

# 1

## Die Bedeutung der Psychotherapieforschung für die Seelsorge

*Samuel Pfeifer*

*Psychiatrische Klinik Sonnenhalde, Riehen bei Basel*

**Wohl keine Behandlung in der Medizin ist so komplex und so schwer faßbar wie das Geschehen im Rahmen einer Psychotherapie. Während sich viele medizinische Heilweisen in klar meßbaren und statistisch verwertbaren Parametern beschreiben und kontrollieren lassen, fällt es schwer, die Vielschichtigkeit eines Gesprächs und einer therapeutischen zwischenmenschlichen Beziehung zu erforschen, zumal diese eingebettet ist in den Prozeß eines individuellen Lebensverlaufes. Fragt man die Therapeuten nach den Gründen für den guten Verlauf einer Beratung, so berufen sie sich auf ihre therapeutischen Methoden. Stellt man Seelsorgern die Frage, so weisen sie oft auf ihr Menschenbild und ihre seelsorgerlichen Strategien hin. Fragt man hingegen die Patienten bzw. die Ratsuchenden, so betonen sie die Beziehung zum Therapeuten bzw. zum Seelsorger und dessen Fähigkeit, auf sie einzugehen und ihnen bei der Bewältigung ihrer Fragen und Probleme zu helfen. Wer hat nun recht?**

Die Psychotherapieforschung versucht zu ergründen, welche Faktoren für den Verlauf und den Erfolg einer Therapie maßgeblich sind. Doch läßt sich Psychotherapie in ihrem Prozeß und ihrer Wirksamkeit überhaupt erforschen? In der Tat

ginge man mit den Methoden naturwissenschaftlicher Forschung an die Psychotherapie heran, man würde kläglich scheitern (!). In ihrer Rolle zwischen Wissenschaft und Weltanschauung werden sich gewisse Aspekte wohl immer dem forschenden Untersucher entziehen. Und dennoch machte die zunehmend unüberschaubar gewordene Vielfalt psychotherapeutischer Angebote es notwendig, Fragen nach den wirksamen Faktoren einer Psychotherapie, nach den Indikationen, Nebenwirkungen und Kontraindikationen, und nicht zuletzt auch nach den Kosten für das öffentliche Gesundheitswesen zu erhellen. Meines Wissens wurden die Ergebnisse der Psychotherapieforschung der letzten 30 Jahre noch nie auf die Seelsorge angewendet. Im folgenden Beitrag soll der Versuch unternommen werden, ihre Impulse aufzunehmen, ohne das inhaltliche Grundanliegen einer biblischen Lebensberatung aufzugeben.

### *Begriffsdefinitionen*

**SEELSORGE:** Aufgrund der Literatur der letzten fünfzig Jahre ist keine einheitliche Definition möglich. Die Umschreibung der Aufgabenstellung der Seelsorge reicht sinngemäß von „Verkündigung des Wortes Gottes an den einzelnen“ (*Thurneysen*<sup>2</sup>) bis hin zu „Psychotherapie im kirchlichen Kontext“ (*Schütz*<sup>3</sup>). Hilfreich sind in diesem Zusammenhang auch die Begriffe, die in andern Sprachen für den deutschen Ausdruck „Seelsorge“ verwendet werden. So legt das englische „Biblical Counseling“ den Schwerpunkt auf die Dimension der Beratung, während das französische „Relation d’aide“ den Aspekt der hilfreichen Beziehung betont. Von *Tacke*<sup>4</sup> wurde die Kurzformel „Glaubenshilfe als Lebenshilfe“ geprägt, die ich sinngemäß in folgende Definition fassen möchte: Seelsorge ist Hilfe zur Lebensbewältigung aufgrund der Aussagen der Bibel.

**PSYCHOTHERAPIE:** Eine der umfassendsten Definitionen hat der amerikanische Psychotherapeut *Wolberg*<sup>5</sup> gegeben: „Psychotherapie ist die Behandlung emotionaler Probleme mit psychologischen Mitteln, wobei ein dafür ausgebildeter Therapeut mit Bedacht eine berufliche Beziehung zum Patienten herstellt mit dem Ziel:

1. bestehende Symptome zu beseitigen, zu modifizieren oder zu mildern,
2. gestörte Verhaltensweisen zu wandeln und
3. die günstige Reifung und Entwicklung der Person zu fördern.“

Als Ziel einer Psychotherapie formulierte *Strupp*<sup>6</sup> „die Förderung des Lernens in einem interpersonellen Kontext.“

## Die Fragestellungen der Psychotherapieforschung

Im Jahre 1952 veröffentlichte *Eysenck*<sup>7</sup> eine aufrüttelnde Arbeit, in der er anhand von empirischen Daten darlegte, daß der Verlauf neurotischer Störungen durch eine Psychotherapie nicht nennenswert beeinflußt werde. Er verglich die Befindlichkeit von Patienten, die sich einer intensiven Psychotherapie unterzogen mit derjenigen von Patienten, die auf eine Warteliste gesetzt wurden und keine Therapie erhielten. Sein überraschendes Ergebnis: beide zeigten in etwa die gleiche Besserung ihres Zustandes. *Eysencks* Befunde konnten nie völlig widerlegt werden und mahnen bis heute zur Bescheidenheit in der Bewertung therapeutischer (und seelsorglicher) Erfolgsmeldungen. In der Folge wurde jedoch eine Vielzahl von Studien und Meta-Analysen durchgeführt, die doch ein differenzierteres Bild von der eigentlichen Effektivität einer fachgerechten Psychotherapie zeichnen (vgl. die umfangreiche Übersicht von *Lambert et al.*<sup>8</sup>).

