze. Dann sind sich die Therapeuten nicht mehr des "Leitfaden"-Charakters ihrer Ansätze sowie der daraus resultierenden Begrenzung ihrer Wahrnehmung, ihres Denkens und therapeutischen Handelns bewußt (Textor 1983, 1985).

Eklektische und integrative Theorien

Die Einseitigkeit und Beschränktheit einzelner Therapieansätze hat zur Folge, daß immer mehr Psychotherapeuten ihren Ansatz zu erweitern versuchen (Textor 1988). Dieses kann (1) dadurch geschehen, daß der eigene Therapieansatz um Konzepte, Hypothesen und Techniken aus anderen Therapieansätzen ergänzt wird (Kendall 1982). Diese Entwicklung ist auch bei einigen Beiträgen des vorliegenden Sammelbandes festzustellen, obwohl sich die Herausgeber bemüht haben, Vertreter einer "reinen" Form des jeweiligen Therapieansatzes als Mitarbeiter auszuwählen. Beispielsweise erweitert Müller seinen Klientenzentrierten Psychotherapieansatz um Aspekte aus der Individualpsychologie. Und Winkelhog verwendet Verfahren verschiedener Therapieansätze, sofern sie den Zielen und Prinzipien der Gestalttheorie-

tischen Psychotherapie nicht widersprechen - eine Praxis, die an den "technischen Eklektizismus" von Lazarus (1983) erinnert. (2) Eine in der Zwischenzeit recht groß gewordene Gruppe von Psychotherapeuten gelangt zu umfassenderen Therapieansätzen, indem sie Konzepte, Hypothesen und Techniken aus verschiedenen Therapierichtungen kombinieren. Dabei wählen sie solche aus, die der Individualität des jeweiligen Klienten und dessen spezifischen Problemen am ehesten entsprechen, die am effektivsten sind und mit denen der Therapeut als einzigartige Person am besten arbeiten kann (Plaum 1981; Urban 1981; Kazdin 1984). (3) Andere Therapeuten erlernen zwei oder drei verschiedene Therapieansätze und setzen sie nebeneinander ein, belassen sie also in einem "unverfälschten" Zustand. Sie verwenden z.B. einen Ansatz in der Anfangsphase der Behandlung und den anderen in den späteren Therapiephasen. So mögen sie mit Hilfe der Verhaltenstherapie zunächst rasche Erfolge zu erreichen versuchen, um die für eine langfristige psychoanalytische Behandlung notwendige Motivation zu erzeugen. Oder sie setzen immer denjenigen Therapieansatz ein, der sich für das in der jeweiligen Behandlungsphase zu lösende Problem am besten eignet. Schließlich mögen sie den zweiten Ansatz nur dann verwenden, wenn sie mit dem ersten nicht mehr weiter kommen (Rhoads 1984; Schacht 1984). Vor allem die beiden letztgenannten Entwicklungen lassen sich unter dem Begriff des "Eklektizismus" zusammenfassen. Ende der 70er Jahre bezeichneten sich bereits knapp 60% der amerikanischen Psychotherapeuten bzw. Klinischen Psychologen als Eklektiker (Garfield und Kurtz 1977; Kelly, Goldberg, Fiske und Kilkowski 1978).

Insbesondere denjenigen Eklektikern, die ohne ein bestimmtes System Konzepte, Hypothesen und Techniken aus einer größeren Zahl von Therapieansätzen entnehmen, wird vorgeworfen, daß sie keine in sich geschlossenen "Theoriegebäude" entwickeln, daß ihre Vorgehensweise willkürlich und subjektiv gefärbt ist, daß sie einen "orientierungslosen Synkretismus" (Plaum 1981) praktizieren. Diese Vorwürfe treffen weniger eine weitere Gruppe von Therapeuten, die zwei oder drei Therapierichtungen zu einem neuen Behandlungsansatz verschmelzen, da dieser in sich strukturiert und durchdacht ist. Besonders häufig ist die Synthese von Psychoanalyse und Verhaltenstherapie (Garfield und Kurtz 1977), da es hier zu einer besonders guten wechselseitigen Ergänzung kommt: Beispielsweise konzentriert sich die Psychoanalyse auf innere Prozesse (Psychodynamik), die Persönlichkeit sowie die Vergangenheit

und betont Techniken wie Interpretation und Übertragungsanalyse, die durch Einsicht und Katharsis zu selbstinitiierten Veränderungen führen. Hingegen legt die Verhaltenstherapie den Schwerpunkt auf das "äußere" Verhalten, das soziale Umfeld sowie die Gegenwart und bietet eine Vielzahl von Techniken zum Modifizieren und Erlernen von Verhaltensweisen an (Birk und Brinkley-Birk 1974; Wachtel 1977, 1982; Marmor 1982).

