

Werner Köpp¹
Simone Kaßing²
Mark Helle²
Anna Auckenthaler²
Hans-Henning Städt¹

Die Bedeutung des Beziehungserlebens für die differenzielle Psychotherapieindikation

*Importance of the Therapeutic Alliance Experience for the Differential
Psychotherapeutic Indication*

Zusammenfassung

In einer retrospektiven Untersuchung wurde der Einfluss des therapeutenseitigen Beziehungserlebens auf Psychotherapieempfehlung und Prognose untersucht. Von den insgesamt 3270 PatientInnen, die sich von Juli 1994 bis Dezember 1999 in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Poliklinik des Klinikums Benjamin Franklin der Freien Universität Berlin vorstellten, wurden jene 374 ausgewählt, die ausschließlich von psychoanalytischen Therapeuten untersucht wurden und außerdem die Empfehlung für eine ambulante Einzelbehandlung in einem psychoanalytischen Verfahren, einer Gesprächspsychotherapie (n. Rogers) oder einer Verhaltenstherapie bekamen. Ergebnis der einfaktoriellen Varianzanalyse: Je besser die Beziehungseinschätzung ausfällt, desto eher wird ein psychoanalytisches Behandlungsverfahren empfohlen ($F = 35,85$; $p < 0,000$) und desto günstiger ist die Prognoseeinschätzung ($r = 0,68$; $p < 0,000$). Die Ergebnisse bestätigen die Bedeutung der therapeutischen Arbeitsbeziehung und korrigieren die Vorstellung, dass Indikation und Prognose ausschließlich diagnose- oder patientenabhängig seien. Stattdessen wird der Prozess des Indizierens und Prognostizierens als Resultat eines interaktiven Geschehens deutlich.

Abstract

The influence of the therapeutic alliance experience on the recommendation for psychotherapy and prognosis was examined in a retrospective study. Three hundred seventy-four of 3270 patients who presented at the psychosomatic-psychotherapeutic outpatient service at the Benjamin Franklin Hospital of the Free University of Berlin between July 1994 and December 1999 were selected based on the fact that they had been examined only by a psychoanalyst and recommended for individual psychoanalytical outpatient therapy, nondirective therapy (according to Rogers) or behavioral therapy. Results of the unifactorial variance analysis: The better the alliance is assessed, the sooner procedures for psychoanalytical therapy are recommended ($F = 35.85$; $p < 0.000$) and the better the assessment of the prognosis ($r = 0.68$; $p < 0.000$). The results confirm the importance of the therapeutic working relationship and correct the assumption that the indication and prognosis are exclusively diagnosis or patient-related, clearly showing that they are the result of an interactive process.

Key words

Therapeutic alliance · Prognosis

Institutsangaben

¹ Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Benjamin Franklin der Freien Universität Berlin

² Institut für Klinische Psychologie: Arbeitsbereich Psychotherapie und Beratung der Freien Universität Berlin

Korrespondenzadresse

Priv.-Doz. Dr. med. Werner Köpp · Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie · Universitätsklinikum Benjamin Franklin · Freie Universität Berlin · Hindenburgdamm 30 · 12200 Berlin-Steglitz · E-mail: koepewe@zedat.fu-berlin.de

Eingegangen: 14.2.2001 · Angenommen: 7.9.2001

Bibliografie

Psychother Psych Med 2002; 52: 173–178 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0937-2032

Einleitung

Mehr als ein Jahrhundert Psychotherapie brachte ein breites Spektrum an verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren hervor. Eine solche Vielzahl nebeneinander bestehender Therapiemodelle erfordert im Grunde ein empirisch abgesichertes Zuordnungsprinzip, das dem einzelnen Patienten¹ das jeweils Erfolg versprechende Behandlungsangebot garantiert. Die Lösung einer solchen Forderung liegt nicht zuletzt in der Beantwortung der Frage [1]: „Bei welchem Patienten mit welcher Problematik/psychischen Störung ist welche Behandlungsmaßnahme durch welchen Therapeuten zu welcher Zielsetzung wie angemessen, wie effektiv und wie effizient?“

Dass heute noch kein solches Zuordnungsprinzip existiert, mag nicht nur daran liegen, dass in den jeweiligen Forschungsdesigns differenzielle Interaktionseffekte von Therapiemethode, Therapeut und Patient zu wenig Berücksichtigung fanden (vgl. [2]), sondern auch daran, dass Forschungsarbeiten zu diesem Thema häufig vom Bestreben begleitet wurden, die Effektivität der eigenen Methode gegenüber den anderen Therapieansätzen herauszustreichen (vgl. [3]).

