

nimmt, wie manche Patienten es erwarten, eine Führerrolle. Er lenkt thematisch, fragt, stuft als wichtig und unwichtig ein, bagatellisiert befürchtungsbeladene Symptome, erklärt Zusammenhänge, regt an, besänftigt, beruhigt, ermutigt, zeigt Ziele, appelliert, kontrolliert, lobt, tadelt, gibt Ratschläge und überredet. Dabei bekommen zahlreiche seiner Stellungnahmen suggestive Form. Wenn diese Gesprächsführung wohllosiert und geschickt gehandhabt wird, hat sie den Vorteil, daß mancher Patient rasch Irrtümer aufgibt, neue Orientierungen bekommt und anderes Verhalten versucht. Jedoch besteht stets die Gefahr, daß bei diesem mehr auf den Therapeuten zentrierten Vorgehen tatsächliche Probleme des Patienten übersehen, zurückgedrängt oder fehlgedeutet werden, daß sich eine spannungsgeladene Symptomatik nicht zurückbildet, daß man die Änderungs- und Durchhaltungsmöglichkeiten des Patienten überschätzt und daß er entweder enttäuscht fernbleibt oder sich von der Therapeutenautorität abhängig macht. Daher wird die psychagogische G. nur dann angewendet, wenn es sich um eine nur durch Beratung erledigungsfähige Problematik handelt, wenn keine Zeit für andere Psychotherapiearten zur Verfügung steht oder, nach Einsatz dieser, bei äußerlich bedingtem Abschluß. Ferner bedient man sich der psychagogischen G., wenn Intelligenzschwäche, Alterserstarung der psychischen Haltungen oder ein beträchtlicher Anteil organischer Erkrankungskomponenten die Wirksamkeit anderer Methoden zweifelhaft erscheinen lassen.

2. Die *analytische G.* wurde von S. FREUD eingeführt, von anderen weiterentwickelt und findet meist so statt, daß der Patient, vom Therapeuten abgewandt, entspannt liegt. Er soll alles, was ihm in den Sinn kommt, auch Unwesentliches und Peinliches, unsortiert und unverfälscht aussprechen bzw. beschreiben. Auch seine Träume und lebensgeschichtlichen Früherinnerungen soll er berichten und durch freies f Assoziieren, also durch Äußerung spontaner, oft nur indirekt und ganz subjektiv dazugehöriger Einfälle ergänzen. Es wird erwartet, daß in diesem gelockerten Zustand bis dahin unbewußt oder verdrängt gewesenes psychisches Material ins Bewußtsein und zum Ausdruck kommt und daß Emotionen, die früher anderen Personen galten, unwillkürlich auf den Therapeuten übertragen werden. Der Therapeut bemüht sich um eine vorurteilslose Aufmerksamkeit und führt den Patienten nur wenig. Der Patient produziert in dieser asymmetrischen Patient-Therapeut-Beziehung so etwas wie ein Selbstgespräch, zu dem der Therapeut Anmerkungen macht. Diese werden so gegeben, daß Themen, die für die Erkrankung des Patienten pathogenetisch wichtig erscheinen, besonders beachtet und durch f Deutungen auf gehellt werden.

Einstellungen, die durch emotionelle | Übertragung auf den Therapeuten sichtbar werden, analy-

siert dieser in einem für die Beziehung günstigen Maße. Mit solchen theorieentsprechenden, über den unmittelbaren Erlebniszusammenhang hinausgehenden, erklärenden Interpretationen, die weniger auf die Störung und das manifeste Erleben und Verhalten als auf Hintergrunds- und Lebenslaufzusammenhänge gerichtet sind, sollen infantile Fixierungen behoben, Fehlhaltungen aufgelöst, Wiederholungszwänge überflüssig gemacht und Neuorientierungen durch Erkenntnis bzw. einsichtiges Lernen ermöglicht werden. Die Symptomatik verschwindet dann von selbst. Der Widerstand, den viele Patienten diesem für sie schwierigen und aufwühlenden Verfahren, einer solcherart biographischen Psychotherapie, entgegengesetzt, wird ebenfalls gedeutet, überwiegend als Angst vor der Wiederkehr der ins Unbewußte verdrängten peinlichen Vorstellungen und als Abwehr negativ bewerteter Wünsche, meist sexueller oder aggressiver Art. Neuere Entwicklungen der analytischen G. bemühen sich um die Anpassung der Methode an unterschiedliche psychische Erkrankungen und unterschiedliche Patienten- und Therapeutenpersönlichkeiten, ferner um eine straffere, weniger langwierige Analyse (f Kurztherapie), um die Anwendung in der f Gruppentherapie sowie um die Verknüpfung mit der Spiel- und Gestalttherapie, besonders bei Kindern. Die analytische G. ist umstritten, a) weil sie von dem der psychoanalytischen Neurosentheorie zugrunde gelegten Menschenbild (I Psychoanalyse) abhängig ist, wenn auch eingeräumt werden muß, daß einzelne technische Elemente davon ablösbar sind, b) weil sich erwiesen hat, daß Patienten durch Interpretationen verunsichert und fehlorientiert werden können, c) weil für bestimmte Indikationen, z. B. für die phobische Fehlverarbeitung eines traumatischen Ereignisses, andere Methoden, wie die Verhaltenstherapie, effektiver sind.

3. Die *nicht-direktive, pa ti en t-zen trier te G.* unterläßt sowohl psychagogische Einwirkungen als auch das analytische Interpretieren. Da es psychotherapeutisch effektiv ist, wenn der Patient die ihn am meisten belastenden Erlebnisse dem Therapeuten verständlich zu machen sucht, verhält sich der Therapeut so, daß dies dem Patienten immer besser gelingt: Er faßt das, was er von den Gedanken und Gefühlen des Patienten versteht, so in Worte, daß sich der Patient genau verstanden sowie als Persönlichkeit akzeptiert fühlt. Der Grad der Realisierung der Therapeuten-Verhaltensvariablen wie Verbalisierung, Wertschätzung und Echtheit und der Grad der dadurch ermöglichten f Selbstexploration des Patienten wird in der Forschung mit Schätzkalen kontrolliert.

In der *Gruppentherapie*, die oft als Gesprächspsychotherapie gehandhabt wird, bekommen sowohl die Therapeuten- wie die Patienten-Äußerungen andere Wirkzusammenhänge infolge der dort nicht nur dualen, sondern pluralen Situation.