Diese Studien wurden vor allem ermöglicht durch die Ablösung der Psychoanalyse durch die neue gesprächs- und verhaltensorientierten Therapiemodelle. Ihnen allen ist gemeinsam, daß sie ihr Angebot zeitlich limitierten und Kriterien zur Überprüfbarkeit des Therapiegeschehens aufstellten, womit Anhaltspunkte für die systematische Erforschung der Psychotherapie geschaffen wurden. Eine ausführliche Übersicht über den Stand der heutigen Psychotherapieforschung wurde an anderer Stelle gegeben<sup>9</sup>, sodaß ich mich hier auf eine kurze Darstellung der wichtigsten Befunde beschränken möchte. Die Themen, mit denen sich die Psychotherapieforschung beschäftigt werden in Tab. 1 kurz zusammengefaßt:

---

**Tabelle 1:** Fragestellungen der Psychotherapieforschung

---

1. Was sind die Ziele einer Psychotherapie?
  2. Welche Patienten brauchen eine Psychotherapie?
  3. Welche Patienteneigenschaften begünstigen eine erfolgreiche Psychotherapie?
  4. Welche Therapeuteneigenschaften begünstigen eine erfolgreiche Psychotherapie?
  5. Welche Methoden bringen therapeutischen Erfolg?
  6. Wie läßt sich therapeutischer Erfolg messen?
  7. Welche Wertmaßstäbe prägen die Evaluation des Erfolgs?
  8. Welches sind die Nebenwirkungen einer Therapie, gibt es auch negative Auswirkungen?
  9. Zusammenfassend: Welche Behandlung durch wen ist am wirksamsten für diese Person mit diesem spezifischen Problem, unter welchen speziellen Umständen?
-

## *Ziele der Psychotherapie*

Die Ziele einer Psychotherapie sind immer abhängig von den Vorstellungen eines Therapeuten über psychische Gesundheit, Krankheit und Heilung. Hier spielen die Wertmaßstäbe des Therapeuten und der Gesellschaft, in der er lebt, eine wichtige Rolle. Eine hilfreiche Darstellung dieser Problematik wurde von *Strupp und Hadley*<sup>10</sup> veröffentlicht. Sie entwarfen ein dreiteiliges Modell psychischer Gesundheit, das sich explizit auf Therapieziele und -ergebnisse bezieht. Es seien drei Hauptgruppen, die jeweils aus ihrer Sicht ein Interesse an psychischer Gesundheit hätten:

1. Die Gesellschaft (einschließlich wichtiger Bezugspersonen im Leben eines Patienten)
2. Der betroffene Patient selbst
3. Der Psychotherapeut

Jeder hat seine eigenen Werte bzw. Maßstäbe und seine Bewertungsgrundlagen, aus denen die entsprechenden Folgerungen für eine Therapie gezogen würden. Die obigen drei Komponenten der Maßstäbe zur Beurteilung einer erfolgreichen Beratung finden sich auch in der Seelsorge. Hier könnten sie wie folgt umformuliert werden:

1. Der kulturell-kirchliche Kontext (Gesellschaft und „christliche Subkultur“)
2. Der betroffene Ratsuchende mit seinen persönlichen Bedürfnissen, (z.B. nach Liebe und Anerkennung, seinen Gefühlen und psychosomatischen Reaktionen, seinem Bedürfnis nach Kongruenz von persönlichem Erleben und Glaubensüberzeugungen.)
3. Der Seelsorger mit seinem Bibelverständnis und seinem Menschenbild, sowie seiner Sichtweise von Reife aus biblischer Sicht.

**Tabelle 2:** Unterschiedliche Sichtweisen seelischer Gesundheit in der Seelsorge.

<b>Perspektive</b>	<b>Werte / Massstäbe</b>	<b>Bewertungsgrundlage</b>
1. Gesellschaft und christliche „Subkultur“	Wertmassstäbe der Gesellschaft allgemein; zudem Übernahme spezifisch christlicher Verhaltensnormen. Einordnung und Engagement im Rahmen der christlichen Gemeinschaftsstrukturen.	Beobachtung des Verhaltens, inwieweit die ratsuchende Person die Normen (Gebote) erfüllt.
2. Ratsuchende Person	Erfüllung der Grundbedürfnisse nach Annahme (Liebe) und Anerkennung (Wert). Zudem Kongruenz persönlichen Erlebens mit Glaubensüberzeugungen und sinngebenden Strukturen.	Subjektives Empfinden von Selbstwert, Annahme, psychovegetatives Wohlbefinden. Gefühl der Harmonie zwischen persönlichem Erleben und Glauben.
3. Seelsorger/in	Abhängig vom Bibel- und Realitätsverständnis: geundes und ausgewogenes geistliches Leben, das sich auf die Bewältigung des Alltags und besonderer Belastungssituationen bezieht.	Allgemeines Urteilsvermögen unter Berücksichtigung der Aussagen der Bibel. Therapeutische Variablen werden ergänzt durch die Beobachtung des geistlichen Lebens.

Anmerkung: Die hier aufgeführten Stichworte können um der Übersichtlichkeit willen nur ein sehr grobes Raster sein, das dann in der Einzelsituation von ratsuchender Person und Seelsorger/in beschrieben werden müsste. Dennoch lassen sich daraus, analog zu den Wertmasstäben in der säkularen Psychotherapie wichtige Tendenzen ablesen.