Trotz eines fehlenden Konsenses stellt die differenzielle Indikation eine höchst verantwortungsvolle Aufgabe dar. Mangels ausreichender empirischer Erkenntnis sind die Psychotherapeuten daher auf ihre persönliche klinische Erfahrung und Intuition angewiesen, um so für ihre Patienten zu einer prognostischen Einschätzung und einer darauf beruhenden Therapieempfehlung zu gelangen. Es ist davon auszugehen, dass dieser Prozess von sehr unterschiedlichen subjektiven Entscheidungsstrategien geprägt ist. Neben den verschiedenen Einflussfaktoren der interpersonellen Personenwahrnehmung dürfte vor allem das Beziehungserleben des Untersuchers eine tragende Rolle spielen. Das ist nicht unbedingt ein Artefakt: Mehrere Studien bestätigen eindrucksvoll die hohe prognostische Bedeutung der frühzeitigen Wahrnehmung und Einschätzung der Beziehung zwischen Patient und Therapeut für den späteren Behandlungsverlauf [4–7].

Wenn also die Therapeut-Patienten-Beziehung einen entscheidenden prognostischen Faktor für den Therapieerfolg bildet, stellt sich die Frage, inwieweit der Untersucher in der Lage ist, von seinem individuellen Beziehungserleben mit den einzelnen Patienten auf die Qualität möglicher anderer Beziehungskonstellationen in jeweils unterschiedlichen Therapiesettings und anderen Therapeutenpersönlichkeiten generalisieren zu können. Da die unterschiedlichen therapeutischen Ansätze hinsichtlich ihrer ätiologischen Vorstellungen und den hieraus abgeleiteten Interventionsformen stark divergieren, taucht die Frage auf, ob nicht nur das Beziehungserleben des Untersuchers, sondern auch seine Zugehörigkeit zu einer bestimmten Psychotherapieschule den Prozess der Indikationsstellung entscheidend mitbeeinflussen.

Faller [8], der sich mit Übertragungs- und Gegenübertragungsvorgängen bei psychotherapeutischen Beratungen befasste, be-

tonte, dass zur Frage der Indikationsstellung ein Defizit an Studien mit naturalistischem Design bestehe.

Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag zur Aufhebung dieses Defizits leisten, indem die Rolle des Beziehungserlebens des Therapeuten für Prognoseeinschätzung einerseits und Therapieempfehlung andererseits im Alltag einer psychosomatischen Poliklinik untersucht wird. Es soll in dieser Arbeit dargestellt werden, wie groß der Einfluss des subjektiven Beziehungserlebens des Psychotherapeuten nicht nur für die prognostische Einschätzung, sondern auch für die jeweilige Therapieempfehlung ist.

Da der Prozess des Indizierens nicht im konstruktfreien Raum stattfindet und wesentlich von verinnerlichten „Wahrnehmungstereotypen“ [9] des Therapeuten mitgeprägt ist, formulierten wir als erste Hypothese:

Die vom Therapeuten wahrgenommene Qualität der Beziehung zwischen ihm und dem Patienten steht in einem systematischen Zusammenhang mit der Therapieempfehlung. Dieser Zusammenhang schlägt sich dahingehend nieder, dass der Therapeut bei einer als positiv empfundenen Beziehung zum Patienten eher den therapeutischen Ansatz empfiehlt, dem er sich selbst zugehörig fühlt.

Wir gehen ferner davon aus, dass das individuelle Beziehungserleben und die prognostische Einschätzung des Untersuchers in einem engen Zusammenhang stehen. Wir formulierten als zweite Hypothese:

Je positiver der Untersucher seine Beziehung zum Patienten beurteilt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Einschätzung der Prognose günstig ausfällt.

Methodik und Untersuchungsgang

Routinemäßig wird seit 1994 in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Poliklinik des Klinikums Benjamin Franklin der Freien Universität Berlin für die Erfassung der Erstkontakte eine Dokumentation durchgeführt.

Im Anschluss an das Erstgespräch, das eine biografische, tiefenpsychologisch erweiterte Anamnese ist, werden durch den jeweiligen Untersucher in einem Dokumentationsbogen u. a. folgende Angaben erhoben: Soziodemographische Daten, Symptome und Diagnose, Prognoseeinschätzung, Therapieempfehlung, Zugang des Untersuchers zum Patienten sowie Zufriedenheit des Untersuchers mit dem Gespräch.