Selbstverständlich können auch andere Therapierichtungen miteinander verschmolzen werden - ja, eine Gruppe von Therapeuten glaubt sogar, daß sich alle bewährten Behandlungsansätze miteinander vereinbaren lassen. Diese Fachleute schlagen drei verschiedene Wege ein (Textor 1988): (1) Einige versuchen, eine gemeinsame Sprache für alle Therapierichtungen zu finden (Ryle 1978; Driscoll 1987). So wählte z.B. van Quekelberghe (1979) die Sprache der Kognitiven Psychologie und transformierte in diesem Sinne Konzepte, Hypothesen und Techniken der Psychoanalyse, der Klientenzentrierten Psychotherapie und weiterer Therapierichtungen. (2) Andere Therapeuten versuchen, nahezu alle behandlungsrelevanten Erkenntnisse, Begriffe, Vorstellungen, diagnostischen Verfahren und Methoden vieler verschiedener Therapieansätze zu einer "integrativen" Theorie zu verschmelzen, zu einem harmonischen, geschlossenen und in sich strukturierten Ganzen (Petzold 1980; Fittkau 1981; Textor 1983, 1985). Sie kombinieren komplementäre Elemente aus unterschiedlichen Therapierichtungen miteinander und führen gegensätzliche von einer "höheren" Position aus der Synthese zu. Dabei lassen sie sich von einem ganzheitlichen und umfassenden Menschenbild leiten, nach dem das Individuum als ein denkender, fühlender und handelnder Organismus begriffen wird, der in eine materielle und eine soziale Umwelt eingebettet ist. Wie bei der Synthese von zwei Therapierichtungen kommt man bei einem integrativen Vorgehen zu einer Theorie, die eher der Komplexität menschlichen Lebens, des interpersonellen Kontextes und der Therapiesituation entspricht, die mehr die Vielfalt der Ursachen menschlicher Probleme berücksichtigt und die eine größere Zahl von diagnostischen Verfahren, therapeutischen Rollen und Therapietechniken umfaßt als einzelne Behandlungsansätze. Dadurch können mehr Klientengruppen erfaßt werden, kann die Behandlung eher auf die Individualität, die unwiederholbare Lebensgeschichte und die einzigartigen Probleme des jeweiligen Patienten abgestimmt werden. Während die bei einem "synthetischen" Vorgehen entstehende Theorie aber noch handbar

bleibt und sich damit weiterhin als "Leitfaden" für die therapeutische Praxis eignet, bedingt die Komplexität "integrativer" Theorien jedoch nur eine geringe praktische Verwertbarkeit - sie sind vor allem für Wissenschaft und Ausbildung von Bedeutung (Herrmann 1979; Textor 1985, 1988).

Beim zuvor beschriebenen "integrativen" Vorgehen wird in erster Linie von den theoretischen Aussagen verschiedener Therapieansätze ausgegangen - wobei theoretische Aussagen nicht der Praxis entsprechen müssen, implizites Wissen und nonspezifische Behandlungsfaktoren eventuell übersehen werden und oft Unterschiede zu den Konzepten und Hypothesen anderer Therapierichtungen überbetont werden (Herzog 1982). Aus diesen Gründen beschreiten (3) einige Therapeuten, die ebenfalls an die Vereinbarkeit nahezu aller bewährten Therapierichtungen glauben, den entgegengesetzten Weg - dessen Ausgangspunkt die psychotherapeutische Praxis ist. Sie gehen "von der Beobachtung aus, daß unterschiedliche Therapieformen quantitativ vergleichbare Ergebnisse erzielen, und [folgern] aus dieser und anderen Beobachtungen, daß es gemeinsame Wirkfaktoren von Psychotherapie geben müsse, die unabhängig von den je spezifischen Vorgehensweisen einzelner Schulen sind" (Linsenhoff, Bastine und Kommer 1980, S. 308). Auch haben sie festgestellt, daß Klienten in der Regel den Behandlungserfolg auf ähnliche Ursachen (z.B. besseres Problemverständnis, Selbsterkenntnis, positive Beeinflussung durch die Persönlichkeit des Therapeuten) zurückführen - also nicht auf die in den Therapieansätzen ihrer Therapeuten betonten Faktoren (Sloane, Staples, Christol, Yorkston und Whipple 1975). Zudem wurde schon früh ermittelt, daß sich mit Hilfe atheoretischer Schulungsprogramme, durch die bestimmte Fähigkeiten trainiert werden, die Wirksamkeit der Arbeit von Therapeuten verbessern läßt (Ward 1983). Schließlich haben beispielsweise Glover (1955) sowie Lieberman, Yalom und Miles (1973) nachgewiesen, daß sich Therapeuten, die sich als Vertreter desselben Therapieansatzes bezeichnen, in der Praxis unterschiedlich verhalten, während Murray (1956), Lennard und Bernstein (1960), Truax (1966) oder Barrett, Hampe und Miller (1978) ermittelten, daß Therapeuten aus verschiedenen Schulen der Psychotherapie ihren Klienten gegenüber ähnlich reagieren.