Zwei Beispiele sollen diese Tabelle veranschaulichen:

*Beispiel 1:* Rita ist 24 Jahre alt und leidet unter Ängsten, Schlafstörungen und Verdauungsbeschwerden. Begonnen hatten die Beschwerden nach einer Beinahe-Vergewaltigung im Alter von 17 Jahren. In der Gesellschaft würde sie nicht als krank betrachtet, denn sie arbeitet regelmäßig, lebt als ruhige Mitbürgerin und zahlt regelmäßig ihre Steuern. Anders in der christlichen Subkultur ihrer Gemeinde. Dort wurde sie schon öfter gefragt, warum sie nach dem Gottesdienst so schnell verschwinde und sich so wenig ins Gemeindeleben einbringe. Für ihre Ängste in der Masse findet sie wenig Verständnis. Als Individuum leidet sie deutlich. Durch ihre Ängste kann sie viele Kontakte nicht so pflegen, wie sie dies gerne möchte. Oft stellt sie sich auch die Frage: „Wenn Jesus doch verheißt, die Angst wegzunehmen, warum werde ich denn nicht frei?“

Auch aus der Sicht des Seelsorgers ist sie therapiebedürftig. Im Gespräch äußert sie Zweifel an der Liebe Gottes, stellt immer wieder die Frage nach dem Warum des damaligen Horror-Erlebnisses. In ihrem persönlichen Glaubensleben (Bibellese, Gebet, Gemeinschaft) entspricht sie nicht seiner Vorstellung eines reifen Christen.

*Beispiel 2* zeigt eine ganz andere Konstellation: Johannes, 26-jährig, war schon mehrmals wegen einer psychotischen Störung in einer Klinik hospitalisiert gewesen. Fragt man ihn, wie er sich als Individuum fühle, so verneint er jegliche Probleme, vielmehr sieht er sich als Helfer der Menschen und der Tiere. Er wolle nicht im Streß leben und verzichte deshalb auf eine regelmäßige Arbeit. In der Gesellschaft eckt er massiv an: vor kurzem hat er die Goldfische aus dem Teich eines nahegelegenen Parks gefischt und sie im nächsten Fluß „in die Freiheit“ entlassen. Auch in seiner Gemeinde (christliche Subkultur) fällt er unangenehm auf, weil er sich ungewöhnlich kleidet und nach dem Gottesdienst raucht. Man kann sich leicht vorstellen, daß er auch aus der Sicht des Seelsorgers therapiebedürftig ist.

### *Wie wirksam ist eine Psychotherapie?*

Inwiefern läßt sich nun therapeutischer Erfolg erzielen und wie gut läßt er sich vorhersagen? Um diese Frage zu beantworten, verfolgten *Luborsky et al.*<sup>11</sup> den Verlauf von 73 analytisch orientierten Therapien. Patienten, Therapeuten und Beobachter gaben zu Beginn der Therapie anhand verschiedener Skalen ihre Vorhersage über den mutmaßlichen Erfolg ab. Diese wurden am Ende mit dem effektiven Erfolg korreliert. Dabei ergab sich, daß der Ausgang einer Psychotherapie weitgehend unvorhersagbar war; daß auch erfahrene Beobachter sehr unterschiedliche Vorhersagen machten und daß schließlich die Eigenschaften und die Motivation des Patienten am meisten über den Ausgang einer Therapie aussagten.

In ihrer umfassenden Metaanalyse untersuchten deshalb *Bergin und Lambert*

<sup>12</sup> die Wirksamkeit einzelner Therapien. Wie sie feststellten, ist die Spontanremissionsrate (also Verbesserung des Zustandes ohne therapeutischen Eingriff) erstaunlich hoch und trägt durchschnittlich zwischen 40 und 60 Prozent zum TherapieErgebnis bei. Nicht selten brachte bereits das eine Interview zu Beginn der Studie soviel Erleichterung, daß sich der Patient danach besser fühlte, obwohl er in der Kontroll-Gruppe ohne eigentliche Psychotherapie geführt wurde. Die Autoren kommen zum Schluß, daß Psychotherapie in vielen Fällen deutlich mehr bringt als ein unbehandelter Spontanverlauf. Andererseits gelte es aber auch, diejenigen Faktoren besser zu untersuchen, die außerhalb einer deklarierten therapeutischen Beziehung Aufschluß über ein mögliche Besserung geben, nämlich

- a) Natur und Schweregrad einer Störung („endogen“, „neurotisch“, reaktiv)
- b) Dauer der Störung vor Inanspruchnahme einer Therapie (akute Störungen haben eine bessere Prognose als chronische),
- c) Äußere Belastungssituationen (Life events, Stress)
- d) Persönliche Bewältigungsmöglichkeiten (Coping) und
- e) Nicht-professionelle Unterstützung durch Freunde, Bekannte oder paraprofessionelle Helfer (unter die in der psychotherapeutischen Literatur auch die Seelsorger eingereiht werden <sup>13</sup>).