Seit Juli 1994 wurden so Daten von 3270 Patienten erfasst, welche die Ausgangsbasis der Stichprobe für die vorliegende Fragestellung darstellten. Nicht nur Untersucher und Patienten, sondern auch das Spektrum an Empfehlungen zur Weiterbehandlung, bildeten in diesen Primärdaten eine äußerst heterogene Gruppe. Um eine sinnvolle Bearbeitung der vorliegenden Fragestellung zu ermöglichen, war es notwendig, eine geeignete Selektionssystematik zu entwickeln. Nach folgenden Kriterien wurde aus diesem Datenpool die Stichprobe gezogen:

1. Untersucher: Um einen hohen Professionalisierungsgrad der Untersucher zu gewährleisten, wurden nur langjährig in dieser Klinik beschäftigte Ärzte mit abgeschlossener Psychothe-

¹ Im vorliegenden Artikel wird zur Bezeichnung von Personengruppen überwiegend die „männliche“ Form gewählt. Für diese Entscheidung sind ausschließlich Gründe der Lesbarkeit verantwortlich.

rapieausbildung berücksichtigt. Dieses Kriterium stellt auch sicher, dass sich der Untersucher einem der Psychotherapieverfahren zugehörig fühlte. Dass bei der Selektion ausschließlich Vertreter psychoanalytischer Verfahren berücksichtigt werden konnten, liegt in der tiefenpsychologischen Orientierung dieser Klinik begründet.

2. Patienten: Im Vordergrund unseres Interesses stand die Suche nach Zusammenhängen zwischen Beziehungswahrnehmung des Therapeuten und seiner Indikationsstellung. Daher wurden nur die Dokumentationen berücksichtigt, bei denen eine ambulante Einzeltherapie als Empfehlung ausgesprochen wurde. Andere Empfehlungen wie beispielsweise Gruppentherapie oder stationäre Weiterbehandlung hätten keine Rückschlüsse auf die theoretische Orientierung der jeweils empfohlenen Verfahren ermöglicht. Zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung wurden Empfehlungen zur psychoanalytischen bzw. tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, Verhaltenstherapie und klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie angegeben. Zur Kontrastierung dieser Gruppe wurden ferner die Dokumentationen jener Patienten herangezogen, bei denen *keine Therapieempfehlung* ausgesprochen wurde.

Stichprobe

Unter Berücksichtigung der oben genannten Auswahlkriterien wurde so eine Stichprobe von 374 Dokumentationen generiert. Das Durchschnittsalter dieser Patienten betrug 39,7 Jahre. Der Anteil der Frauen lag mit 66% über dem der Männer.

Während 60% der Patienten angaben, keinerlei psychosomatische, psychotherapeutische oder psychiatrische Vorbehandlung in Anspruch genommen zu haben, gaben ca. 35% an, bereits in ambulanter und 13% in stationärer Behandlung gewesen zu sein.

Von den insgesamt 374 Patienten verteilten sich 273 (73%) auf die vier größten Diagnosegruppen: Wie aus Tab.1 hervorgeht, wurden somatoforme Störungen (ICD-Gruppe F45, ca. 30%) am häufigsten von den Untersuchern diagnostiziert, gefolgt von Angststörungen (F40 und F41, zusammen ca. 20%), depressiven Störungen (F32, F33, F34, zusammen ca. 14%) und Essstörungen (F50, ca. 10%).

Die Geschlechtsverteilung und die Verteilung der verschiedenen Diagnosegruppen zeigen, dass es sich um eine für psychosomatische Kliniken typische Patientenpopulation handelt.

Operationalisierung der Variable „vom Untersucher wahrgenommene Beziehung“

Über Expertenkonsens wurde zur Operationalisierung der Variable „vom Untersucher wahrgenommene Beziehung“² die Routedokumentation systematisch nach solchen Skalen durchsucht, die wesentliche Aspekte des Beziehungserlebens beinhalten. Das

Tab. 1 Verteilung der Diagnosen nach ICD-10.