Gemeinsamkeiten von Therapieansätzen

Aufgrund der angedeuteten Beobachtungen geht eine Gruppe von Therapeuten davon aus, daß es Gemeinsamkeiten zwischen Therapieansätzen bzw. non-spezifische Behandlungsfaktoren gibt und daß derartige Eigenschaften nur durch die Untersuchung und den Vergleich der Praxis von Therapeuten aus verschiedenen Schulen der Psychotherapie erschlossen werden können: "Es ist die Beobachtung von dem, was Kliniker wirklich tun, durch die wir gemeinsame und einzigartige Faktoren therapeutischer Veränderung erfassen können" (Goldfried und Padawar 1982, S. 5). Derartige Gemeinsamkeiten werden auch deutlich, wenn man die Vorgehensweise der Therapeuten bei den in diesem Sammelband beschriebenen Fallbeispielen vergleicht. Die wichtigsten nichtspezifischen Behandlungsfaktoren sollen nun kurz aufgelistet werden (Textor 1990):

(1) **Motivation des Klienten:** Alle Therapeuten machen letztlich den (erwachsenen, jugendlichen) Klienten für den Therapieerfolg verantwortlich. Sie verdeutlichen ihm von Anfang an, daß er an sich selbst arbeiten und die für die Behandlung geltenden Regeln befolgen muß. Zugleich versuchen sie, möglichst schon zu Beginn der Therapie die Motivation des Klienten zu verstärken, indem sie z.B. frühere Erfolgserlebnisse in ihm wachrufen, Zuversicht ausstrahlen, über positive Konsequenzen der zu erarbeitenden Verhaltensänderungen sprechen oder bereits in den ersten Sitzungen kleinere Behandlungserfolge anstreben. Im weiteren Verlauf der Therapie wird die Motivation verstärkt, indem beispielsweise Zwischenziele gesetzt und nach und nach erreicht werden, indem der Klient immer wieder zur Veränderung seines Denkens, Fühlens und Handelns ermutigt wird oder indem in ihm ein den Veränderungsprozeß förderndes Bedürfnis nach der Zuneigung, der Wertschätzung und dem Lob des Therapeuten geweckt wird (Garfield 1982; Prochaska und DiClemente 1982; Fuerst 1983).

(2) **Hoffnung:** Alle Therapeuten erzeugen in ihren Klienten Hoffnung und die Erwartung auf baldige Fortschritte. Sie glauben, daß in ihnen ein starker Drang nach psychischer Gesundheit und positiver Weiterentwicklung wirkt (diese Auffassung wird z.B. besonders deutlich in den Beiträgen von Müller und Winkelhog verbalisiert). Die skizzierte Grundhaltung wird bewußt oder unbewußt gegenüber den Klienten gezeigt, die Hoffnung schöpfen und Ver-

änderungsbereitschaft entwickeln. Ferner entstehen positive Erwartungen dadurch, daß Therapeuten als Fachleute gelten und somit von ihren Klienten mit Kompetenz, Wissen, Autorität und eventuell sogar mit übernatürlichen Fähigkeiten ausgestattet werden (Garfield 1982; Goldfried 1983; Mendelsohn und Silverman 1984).