### ***Wirksamkeit und Nebenwirkungen der Psychotherapie***

Gibt es nun aber nicht therapeutische Methoden, die wirksamer als andere sind? *Luborsky et al.* <sup>14</sup> gaben einen Überblick über 124 Studien, in denen verschiedene Formen der Psychotherapie verglichen wurden, insbesondere psychoanalytische Therapie, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie, sowie Kombinationen von Psychotherapie mit medikamentöser Behandlung. In der Mehrzahl ergaben sich gleichwertige Therapie-Erfolge trotz unterschiedlicher Methodik. Nur zwei Verfahren waren bei klar umschriebenen Krankheitsbildern überlegen: Verhaltenstherapie bei fokalen Phobien und eine medikamentöse Therapie bei Krankheiten von psychotischem Schweregrad (Schizophrenie, schwere Depression). Die Beschreibung einer Therapie wäre aber unvollständig, würde man nicht auch auf ihre unerwünschten Nebenwirkungen und Kontraindikationen zu reden kommen. Wie jede wirksame Therapie birgt auch eine Psychotherapie die Gefahr negativer Verläufe in sich, sodaß Indikationen und Kontraindikationen sorgfältig abgewogen werden müssen <sup>15</sup>. Eine Umfrage unter 70 prominenten amerikanischen Psychiatern <sup>16</sup> ergab eine Rate von 3 bis 6 Prozent negativer Auswirkungen als Folge einer Psychotherapie. Diese werden definiert als Zustandsverschlimmerung eines Patienten als Folge des therapeutischen Einflusses. Insbesondere werden als negative Auswirkungen beschrieben <sup>17</sup>:

- Verschlimmerung bestehender Symptome das Auftreten neuer Symptome
- der Mißbrauch einer Therapie und die Ausnützung des Patienten
- das Anstreben unrealistischer Aufgaben und Ziele der Vertrauensverlust in die Therapie und den Therapeuten.

Diese negativen Verläufe sind grundsätzlich in jeder Therapieform möglich, und können nicht immer ursächlich auf die Therapie an sich oder ein offenes Fehlverhalten des Therapeuten bezogen werden. Hingegen scheinen weltanschaulich geprägte, magischmystische Therapieverfahren des sogenannten „Psychobooms“ in vermehrtem Maße die Gefahr in sich zu bergen, zu einer hörigabhängigen Beziehung mit dem Therapeuten zu führen <sup>18</sup>.

### *Die Beziehung Therapeut Patient*

Die wenig ausgeprägten Unterschiede zwischen den einzelnen Therapiemethoden liegt darin begründet, daß mehr noch als ein methodenspezifisches Vorgehen, die Patienteneigenschaften, die Persönlichkeit des Therapeuten und die Art der therapeutischen Beziehung eine wichtige Rolle spielen. Diese Faktoren sind sogar noch wichtiger als die Ausbildung der Therapeuten. In einer Studie von *Strupp und Hadley* <sup>19</sup> ergaben sich folgende Unterschiede zwischen professionellen Therapeuten und College-Professoren ohne Therapieausbildung: Die Analytiker waren „professioneller“ im Zuhören, Fragenstellen und Deuten, und sie zeigten eine deutliche Distanz. Erfahrungsorientierte Therapeuten hingegen schufen eine entspanntere Atmosphäre, gaben eher einmal Ratschläge und waren eher willig, andere Themen außer Gefühlen, Konflikten und Schwierigkeiten zu besprechen, die bei den Analytikern im Vordergrund standen.

Wichtigster Faktor für eine erfolgreiche Therapie, so die Autoren, seien „die heilenden Auswirkungen einer positiven menschlichen Beziehung.“ Dabei spielt die Persönlichkeit des Therapeuten eine entscheidende Rolle <sup>20</sup>. Ein guter Therapeut ist emotional warm, aufmerksam, interessiert und ein wohlwollender Zuhörer. Er lehnt es nicht ab, einen Rat zu geben, spricht eine verständliche Sprache und verstrickt sich nicht in Machtkämpfe mit dem Ratsuchenden.

Auch die Klienten-Variablen wurden in einem breiten Rahmen untersucht <sup>21</sup>, doch ist es schwierig, hier aufgrund wissenschaftlich einwandfreier Studien ein klares Bild zu gewinnen. Vielmehr scheinen sich die alten Erfahrungswerte zu bestätigen, die *Schofield* <sup>22</sup> einmal mit dem YAVIS-Akronym umschrieben hat. Die besten Chancen in einer Psychotherapie haben demnach Patienten mit folgenden Eigenschaften: jung (Y), attraktiv (A), verbal (V), intelligent (I) und beruflich erfolgreich (S für successful).

Wichtige Faktoren für den Verlauf einer Psychotherapie liegen auch darin, daß der Patient einen gewissen Leidensdruck hat, für die Therapie motiviert ist und sich

im Rahmen der therapeutischen Beziehung verstanden fühlt.

### ***Gemeinsame Wirkfaktoren aller Psychotherapie-Formen***

Die z.T. ernüchternden Ergebnisse der wissenschaftlichen Psychotherapieforschung haben die Aufmerksamkeit vermehrt auf die diejenigen Wirkfaktoren gelenkt, die allen Therapien gemeinsam sind. Manche Autoren sprechen dabei von „unspezifischen Faktoren“, doch wird dieser Begriff oft als abwertend empfunden. Aus diesem Grunde wird heute allgemein von gemeinsamen oder methodenübergreifenden Wirkfaktoren in der Psychotherapie gesprochen, um die Bedeutung dieser grundlegenden Phänomene gebührend zu würdigen. Bei der Beschreibung der gemeinsamen therapeutischen Faktoren sollte unterschieden werden zwischen dem *Prozeß* und dem *Inhalt* einer Psychotherapie.