Diagnosen nach ICD-10	n	%
(F25) schizoaffektive Störung	1	0,3
(F31) bipolare affektive Störung	3	0,8
(F32) depressive Episoden	31	8,3
(F33) rezessive depressive Störung	9	2,4
(F34) anhaltende affektive Störung	13	3,5
(F40) phobische Störung	10	2,7
(F41) sonstige Angststörungen	63	16,8
(F42) Zwangsstörung	8	2,1
(F43) Anpassungsstörungen	23	6,1
(F44) dissoziative Störungen	5	1,3
(F45) somatoforme Störungen	111	29,7
(F48) sonstige neurotische Störungen	2	0,5
(F50) Essstörungen	36	9,6
(F52) sexuelle Funktionsstörungen	4	1,1
(F54) psychische Faktoren bei anderen Krankheiten	29	7,8
(F60) Persönlichkeitsstörungen	11	2,9
ohne Angabe	15	4,0
gesamt	374	100

Ergebnis erbrachte die folgenden vier jeweils fünfstufigen Skalen:

1. Zugang des Untersuchers zum Patienten während des Gesprächs.
2. Eindruck des Untersuchers, ob das Gespräch für den Patienten hilfreich war.
3. Zufriedenheit des Untersuchers mit dem Gespräch.
4. Vorstellung des Untersuchers, selber mit dem Patienten psychotherapeutisch zu arbeiten, wenn es die Möglichkeit gäbe.

Während die *erste Skala* Wahrnehmungen wie emotionale Erreichbarkeit des Patienten bzw. das Gefühl einer gemeinsamen Kommunikationsebene erfasst, beschreibt die *zweite Skala* Aspekte der Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit und beruflicher Kompetenz des Untersuchers. Die *dritte* und *vierte Skala* lassen sich jeweils als unterschiedliche Aspekte der subjektiven Bewertung des Beziehungsgeschehens interpretieren.

In einem nächsten Schritt wurden diese vier Skalen additiv zu der Gesamtskala „Beziehungserleben“ zusammengefasst. Diese so konstruierte Gesamtskala kann nur als globales Maß der vom Untersucher wahrgenommenen Beziehung verwendet werden, so dass auf eine differenzielle Betrachtung der verschiedenen Dimensionen des Beziehungserlebens verzichtet werden muss. Eine Interkorrelation der vier Ursprungsskalen nach Pearson ergab bei einseitiger Signifikanztestung Korrelationskoeffizienten zwischen 0,57 und 0,68. Alle Korrelationen befinden sich auf einem hochsignifikanten Niveau ($p < 0,001$).

Unter Berücksichtigung der gegebenen Augenscheinvalidität und der ermittelten Korrelationskoeffizienten kann diese Gesamtskala als globales Maß der Beziehungswahrnehmung durch den Therapeuten angesehen werden.

² Aus stilistischen Gründen wird im Folgenden statt „durch den Untersucher wahrgenommene Beziehung“ von „Beziehungserleben“ bzw. „Beziehungswahrnehmung“ gesprochen.

Methodik der Datenauswertung

Aufgrund der Ergebnisse einer explorativen Datenanalyse konnte festgestellt werden, dass die Variable „Beziehungserleben“ über die vier Stufen des Faktors „Therapieempfehlung“ hinweg annähernd normalverteilt ist, so dass parametrische Prüfverfahren zulässig sind. Zur Überprüfung der ersten Hypothese wurde daher eine einfaktorische Varianzanalyse mit bonferroniadjustierten Post-Hoc-Tests gerechnet.

Ebenso konnte bei der Variable „Prognose“ eine Normalverteilung angenommen werden, so dass zur Überprüfung der zweiten Hypothese eine Korrelation nach Pearson mit einseitiger Signifikanztestung gerechnet wurde.

Ergebnisse

Unter Zugrundelegung der o.g. Operationalisierung wurde bei 272 (72,7%) der insgesamt 374 Patienten die Beziehung zwischen Therapeut und Patient als „sehr gut“ oder „gut“ wahrgenommen, bei 82 Beratungsepisoden (21,9%) wurde die Beziehung als „mittelmäßig“ und in 20 Fällen (5,3%) als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ erlebt.

Die Prognose wurde bei 195 Patienten (52,1%) als „sehr günstig“ oder „günstig“ bezeichnet, bei 129 Patienten (35,4%) als „mittelmäßig“ und bei 50 Patienten (13,4%) als „schlecht“ oder „sehr schlecht“.

Tab. 2 Einfaktorielle Varianzanalyse zur Überprüfung der 1. Hypothese.

Q. d. V.	QS	df	σ^2	F	p
Therapieempfehlung	45,01	3	15,00	35,85***	<0,000
Fehler	154,86	370	0,42		
gesamt	199,87	373			

306 Patienten (81,8%) wurde ein tiefenpsychologisches Verfahren empfohlen, 30 Patienten (8,0%) wurde zu einer Verhaltenstherapie geraten, 20 Patienten (5,3%) wurde eine Gesprächstherapie (n. Rogers) vorgeschlagen und 18 Patienten (4,8%) erhielten keine Therapieempfehlung.