(3) **Therapeutische Beziehung:** Von nahezu allen Therapeuten, aber auch von Therapieforschern, wird die therapeutische Beziehung als Fundament der Behandlung beschrieben. So schreiben z.B. Strupp und Hadley (1979): "Unsere Ergebnisse lassen vermuten, daß sich generell die von unseren Patienten ... erlebten positiven Veränderungen den heilenden Auswirkungen einer gutartigen menschlichen Beziehung zuordnen lassen. Genauer gesagt, therapeutische Veränderungen schienen zu erfolgen, wenn es ein Zusammentreffen zwischen einem Patienten, der fähig war, die Vorteile einer solchen Beziehung zu nutzen (...), und einem Therapeuten gab, dessen Interventionen vom Patienten als Ausdruck von Zuwendung und echtem Interesse erfahren wurden" (S. 1135, 1136). Demzufolge wird der Herstellung einer solchen Beziehung große Beachtung geschenkt (siehe alle Beiträge des Sammelbandes). Sie sollte durch Respekt, Vertrauen, Ehrlichkeit, Echtheit, Offenheit, Zuneigung, Wärme, Wertschätzung, Verständnis usw. gekennzeichnet sein; die interpersonalen Fertigkeiten des Therapeuten sind somit außerordentlich wichtig. Nur im Rahmen einer derartigen Beziehung ist ein Klient bereit, beunruhigende, angsterzeugende oder peinliche Gedanken und Gefühle zu offenbaren, Feedback anzunehmen, Ratschläge zu befolgen und dem Therapeuten Einfluß auf seine Lebensgestaltung einzuräumen. Auch kann er in ihr Selbstachtung und Selbstbewußtsein entwickeln, den Umgang mit Beziehungsproblemen lernen und sich interpersonale Fertigkeiten aneignen. Schließlich können in die therapeutische Beziehung Interaktionsmuster, Konflikte, Ängste und andere Emotionen aus früheren bzw. frühkindlichen Beziehungen einfließen, lassen sich somit bewußt machen, bearbeiten und durch neue Wege des Umgangs mit anderen ersetzen (Greiben 1981; Fuerst 1983; Mendelsohn und Silverman 1984; Rhoads 1984).

(4) **Persönlichkeit des Therapeuten:** Die Vertreter der meisten Therapierichtungen sind sich einig, daß ein großer Teil des Behandlungserfolges auf die Vorbildwirkung des Therapeuten zurückzuführen ist. Zum einen kann dieser direkt vom Modellernen Gebrauch machen, indem er z.B.

Rollenspiele einsetzt oder bestimmte zu erlernende Verhaltensweisen vor-macht. Zum anderen identifizieren sich die Klienten unbewußt mit ihm und ahmen ihn nach. Der Therapeut kann aber nur als ein positives Vorbild wirken, wenn er psychisch gesund ist, eine ausgereifte Persönlichkeit besitzt, sich selbst versteht, von allen Wahrnehmungskanälen Gebrauch machen kann, kongruent kommuniziert und mit anderen Menschen gut auskommt. Da Therapeuten diese Eigenschaften oft erst entwickeln müssen, wird ihnen nicht nur eine intensive Ausbildung, sondern oft auch eine eigene Therapie bei einem Lehrtherapeuten vorgeschrieben (Garfield 1982; Fuerst 1983).

(5) Erklärung für Probleme: Allen Therapieansätzen ist auch gemeinsam, daß die intrapersonalen und zwischenmenschlichen Probleme der Klienten definiert werden und eine Erklärung für sie gegeben wird. Dabei dürfte der Inhalt der Erklärung von geringerer Bedeutung sein als die Wirkung: Die Klienten "verstehen" nun ihre Probleme, können bisher unerklärlichen Erfahrungen einen Sinn geben und entwickeln die Erwartung, daß sich "verstandene" Probleme auch lösen lassen (Hoffnung, Motivation für Veränderungen). Damit werden eine methodische Problembearbeitung und -bewältigung möglich (Linsenhoff, Bastine und Kommer 1980; Garfield 1982).