Der Therapieprozeß beschreibt die innerseelischen Vorgänge beim Patienten und die interpersonalen Abläufe bzw. die Form der Kommunikation während der Therapie. *Karasu*<sup>23</sup> arbeitete drei Faktoren heraus, die sich in den verschiedensten Schulen wiederfinden lassen, nämlich

- a) emotionale Erfahrung, also ein Ansprechen des Gefühls
- b) kognitive Bewältigung (konstruktive Veränderung der Gedanken)
- c) Veränderung des Verhaltens.

Doch nicht nur der Therapieprozeß zeigt viele Gemeinsamkeiten, sondern auch die inhaltliche Gestaltung, wie dies von *Frank*<sup>24</sup> eindrücklich und erfrischend unkonventionell dargelegt wurde. Alle Psychotherapien, so seine These, versuchten trotz ihrer Mannigfaltigkeit, durch Akte des Überzeugens zu heilen. Damit kämen sie in die Nähe zu anderen Vorgängen des Heilens und Überzeugens: zur Heilkunst in primitiven Kulturen, zum Schamanismus, zu Wunderheilungen, religiösen Bekehrungen oder auch zu verschiedenen Formen ideologischer Beeinflussung. *Frank*<sup>25</sup> arbeitete sechs Charakteristika jeder therapeutischen Beeinflussung heraus:

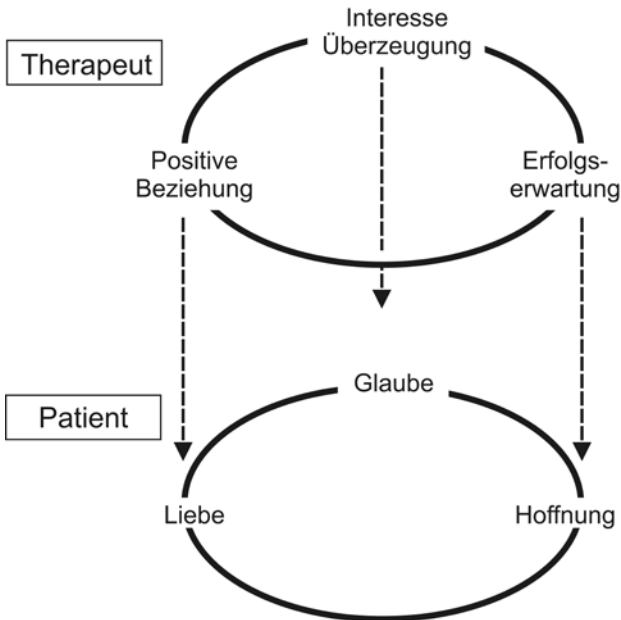
1. Eine intensive, gefühlsbetonte, vertrauensvolle Beziehung zur helfenden Person.
2. Eine rationale Begründung oder ein mythologischer Zusammenhang, der die Gründe für die Schwierigkeiten des Patienten erklärt und indirekt das Vertrauen des Patienten in seinen Therapeuten stärkt.
3. Darlegung neuer Informationen über die Ursache und Dynamik der Probleme des Patienten. Aufzeigen neuer alternativer Wege zum Umgang mit diesen Schwierigkeiten.
4. Stärkung der Erwartungen des Patienten auf Hilfe. Kurz: Hoffnung wecken.
5. Vermittlung eines Erfolgserlebnisses, das die Hoffnungen weiter stärkt

und ihm das Gefühl gibt, seine Schwierigkeiten meistern zu können.

#### 6. Emotionales Engagement des Therapeuten.

Reduziert man diese sechs Punkte, so kommt man auf die grundlegende Triade christlicher Seelsorge: LIEBE – GLAUBE – HOFFNUNG als Basis einer wirksamen Therapie (vgl. Abb. 1). Auch die Psychotherapie in ihren vielfältigen Schattierungen kommt also ohne Glauben nicht aus; sie ist vielmehr der Versuch der Seelsorge unter Vernachlässigung der religiösen Dimension, und damit immer unvollkommen und einseitig diesseits-orientiert. Wo Psychotherapie zur Ersatzreligion wird, vergißt, verdrängt oder disqualifiziert man oft allzu leichtfertig traditionelle Formen der Lebenshilfe auf dem Hintergrund christlicher Sinnggebung. *Jaspers*<sup>26</sup> hat einmal treffend geschrieben: „Die Psychotherapie braucht Glaubensgrundlagen, bringt diese aber selber nicht hervor. Daher ist für die Wahrhaftigkeit des Therapeuten notwendig, daß er erstens offen und bejahend wirklichem Glauben gegenüberstehen kann, zweitens, daß er der, wie die Erfahrung lehrt, fast unausweichlichen Neigung widersteht, aus der Psychotherapie eine weltanschauliche Lehre ... hervorgehen zu lassen“ (S. 685).

**Abbildung 1:** Gemeinsame Mechanismen in Psychotherapie und Seelsorge



## Implikationen für die Seelsorge

Welche Schlußfolgerungen ergeben sich nun für die Seelsorge? Welche Gemeinsamkeiten haben Psychotherapie und Seelsorge im Lichte der Psychotherapieforschung, welche Unterschiede? Lassen sich auch für die Seelsorge greifbare Kriterien für die unterschiedlichen Beratungsmodelle aufstellen? Welche Gemeinsamkeiten ergeben sich trotz unterschiedlichen Werten, Worten und Vorgehensweisen? Lassen sich insbesondere die *Frank'schen* Thesen über gemeinsame Wirkfaktoren unbesehen auf die Seelsorge übertragen?