Überprüfung der ersten Hypothese

Die einfaktorische Varianzanalyse mit dem vierfach gestuften Faktor „Therapieempfehlung“ und der abhängigen Variable „Beziehungserleben“ erbrachte einen hochsignifikanten F-Wert von $F(3;370)=35,85$, so dass ein systematischer Zusammenhang zwischen Therapieempfehlung und Beziehungserleben nachgewiesen wurde (vgl. Tab. 2).

Bei Betrachtung von Abb. 1 fällt auf, dass die Qualität der vom Therapeuten wahrgenommenen Beziehung systematisch über die einzelnen Empfehlungen hinweg variiert. Anhand der Post-

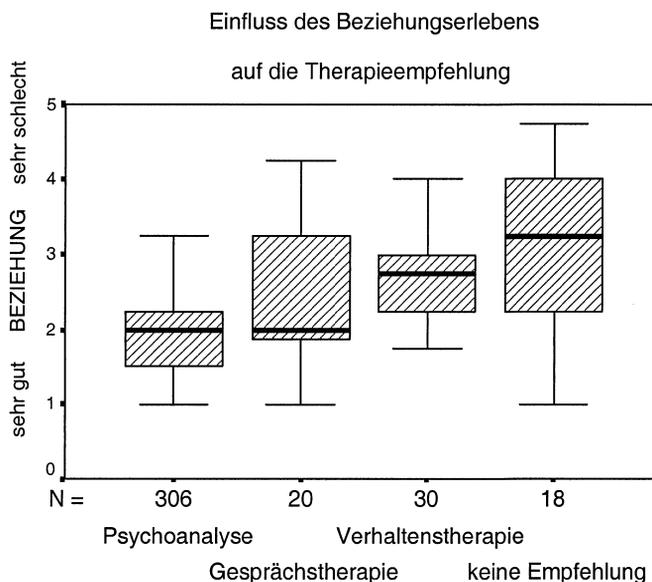


Abb. 1 Boxplotdarstellung: Beziehungswahrnehmung der Untersucher und Therapieempfehlung.

Tab. 3 Post-Hoc-Einzelvergleiche mit Bonferroni-Adjustierung; mD = mittlere Differenz (i - j).

	Psychoanalyse (j)	Gesprächstherapie (j)	Verhaltenstherapie (j)
Gesprächstherapie (i)	mD = 0,49** p < 0,006	-	
Verhaltenstherapie (i)	mD = 0,81*** p < 0,000	mD = 31 p < 0,5718	-
keine Therapie (i)	mD = 1,28*** p < 0,000	mD = 0,78** p < 0,001	mD: 0,47 p < 0,092

Hoc-Tests (s. Tab. 3) sollte überprüft werden, zwischen welchen Empfehlungen signifikante Unterschiede in der Beziehungswahrnehmung bestehen.

Tab. 3 belegt eindrucksvoll, dass sich die Empfehlung zur Psychoanalyse ($\bar{x} = 1,92$; $s = 0,59$) signifikant von den Empfehlungen zur Gesprächspsychotherapie ($\bar{x} = 2,41$; $s = 0,97$), Verhaltenstherapie ($\bar{x} = 2,73$; $s = 0,56$) und keiner Therapie ($\bar{x} = 3,19$; $s = 1,11$) dahingehend unterscheidet, dass die Beziehungswahrnehmung bei der Empfehlung zur Psychoanalyse gegenüber den drei Alternativen signifikant positiver ausfiel. Ferner wurde die Beziehung signifikant positiver bei jenen Patienten eingeschätzt, denen eine Gesprächspsychotherapie empfohlen wurde als bei denen, die keine Therapie als Empfehlung erhielten.

Überprüfung der zweiten Hypothese

Die zweite Hypothese geht von der Annahme aus, dass die Wahrscheinlichkeit einer günstigen Prognoseeinschätzung mit der Güte der vom Therapeuten erlebten Beziehung steigt. Die Berechnung der Korrelation nach Pearson ergab einen hochsignifikanten Korrelationskoeffizienten von $r = 0,68$ ($p < 0,000$), so dass

von einem deutlichen Zusammenhang von Beziehungserleben und prognostischer Beurteilung auszugehen ist.