(6) Freisetzen und Verändern von Emotionen: Alle Therapeuten bauen Hemmungen ab und fördern einen offenen Gefühlsausdruck. Sie ermöglichen das Abreagieren von Spannungen, innerem Druck und verdrängten Emotionen. Zugleich erweitern sie die Bandbreite der Gefühle ihrer Klienten und lehren ihnen, diese zu verarbeiten und zu kontrollieren. So gewinnen die Klienten an Selbstbeherrschung (Goldfried 1983; Frank 1984),

(7) Veränderung von Kognitionen: "... Therapie umfaßt Veränderung im Geist des Patienten, in seiner Welt der Bedeutungen, in seiner psychischen Realität" (Michels 1984, S. 152). So erweitern Therapeuten den Wahrnehmungsrahmen ihrer Klienten, so daß diese sich der ganzen Bandbreite ihrer Gedanken, Gefühle, Wünsche, Einstellungen usw. bewußt werden sowie sich selbst, andere Menschen und interpersonale Prozesse besser verstehen lernen. Auch machen sie unrealistische Ziele, überhöhte Erwartungen, irrationale Einstellungen, Vorurteile und Denkfehler deutlich, so daß diese abgebaut werden können. Das Bild, das sich Klienten von sich selbst und anderen machen, wird immer mehr der Wirklichkeit angenähert, so daß ein realitätsbezogenes Urteilen und

Handeln möglich werden. Auch werden ihre Problemlösungsfähigkeiten verbessert (Prochaska und DiClemente 1982; Fuerst 1983; Goldfried 1983).

(8) Informationsvermittlung: Alle Therapeuten vermitteln Informationen, um z.B. Wissenslücken bei ihren Klienten zu schließen, Ressourcen in deren Umwelt aufzuzeigen, Problemlösungsmodelle zu lehren usw. (Urban 1981; Frank 1984).

(9) Verhaltensänderung: Eine weitere Gemeinsamkeit verschiedener Therapierichtungen ist, daß das Verhalten der Klienten durch direkte oder indirekte Interventionen verändert wird. So werden problemerzeugende oder symptomatische Verhaltensweisen abgebaut, erwünschte Reaktionen bewußt oder unbewußt gefördert und neue (bessere) Fertigkeiten gelehrt. Die Therapeuten passen sich nicht wie andere Menschen den Beeinflussungsstrategien der Klienten an, so daß diese abgelegt und andere entwickelt werden müssen. Oft werden auch Kommunikationstechniken vermittelt (Garfield 1982; Prochaska und DiClemente 1982; Fuerst 1983).

(10) Veränderung des Selbstbildes: Die meisten Therapeuten untersuchen auch, wie Klienten das eigene Verhalten interpretieren. Sie konfrontieren sie mit sich selbst (z.B. mit Hilfe von Feedback), so daß die Klienten sich ihres Selbstbildes bewußt werden. Ferner helfen sie ihnen, die eigenen Stärken und Schwächen anzunehmen sowie sich selbst, den eigenen Körper, das eigene Geschlecht und die eigene Sexualität zu akzeptieren. Auf diese Weise wird den Klienten ein positives Selbstbild vermittelt - wozu auch das Erleben der therapeutischen Beziehung (s.o.) und neue Erfahrungen in und außerhalb der Behandlungssituation beitragen (Fuerst 1983; Goldfried 1983).

(11) Ablauf psychotherapeutischer Behandlungen: Abschließend ist noch darauf hinzuweisen, daß psychotherapeutische Behandlungen dieselben Therapiephasen durchlaufen - die in unterschiedlichem Ausmaß durch die vorgeannten nichtspezifischen Behandlungsfaktoren geprägt sind. Beispielsweise schreibt Beitman (1983): "Die Phasen können nach ihren Zielen definiert werden: Einbindung, Diagnose, Veränderung, Therapieende. Das Ziel der Einbindungsphase ist, das Vertrauen und die Zuversicht des Patienten durch die Herstellung einer therapeutischen Beziehung zu sichern. Während der diagnostischen Phase bemüht sich das Therapeuten-Patienten-Paar, ein Muster oder eine Anzahl von Mustern aus ... Gedanken, Gefühlen oder Verhaltensweisen zu ermitteln, deren Veränderung dem Patienten große Erleichterung

bringen würde. Das Ziel der Veränderungsphase ist, dem Patienten zu helfen, alte Muster aufzugeben sowie neue zu initiieren und zu praktizieren ... Das Ziel der Schlußphase ist in der Regel, die Beziehung abubrechen und gleichzeitig die Behandlungserfolge aufrechtzuerhalten" (S. 21).