In der Seelsorge lassen sich vier große methodische Richtungen ableiten, die zumindest auf der formalen Ebene mit Strömungen in der Psychotherapie korrespondieren, auch wenn sie vom Inhalt her eine andere Grundlage des Menschenbildes aufweisen:

- a) analytisch-dynamisches Modell,  
z.B. „Innere Heilung“ (*Macnutt, Sanford, Tapscott* u.a.)
- b) verhaltenstherapeutisch-kognitives Modell,  
z.B. nouthetische Seelsorge (*Adams*)  
z.B. kognitive Seelsorge (*Backus & Chapian*, z.T. auch *Crabb*)
- c) humanistisch-beziehungsorientiertes Modell  
z.B. beratende Seelsorge (*Clinebell, Stollberg* u.a.)

Schließlich schlägt sich zunehmend auch der Trend zu ekklektischen Therapien<sup>27</sup> in der Seelsorge nieder. Wichtige Beiträge haben hier *Crabb*<sup>28</sup> und *Dieterich*<sup>29</sup> geleistet. In beiden Modellen werden je nach Problem verschiedene Strategien angewendet und im Sinne methodenübergreifender Wirkfaktoren miteinander integriert.

Spricht man mit den Vertretern der verschiedenen Seelsorge-Richtungen, so wird von jeder Schule offen oder unterschwellig der Anspruch auf eine besondere Wirksamkeit erhoben, sei es auf der Ebene der Lebensbewältigung oder in der Frage echter geistlicher Veränderung. Obwohl es bis heute keine wissenschaftliche Untersuchungen dieser Ansprüche gibt, so ergibt sich doch auch in der Seelsorge der Eindruck, daß die Gemeinsamkeiten gegenüber den Unterschieden bei weitem überwiegen. Auch hier lassen sich die gleichen Wirkfaktoren beobachten, die Frank für die Psychotherapie beschrieb. Ich möchte kurz versuchen, anhand eines Beispiels die sechs Stufen nachzuzeichnen:

1. Der Seelsorger schafft eine Atmosphäre der Annahme und des Mitgefühls, die den Ratsuchenden zum Aussprechen seiner Nöte ermutigt.
2. Er erklärt dem Ratsuchenden anhand biblischer Texte oder eigener geistlicher Einsichten Gründe für seine jetzigen Probleme (z.B. unvergebene Schuld, Anfechtung oder „okkulte Belastung“). Damit kommt er dem Kausalitätsbedürfnis des Ratsuchenden entgegen, gleichzeitig wird auch sein Vertrauen gestärkt, daß es nun im Rahmen seines Glaubens Erklärungen gibt, die Grundlagen für eine Lösung bilden könnten.
3. Der Seelsorger gibt im Verlauf des Gesprächs und aufgrund zusätzlicher Informationen des Ratsuchenden weitere Informationen, die die Entwicklung seiner Probleme auf dem Hintergrund seines Glaubens verständlicher machen. Gleichzeitig wird ihm ein Weg gezeigt, wie er besser mit seinen Schwierigkeiten umgehen könne (z.B. „Beten Sie vor jeder angst-auslösenden Situation“ oder „Erforschen Sie Ihr Herz nach allen Beziehungen, über die Sie noch keinen Frieden haben. Bringen Sie mir nächstes Mal eine Liste dieser Personen. Wir wollen dann konkret um innere Heilung beten.“)
4. Stärkung der Erwartungen auf Hilfe, Hoffnung wecken. Dies geschieht oft durch ermutigende (Bibel)-Worte und Gebet.
5. Vermittlung eines Erfolgserlebnisses, das die Hoffnungen weiter stärkt. Der Ratsuchende hat beispielsweise deutliche Angstlösung als Folge des Gebetes erlebt und hat nun verstärkte Hoffnung auf die Lösung seiner Probleme. Oder: Der Ratsuchende kann wirklich eine Liste ungelöster Beziehungen erstellen und erfährt aus der Besprechung und dem Gebet weitere Hilfe.
6. Emotionales Engagement: Der Seelsorger nimmt weiterhin Anteil am Ergehen des Ratsuchenden, ist verfügbar und begleitet den Ratsuchenden auch in Zeiten, wo er neue Schwierigkeiten erlebt.

### *Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Psychotherapie und Seelsorge*

Aus den obigen Ausführungen möchte ich nun thesenhaft Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Psychotherapie und Seelsorge darstellen (vgl. Tabelle 3). Der wohl überraschendste Befund sind die vielen Gemeinsamkeiten von Psychotherapie und Seelsorge, die von ähnlichen Mustern der Gesprächsführung über ähnliche Modelle der Kausalität bis hin zu ähnlichen negativen Nebenwirkungen reichen. Enttäuschend mag die Feststellung sein, dass Seelsorge, und sie sie noch so biblisch, objektiv nicht wirksamer ist als eine säkulare Psychotherapie. Der tief-