Diskussion

Bei dieser Studie handelt es sich um eine Ex-Post-Fakto-Untersuchung im naturalistischen Design. Der Vorteil eines solchen Ansatzes ist vor allem in der hohen ökologischen Validität zu sehen: Es konnte auf eine jahrelang erfolgte Routinedokumentation zurückgegriffen werden, in der jeder vorstellige Patient dieser Klinik erfasst wurde. Ein solch umfangreicher und praxisnaher Datensatz lässt sich in einem experimentellen Design in der Regel nicht generieren. Dennoch soll nicht verschwiegen werden, dass eine retrospektive Datenanalyse nicht unproblematisch ist: Zum einen führten die notwendigen Selektionskriterien zu einer Reduzierung der Primärdaten, so dass Bedenken hinsichtlich unkontrollierbarer Selektionseffekte nicht vollständig ausgeräumt werden können. Ferner konnten aufgrund der tiefenpsychologisch orientierten Ausrichtung der Klinik keine Daten von Vertretern anderer Therapieschulen herangezogen werden, so dass eine Generalisierung der vorgefundenen Ergebnisse auf Vertreter anderer Therapieschulen auf der Grundlage dieser Ergebnisse nicht möglich ist. Zuletzt sei auf das relativ globale Maß der Beziehungswahrnehmung durch die Untersucher hingewiesen, die bei zukünftigen Untersuchungen differenzierter erfasst werden sollte.

Trotz dieser Einschränkungen ist die Bestätigung beider von uns formulierter Hypothesen eindrucksvoll:

1. Es besteht ein systematischer Zusammenhang zwischen der vom Untersucher wahrgenommenen Beziehung und der ausgesprochenen Therapieempfehlung. Bei der Empfehlung zu dem Verfahren, in dem der Untersucher ausgebildet ist – hier ausschließlich Psychoanalyse –, wird die Beziehung am positivsten eingeschätzt. Die Güte der vom Untersucher wahrgenommenen Beziehung nimmt infolge der Reihung systematisch ab: Empfehlung einer Gesprächspsychotherapie (n. Rogers), Empfehlung einer Verhaltenstherapie und Empfehlung keiner Therapie.
2. Die Einschätzung der Prognose steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Einschätzung der Beziehung zum Patienten. Je positiver die Beziehung eingeschätzt wird, desto höher die Wahrscheinlichkeit einer günstigen Prognose.

Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass sowohl die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Psychotherapieschule als auch die wahrgenommene Qualität der Beziehung zwischen Untersucher und Patient einen systematischen Einfluss auf die Therapieempfehlung einerseits und die prognostische Einschätzung andererseits haben. Die Indikationsstellung durch die Untersucher, die weitreichende Konsequenzen für die Patienten hat, wird also entscheidend von höchst subjektiven Beziehungserfahrungen der Untersucher mitbeeinflusst. Inwieweit der Aspekt des Beziehungserlebens bei der Indikationsstellung auch für Vertreter anderer Psychotherapierichtungen wichtig ist, bedarf weiterer Untersuchungen. Der Einfluss der Zugehörigkeit der Untersucher zu einer bestimmten Psychotherapieschule auf die Indikationsstellung scheint allerdings plausibel: Bei einem Vergleich zwischen Verhaltenstherapeuten und Psychoanalytikern hinsichtlich ihrer Wahrnehmung der Patienten und in Bezug auf die Therapieemp-

fehlung im Erstkontakt konnte gezeigt werden, dass die Krankheitsbilder und die Krankheitsschwere von beiden Therapeuten-Gruppen genauso eingeschätzt wurden; aber die Psychoanalytiker maßen der Biografie einen größeren Stellenwert bei, während die Verhaltenstherapeuten stärker die Bedeutung der Bewältigungskompetenz in den Vordergrund stellten. Die Verhaltenstherapeuten schätzten die Beziehung zu den Patienten insgesamt positiver ein, was durch die Beachtung der nur indirekt erschließbaren Objektbeziehungs- und Übertragungsaspekte seitens der Psychoanalytiker erklärbar scheint. Bei den Therapieempfehlungen lag die Chance, dass ein Psychoanalytiker Verhaltenstherapie empfahl, bei 23 %, während die Aussicht darauf, von einem Verhaltenstherapeuten ein psychoanalytisches Verfahren empfohlen zu bekommen, sogar nur 7 % betrug [10].