Selbst wenn die herausgearbeiteten Gemeinsamkeiten von recht allgemeiner Art sind, lassen sie sich doch gut bei den in diesem Sammelband vorgestellten Praxisbeispielen nachweisen. Während auf der theoretischen und auf der technischen Ebene große Unterschiede zwischen den einzelnen Therapieansätzen bestehen, die sich wohl auf dem Weg der Synthese oder Integration überbrücken lassen, findet sich auch ein gemeinsamer "therapeutischer Untergrund".

Literatur

- Barrett, C.L., Hampe, J.E., Miller, L.C. (1978): Research on child psychotherapy. In: Garfield, S.L., Bergin, A.E. (Hg.): Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis. New York, Chichester, Brisbane, Toronto: Wiley, 2. Aufl., S. 411-435
- Beitman, B.D. (1983): Comparing psychotherapies by the stages of the process. Journal of Operational Psychiatry 14, S. 20-27
- Birk, L., Brinkley-Birk, A.W. (1974): Psychoanalysis and behavior therapy. American Journal of Psychiatry 131, S. 499-510
- Driscoll, R. (1987): Ordinary language as a common language for psychotherapy. Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy 6, S. 184-194
- Fittkau, B. (1981): Gruppendynamische und therapeutische Verfahren. In: E. Kerckhoff (Hg.): Praktische Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Handbuch Praxis der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Bd. 2. Düsseldorf: Pädagogischer Verlag Schwann/VVA, S. 17-42
- Foley, V.D. (1974): An introduction to family therapy. New York, San Francisco, London: Grune & Stratton
- Frank, J.D. (1984): Therapeutic components of all psychotherapies. In: Myers, J.M. (Hg.): Cures by psychotherapy. What effects change? New York: Praeger, S. 15-27
- Fuerst, K.A. (1983): Die Funktionen der psychologischen Intervention als ihre integrative Grundlage. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 31, S. 14-28
- Garfield, S.L. (1982): Psychotherapie: Ein eklektischer Ansatz. Weinheim, Basel: Beltz

- Garfield, S.L., Kurtz, R. (1977): A study of eclectic views. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 45, S. 78-83
- Glover, E. (1955): *The technique of psycho-analysis*. London: Baillière, Tindall & Cox
- Goldfried, M.R. (1983): Auf der Suche nach Gemeinsamkeiten bei verschiedenen Therapieansätzen. In: *Integrative Psychotherapie. Münchner Beiträge zur Integrationsforschung*, Bd. 1. München: Schobert, S. 13-28
- Goldfried, M.R., Newman, C. (1986): Psychotherapy integration: An historical perspective. In: Norcross, J.C. (Hg.): *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner & Mazel, S. 25-61
- Goldfried, M.R., Padawar, W. (1982): Current status and future directions in psychotherapy. In: Goldfried, M.R. (Hg.): *Converging themes in psychotherapy: Trends in psychodynamic, humanistic, and behavioral practice*. New York: Springer, S. 3-49
- Greben, S.E. (1981): The essence of psychotherapy. *British Journal of Psychiatry* 138, S. 449-455
- Herink, R. (1980) (Hg.): *The psychotherapy handbook: The A to Z guide to more than 250 different therapies in use today*. New York: New American Library
- Herrmann, T. (1979): *Psychologie als Problem. Herausforderungen der psychologischen Wissenschaft*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Herzog, W. (1982): Die wissenschaftstheoretische Problematik der Integration psychotherapeutischer Methoden. In: Petzold, H. (Hg.): *Methodenintegration in der Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann, S. 9-29
- Kazdin, A.E. (1984): Integration of psychodynamic and behavioral psychotherapies. Conceptual versus empirical syntheses. In: Arkowitz, H., Messer, S.B. (Hg.): *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* New York, London: Plenum, S. 139-170
- Kelly, E.L., Goldberg, L.R., Fiske, D.W., Kilkowski, J.M. (1978): Twentyfive years later. *American Psychologist* 33, S. 746-755
- Kendall, P.C. (1982): Integration: Behavior therapy and other schools of thought. *Behavior Therapy* 13, S. 559-571
- Lazarus, A.A. (1983): Multimodale Therapie. In: *Integrative Psychotherapie. Münchner Beiträge zur Integrationsforschung*, Bd. 1. München: Schobert, S. 43-55
- Lennard, H.L., Bernstein, A. (1960): *The anatomy of psychotherapy. Systems of communication and expectation*. New York: Columbia University Press
- Lieberman, M.A., Yalom, I.D., Miles, M.B. (1973): *Encounter groups: First facts*. New York: Basic Books
- Linsenhoff, A., Bastine, R., Kommer, D. (1980): Schulenübergreifende Perspektiven in der Psychotherapie. *Integrative Therapie* 6, S. 302-322
- Marmor, J. (1982): Dynamic psychotherapy and behavior therapy: Are they irreconcilable? In: Goldfried, M.R. (Hg.): *Converging themes in psychotherapy: Trends in psychodynamic, humanistic, and behavioral practice*. New York: Springer, S. 193-206
- Mendelsohn, E., Silverman, L.H. (1984): The activation of unconscious fantasies in behavioral treatments. In: Arkowitz, H., Messer, S.B. (Hg.): *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* New York, London: Plenum, S. 255-293
- Michels, R. (1984): Summation. In: Myers, J.M. (Hg.): *Cures by psychotherapy: What effects change?* New York: Praeger, S. 141-153