**Tabelle 3:** Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Psychotherapie und Seelsorge

---

### **Gemeinsamkeiten von Psychotherapie und Seelsorge**

---

1. Die Seelsorge teilt in der formalen Gestaltung von Gespräch und Beratung viele Gemeinsamkeiten mit der Psychotherapie. Sie übernimmt dabei nicht Techniken der Psychotherapie, sondern wendet die bewährten Formen hilfreicher zwischenmenschlicher Kommunikation an, die seit Jahrtausenden in der Bibel vorgezeichnet sind.
2. In der Seelsorge laufen die gleichen Prozesse des Überzeugens und Heilens ab, wie sie von Frank für die Psychotherapie beschrieben wurden allerdings in einer christlich definierten Annahmenwelt.
3. Die verschiedenen Seelsorge-Modelle finden ihre Parallelen in den Modellen säkularer Psychotherapie.
4. Die Eigenschaften von Ratsuchenden und Therapeuten, die sich in der Psychotherapieforschung herauskristallisierten, gelten auch für die Seelsorge.
5. Die therapeutische Effektivität der Seelsorge bezüglich der beobachtbaren Parameter (z.B. soziale Integration, Reduktion subjektiver Ängste etc.) läßt sich mit der Erfolgsrate einer säkularen Psychotherapie vergleichen.
6. Auch die Seelsorge ist nicht frei von der Möglichkeit negativer Effekte (z.B. Erzeugung von kontratherapeutischen Spannungen bis hin zur Suizidalität; z.B. sexuelle Übergriffe von Seelsorgern auf Ratsuchende).

---

### **Unterschiede zwischen Psychotherapie und Seelsorge**

---

1. Christliche Seelsorge unterscheidet sich von der säkularen Psychotherapie primär auf der inhaltlichen Ebene.
  2. Der inhaltliche und teleologische Bezugsrahmen ergibt sich aus der Heiligen Schrift („Gesinnung“, „Wandel“, „Wachstum“, „Heiligung“, „Rechtfertigung“ etc.)
  3. Der weltanschaulich-moralische Kontext leitet sich aus den Grundzügen der Bibel und aus dem jeweiligen kirchlichen (subkulturellen) Gemeinschaftsverständnis ab.
  4. Seelsorge nutzt in konstruktiver Weise die Glaubensbezüge des Ratsuchenden zur Verstärkung eines therapeutischen Effekts (Trost, Zuspruch, Zurechtweisung, Ermahnung, Lehre etc.). Sie ist sich aber auch verzerrter Formen der Frömmigkeit bewußt und versucht diese von der Bibel her zu bearbeiten.
  5. Seelsorge pflegt je nach Ausrichtung unterschiedlich die Anwendung traditioneller seelsorglicher Zugänge (Gebet, Beichte, Abendmahl, Salbung, Handauflegung, Gebet um Befreiung von dämonischen Mächten).
  6. Seelsorge nutzt die therapeutischen Möglichkeiten stützender und aufbauender Gemeinschafts-Strukturen von Mitchristen, die die gleichen Überzeugungen teilen.
  7. Der biblische Seelsorger rechnet im Verlauf einer Beratung mit dem übernatürlichen Wirken des Heiligen Geistes an sich selbst und am Ratsuchenden.
-

ere Wert ist deshalb andern Orts zu suchen, nämlich in der inhaltlichen Gestaltung, die eben auch die Unterschiede charakterisiert.

### *Herausforderung für die praktische Theologie*

Die Beschäftigung mit der Frage der Bedeutung der Psychotherapieforschung für die Seelsorge ist mir zur Herausforderung an die Seelsorge geworden. Einerseits wünschte ich mir ein vertieftes Verständnis für die Vorgänge in der Seelsorge. Das Durchdenken von SeelsorgeVoraussetzungen, Diagnose, Indikation und schließlich Seelsorgeprozeß, -inhalt und -kontext ist vielleicht eine der größten Herausforderungen der Psychotherapieforschung an die praktische Theologie, besonders im deutschsprachigen Raum. Sie könnte uns helfen, die anstehenden Fragen im Spannungsfeld von Psychotherapie und Seelsorge aus einer integrativen Perspektive auf eine sachliche Ebene zu bringen, die einen echten Dialog ohne Angst vor Identitätsverlust ermöglicht.

Die Seelsorge im evangelikalen Raum scheint mir oft zu sehr in theologischen Fragen stehenzubleiben, ohne die existentielle Not der Menschen wahrzunehmen. Ich wünschte mir deshalb vermehrt eine praktische Anwendung biblischer Wahrheiten auf die breite Palette menschlicher Befindens-Störungen ohne vorschnelle Dogmatisierung, die allzuoft am eigentlichen biblischen Anliegen der Barmherzigkeit vorbeigeht. Eine verstärkte Seelsorge-Forschung könnte aber auch wertvolle Grundlagen für die gezielte Ausbildung in therapeutischer Seelsorge ergeben, gerade für vollzeitliche Mitarbeiter in Kirchen und Gemeinden. Mit den obigen Ausführungen soll nicht einem Nihilismus in der Ausbildung das Wort geredet werden. Vielmehr werden damit Grundlagen für eine Ausbildung gelegt, die die methodenübergreifenden Wirkfaktoren besser berücksichtigt.

Und schließlich läßt sich aus den Ergebnissen der Psychotherapieforschung auch Wichtiges für die Effektivität der Seelsorge ablesen. Minderwertigkeitsgefühle sind nicht am Platz. Der einfühlsame Seelsorger, der über grundlegende Kenntnisse verfügt, kann in vielen Fällen einen ebenso wertvollen Beitrag zur seelischen Gesundheit und Reifung eines Menschen beitragen wie ein psychologisch vorgebildeter Therapeut. Doch da sind auch Gefahren, namentlich die Gefahr, Seelsorge zu einem faßbaren quasi-psychologischen Geschehen zu degradieren. Da ist die Gefahr, den Erfolg der Seelsorge nach meßbarer SymptomRemedur zu bewerten, ohne biblische Wertmaßstäbe genügend zu berücksichtigen. Und da ist die Frage nach den Prioritäten in der Seelsorge: Geht es um Symptombesserung oder um geistliches Wachstum? Nicht immer lassen sich die beiden Ziele auf einen Nenner bringen.