Das vorliegende Ergebnis unserer Untersuchung lässt sich nun von zwei Seiten interpretieren: Einerseits könnte es als Nachweis für mangelnde Professionalität der Untersucher und deren Blindheit gegenüber anderen psychotherapeutischen Verfahren gedeutet werden. Andererseits kann das Beziehungserleben der Untersucher auch als Quelle wichtiger prognostischer Information verstanden werden, so dass die hier gefundenen Zusammenhänge geradezu als Nachweis von Professionalität interpretierbar wären. Unabhängig davon, welcher Version man sich anschließen möchte, weisen diese Befunde auf die bedeutsamen Einflüsse des individuellen Beziehungserlebens der Therapeuten für Therapieempfehlung und prognostische Einschätzung hin. Vielleicht sollte dieses Ergebnis – gerade in einer Zeit, in der Psychotherapie durch einen Trend zur Manualisierung eine Reduzierung auf Behandlung von Störungen erfährt [11], – als Aufforderung gewertet werden, sich wieder mehr den komplexen interaktionellen Prozessen zwischen Therapeut und Patient zuzuwenden.

Die Betonung solcher Gesichtspunkte findet sich in einer interessanten Weiterentwicklung der Psychoanalyse, die als „Intersubjektivität“ bezeichnet wird. Es handelt sich hierbei um eine Neuformulierung theoretischer Konstrukte (wie z.B. Übertragung und Gegenübertragung), was zwangsläufig die psychoanalytische Behandlung verändert [12]. Auf den Anspruch, Objektivierbares – im Sinne der Wirklichkeitsrekonstruktion verdrängter Erinnerungen – in der psychoanalytischen Behandlung zu Tage zu fördern, wird dabei weitgehend verzichtet. Stattdessen findet eine „intersubjektive“ Wirklichkeitskonstruktion statt, die auch die Beziehungswahrnehmung des Therapeuten und des Patienten in der Behandlung einschließt.

Moras u. Strupp [13] kommen auf der Basis ihrer Untersuchungen zu Schlussfolgerungen, welche die Interpretation der hier vorgestellten Ergebnisse stützen. Sie konnten zeigen, dass die Fähigkeit zur Mitarbeit in einer Kurzzeittherapie auch durch das Ausmaß der Beziehungsfähigkeit der Patienten vor der Therapie voraussagbar war (Varianzaufklärung bis zu 25%). Sie beschrieben das zwar zunächst als Patientenvariable, machten dann allerdings die folgende Klarstellung: „Vom klinischen Standpunkt aus muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass der größte Teil der Varianzaufklärung durch keine Art der Diagnostik erfassbar ist. Das wäre ein Hinweis dafür, dass der Therapeut für die Unterstützung seines Patienten bei der Entwicklung einer therapeutischen Beziehung zunehmend wichtig wird.“ (Übersetzung W. K.)

Die Epoche in der Psychotherapie, in der sich Prognose und Therapieindikation vor allem an den Persönlichkeitsmerkmalen der Patienten orientierten, wie sie seinerzeit z. B. von Heigl [14] zusammengefasst wurden, ist vorüber. Die Psychotherapieforschung der letzten Jahrzehnte hat zunehmend klar gemacht, dass auch dem Prozess des Indizierens bzw. Prognostizierens selber ein hoher Stellenwert zukommt: „Der Zugang, die Realisierung, der Verlauf und schließlich das Ergebnis einer Psychotherapie sind nur als Folgen sozialer Aushandlungsprozesse zu verstehen“ [15]. Die von uns jetzt vorgestellten Ergebnisse haben die Therapeutenseite bei der Ausgestaltung eines solchen Aushandlungsprozesses im Vorfeld einer möglichen psychotherapeutischen Behandlung beleuchtet.