- Murray, E.J. (1956): A content-analysis method for studying psychotherapy. Washington: American Psychological Association
- Oswald, G. (1988): Systemansatz und soziale Familienarbeit. Methodische Grundlagen und Arbeitsformen. Freiburg: Lambertus
- Petzold, H. (1980): Modelle und Konzepte zu integrativen Ansätzen der Therapie. *Integrative Therapie* 4, S. 323-350
- Plaum, E. (1981): Aspekte eines "praktischen" Eklektizismus bei psychologischen Interventionsmaßnahmen. *Psychologie in Erziehung und Unterricht* 28, S. 222-234
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1982): Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19, S. 276-288
- Quekelberghe, R. van (1979): Systematik der Psychotherapie. Kognitiv-psychologische Grundlegung der Psychotherapie. München: Urban & Schwarzenberg
- Rhoads, J.M. (1984): Relationships between psychodynamic and behavior therapies. In: Arkowitz, H., Messer, S.B. (Hg.): *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* New York, London: Plenum, S. 195-211
- Ryle, A. (1978): A common language for the psychotherapies? *British Journal of Psychiatry* 132, S. 585-594
- Schacht, T.E. (1984): The varieties of integrative experience. In: Arkowitz, H., Messer, S.B. (Hg.): *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* New York, London: Plenum, S. 107-131
- Sloane, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J., Whipple, K. (1975): *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge: Harvard University Press
- Strong, S.R. (1984): *Interpersonal influence processes in counseling and psychotherapy*. SAPS Newsletter 10 (1), S. 17-23
- Strupp, H.H., Hadley, S.W. (1979): Specific vs nonspecific factors in psychotherapy. *Archives of General Psychiatry* 36, S. 1125-1136
- Textor, M.R. (1983): Integrative Psychotherapie. In: *Integrative Psychotherapie. Münchner Beiträge zur Integrationsforschung*, Bd. 1. München: Schobert, S. 29-41
- Textor, M.R. (1985): *Integrative Familientherapie. Eine systematische Darstellung der Konzepte, Hypothesen und Techniken amerikanischer Therapeuten*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer
- Textor, M.R. (1987): Beratung, Erziehung, Psychotherapie. Eine Begriffsbestimmung. *Psychologie in Erziehung und Unterricht* 34 (1), S. 1-13
- Textor, M.R. (1988): Eklektische und Integrative Psychotherapie. Fünf Bewegungen zur Überwindung der Vielzahl von Therapieansätzen. *Psychologische Rundschau* 39, S. 201-211
- Textor, M.R. (1990): Gemeinsamkeiten von Psychotherapieansätzen. *Integrative Therapie* 16, S. 246-259
- Truax, C.B. (1966): Reinforcement and nonreinforcement in Rogerian psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology* 71, S. 1-9
- Urban, W.J. (1981): *Integrative therapy*. In: Corsini, R.J. (Hg.): *Handbook of innovative psychotherapies*. New York: John Wiley & Sons, S. 416-429
- Wachtel, P.L. (1977): *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration*. New York: Basic Books

Wachtel, P.L. (1982): What can dynamic therapies contribute to behavior therapy? *Behavior Therapy* 13, S. 594-609

Ward, D.E. (1983): The trend toward eclecticism and the development of comprehensive models to guide counseling and psychotherapy. *Personnel and Guidance Journal* 62, S. 154-157