Viele Fragen können in ihrem naturgemäßen Spannungsfeld nicht umfassend

beantwortet werden. Das Numinosum des Glaubens und das souveräne Wirken Gottes am einzelnen Menschen wird wohl nie wissenschaftlich auszuloten sein.

## Literaturverzeichnis

1. Hine F.R., D.S. Werman, D.M. Simpson: Effectiveness of psychotherapy: Problems of research on complex phenomena. *American Journal of Psychiatry* 139:204-208, 1982.
2. Thurneysen E. (1946): *Die Lehre von der Seelsorge*. 5. Auflage, Theologischer Verlag Zürich 1985.
3. Schütz W.: *Seelsorge. Ein Grundriß*. Gütersloher Verlagshaus Gerd Mohn, Gütersloh 1977.
4. Tacke H. (1975): *Glaubenshilfe als Lebenshilfe: Probleme und Chancen heutiger Seelsorge*. 2. Aufl. Neukirchener Verlag, Neukirchen-Vluyn 1979.
5. Wolberg L.R.: *The technique of psychotherapy*. 2nd ed., Vol. 1. Grune & Stratton, New York 1967. Übersetzung H. Kind: *Psychotherapie und Psychotherapeuten*. Thieme, Stuttgart/New York 1982
6. Strupp H.: Psychotherapy research, practice, and public policy (How to avoid dead ends). *American Psychologist* 41:120-130, 1986.
7. Eysenck H.J.: The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology* 16:319-324, 1952.
8. Lambert M.J., D.A. Shapiro, A.E. Bergin: The effectiveness of psychotherapy. In: Garfield S.L. and A.E. Bergin (eds): *Handbook of psychotherapy and behavior change an empirical analysis*. 3rd ed. Wiley, New York 1986.
9. Pfeifer S.: *Vergleichende Psychotherapie-Forschung. Implikationen für die Praxis*. *Neurologie/Psychiatrie* 2:137-148, 1988.
10. Strupp H.H., S.W. Hadley: A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes.

- With special reference to negative effects in psychotherapy. *American Psychologist* 32:187-196, 1977.
11. Luborsky L., J. Mintz, A. Auerbach et al.: Predicting the outcome of psychotherapy. Findings of the Penn psychotherapy project. *American Journal of Psychiatry* 37:471-481, 1980.
  12. Bergin A.E., M.J. Lambert: The evaluation of therapeutic outcomes. In: Garfield S.L. and A.E. Bergin (eds): *Handbook of psychotherapy and behavior change an empirical analysis*. 2nd ed. New York: Wiley 1978.
  13. Besier G.: Halbprofessionelle Systeme: Pastoren als Indikationssteller und Berater. In: Baumann U. (Hrsg.): *Psychotherapie: Makro-/Mikroperspektive*. Hogrefe, Göttingen 1984.
  14. Luborsky L., B. Singer, L. Luborsky: Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry* 32:995-1008, 1975.
  15. Crown S.: Contraindications and dangers of psychotherapy. *British Journal of Psychiatry* 143:436-441, 1983.
  16. Strupp H.H., S.W. Hadley: Contemporary views of negative effects in psychotherapy. *Archives of General Psychiatry* 33:1291-1302, 1976.
  17. Mays D.T., C.M. Franks (eds.): *Negative outcomes in psychotherapy and what to do about it*. Springer, New York 1985.
  18. Pfeifer S.: Unethische Manipulation im Rahmen einer therapeutischen Beziehung. *Schweizerische Rundschau für Medizin PRAXIS* 77:489-492, 1988.
  19. Strupp H.H., S.W. Hadley: Specific vs nonspecific factors in psychotherapy. A controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry* 36:1125-1136, 1979.
  20. Pfeifer S.: Therapeuteneigenschaften und Erfolg in der Psychotherapie. *Schweizerische Ärztezeitung* 66:1534-1539, 1985.
  21. Garfield S.L.: Research on client variables in psychotherapy. In: Garfield S.L. and A.E. Bergin (eds): *Handbook of psychotherapy and behavior change an empirical analysis*. 3rd ed. Wiley, New York 1986.
  22. Schofield W.: *Psychotherapy: the purchase of friendship*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs (N.J.) 1964.
  23. Karasu T.B.: The specificity versus nonspecificity dilemma: toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry* 143:687-695, 1986.
  24. Frank J.D.: *Die Heiler. Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung*. Klett-Cotta, Stuttgart 1981.
  25. Frank J.D.: Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 25:350-361, 1971.
  26. Jaspers K. (1913): *Allgemeine Psychopathologie*. 7. Auflage, Springer, Berlin / Heidelberg / New York 1959.
  27. Norcross J.C. (Hrsg.): *Handbook of eclectic psychotherapy*. Brunner/Mazel, New York 1986.
  28. Crabb L.J. (1977): *Die Last des Andern. Biblische Seelsorge als Aufgabe der Gemeinde*. Brunnen, Basel/Gießen 1988.

29. Dieterich M.: Psychotherapie Seelsorge Biblisch-therapeutische Seelsorge. Hänssler, Stuttgart 1987.