Literatur

- ¹ Seidenstücker G, Baumann U. Zur Situation der Indikationsforschung. Bericht über den 31. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Göttingen: Hogrefe, 1979; Bd. 2: 379–386
- ² Lambert MJ, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (eds): Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley, 1994; 4. Aufl.: 143–189
- ³ Schneider W. Leitlinien der Indikationsforschung zur Psychotherapie – Forschungsstrategien, Begrenzungen und Unterlassungen. In: Schneider W (Hrsg): Indikationen zur Psychotherapie. Weinheim: Beltz, 1990: 15–62
- ⁴ Luborsky L. Helping alliances in psychotherapy. In: Claghorn JL (ed): Successful psychotherapy. New York: Brunner u. Mazel, 1976
- ⁵ Morgan R, Luborsky L, Crits-Christoph P, Curtis H, Solomon J. Predicting the outcomes of psychotherapy by the penn helping alliance rating. Method Archiv Gen Psychiatry 1982; 39: 397–402
- ⁶ Orlinsky DE, Howard KI. The relation of process to outcome in psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE (eds): Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley, 1987; 2. Aufl.
- ⁷ Rudolf G, Grande T, Porsch U. Die initiale Patient-Therapeut-Beziehung als Prädiktor des Behandlungsverlaufs. Eine empirische Untersuchung prognostischer Faktoren in der Psychotherapie. Zschr Psychosom Med 1988; 34: 32–49
- ⁸ Faller H. Gegenübertragung und Indikationsstellung für Psychotherapie. Zschr Psychosom Med 2000; 46: 349–367
- ⁹ Blaser A. Die Wirksamkeit von Wahrnehmungsstereotypen bei der Indikation zur Psychoanalyse. Zeitschr Psychosom Med 1989; 35: 59–67
- ¹⁰ Faller H, Wagner RF, Weiß H. Therapeutische Orientierung und Wahrnehmung des Patienten bei der Erstuntersuchung. Psychotherapeut 2000; 45: 108–115
- ¹¹ Auckenthaler A. Die Manualisierung der Psychotherapie. Ziele und Implikation. In: Hermer M (Hrsg): Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts. Tübingen: DGVT-Verlag, 2000: 213–223
- ¹² Stolorow RD, Brandchaft B, Atwood GE. Psychoanalytic treatment – an intersubjectiv approach. Hillsdale: Analytic Press, 1987 (Dt.: Psychoanalytische Behandlung – ein intersubjektiver Ansatz. Fischer, Frankfurt/M. 1996)
- ¹³ Moras K, Strupp H. Pretherapy interpersonal relations, patients' alliance, and outcome in brief therapy. Arch Gen Psychiatry 1982; 39: 405–409
- ¹⁴ Heigl F. Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1978; 2. überarb. Aufl.
- ¹⁵ Kächele H, Kordy H. Indikation als Entscheidungsprozess. In: Adler RH, Herrmann JM, Köhle K, Schoenecke OW, von Uexküll T, Wesiack W (Hrsg): Psychosomatische Medizin. München: Urban & Schwarzenberg, 1996; 5. Aufl.: 352–362

Buchbesprechung

Zur Philosophie der Medizin

W. Pieringer, F. Ebner (Hrsg)

2000, 222 S., (Springer, Wien). Kart. € 27,-, ISBN 3-211-83446-X

In dem Buch wird „das Ergebnis einer Tagung in Graz“ dargestellt, wie es im Vorwort heißt. Wann die Tagung stattfand, wird nicht erwähnt. Unter „Ergebnis“ wird dabei offenbar verstanden die Zusammenstellung von Referaten dieser Tagung. Wie so häufig ist auch hier festzustellen, dass Referate, die beim Hören anregend sind, sich längst noch nicht zu einer Publikation mit ihren anderen Ansprüchen eignen. Es finden sich verschiedene Gedanken zur Medizin als Wissenschaft, zu Ausbildungsfragen, zur Geschichte, aber sehr wenig zu einer Philosophie der Medizin im engeren Sinne. Der Anspruch, der mit dem Titel des Buches gesetzt wird, trotz des einschränkenden „Zur“ ist zu hoch gesetzt, mit der Folge, dass die Erwartungen des Lesers enttäuscht werden zulasten einzelner bedenkenswerter Ausführungen. Man kann das pars pro toto exemplifizieren daran, dass in einem kurzen Vorspann zum Autor und dem folgenden Beitrag, wie er jedem Artikel vorangestellt wird, es einmal heißt, dass der Titel des Beitrags ursprünglich lautete „Zur Unterschiedlichkeit des Sachbezuges und der diagnostischen Verfahren in den Wissenschaften von Menschen“, woraus dann im Buch der Titel wurde „Zur Philosophie der Humanmedizin“. Ärgerlich wird das Buch an den Stellen, an denen die Darstellung weit hinter den Stand der gegenwärtigen philosophischen Debatte zurückfällt, wie z. B. bei einzelnen Ausführungen zum Leib-Seele-Problem. Von philosophisch zu nennenden Erörterungen würde man grundlegendere Begriffsklärungen und Argumentationen erwarten. Leider merkt man dem Buch auch an, dass der Verlag beim Lektorat sparte. So werden z. B. im Text Autoren genannt, die man im Literaturverzeichnis vergeblich sucht; Texte von zitierten Autoren werden mit unterschiedlichen Jahreszahlen im Text und im Literaturverzeichnis genannt; in einem Text wird der Literaturhinweis nur mittels einer Zahl gegeben, während das Literaturverzeichnis selbst unnummeriert ist, so dass der gesuchte Literaturhinweis mittels Abzählen gefunden werden muss.

Fazit: Der Titel lockt, die Lektüre enttäuscht mit wenigen Ausnahmen.
Bernhard Küchenhoff, Zürich